

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA DE FÁTIMA GARCIA LOPES MERINO**

**AS NECESSIDADES EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADULTOS EM**  
**PORTO RICO - PR**

**MARINGÁ**

**2007**

**MARIA DE FÁTIMA GARCIA LOPES MERINO**

**AS NECESSIDADES EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADULTOS EM  
PORTO RICO - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Silva Marcon.

**MARINGÁ**

**2007**

**MARIA DE FÁTIMA GARCIA LOPES MERINO**

**AS NECESSIDADES EM SAÚDE DE INDIVÍDUOS ADULTOS EM  
PORTO RICO - PR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem – DEN – da Universidade Estadual de Maringá, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 29 de março de 2007.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Silva Marcon  
Universidade Estadual de Maringá

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Climene Laura de Camargo  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Rodrigues de Novaes  
Universidade Estadual de Maringá

Aos homens e às mulheres da minha vida.

Aos meus filhos Matheus e Gustavo, meus amores, presentes de Deus.

Ao meu esposo, amor e amigo de todas minhas horas, de toda minha vida; compartilho o  
mérito desta vitória com você.

Ao meu pai, sempre pronto e disposto a atender a qualquer chamado.

À minha mãe, que se orgulha a cada conquista minha.

Às minhas irmãs, determinadas, fortes e vencedoras.

## AGRADECIMENTOS

A Deus e à vida, pelas oportunidades.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Silva Marcon. Sua dedicação, competência, seriedade e disponibilidade ao orientar-me foram inestimáveis.

Ao Professor Dr. Eduardo Augusto Tomanik, por me introduzir ao Grupo de Estudos Socioambientais (GESA) e oportunizar o início da caminhada para a realização deste trabalho.

Às Professoras Dr<sup>a</sup>. Luciana Olga Bercini e Dr<sup>a</sup>. Wladithe Organ de Carvalho, pelas observações oportunas e sugestões, por ocasião do exame de qualificação.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que tão atenciosamente me acolheram durante meu período como Professor-colaborador e, em especial, às Professoras Cremilde, Angélica, Luciana e Ieda, pelo companheirismo e apoio durante esses anos.

Às minhas queridas companheiras de viagem a Porto Rico, Lujácia e Dóris, que dividiram comigo estas experiências tão importantes para a execução deste trabalho.

À turma de Mestrado de 2005, e em especial à minha amiga Viviane, pela parceria desde o início desta trajetória.

À minha sogra, sogro, cunhada, cunhados, sobrinhas e sobrinhos pelo apoio e carinho tão indispensáveis nesse ofício solitário. Muito lhes devo pela presença, mesmo distante.

Às minhas queridas amigas Val, Geo, Nilda, Paulina, Mara e Márcia, que dividem comigo os meus momentos de descontração; por me ouvirem, pelo carinho e pela torcida durante esta minha caminhada.

A todos os homens e mulheres de Porto Rico que, gentilmente, aceitaram participar desta pesquisa.

## RESUMO

Esta pesquisa se insere na perspectiva social da abordagem das questões de saúde e se desenvolveu a partir de dados da comunidade de moradores adultos do núcleo urbano do município de Porto Rico–PR. O objetivo da pesquisa foi compreender as concepções de saúde e doença, os hábitos de prevenção e o itinerário terapêutico adotado por indivíduos adultos do município. Adotou-se como referenciais teóricos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, de Leininger, por entender que o cuidado só ocorre a partir da valorização dos aspectos culturais e o Itinerário Terapêutico à luz dos conceitos de Necessidades Médicas, as quais apresentam justificativa para as variações observadas no consumo médico das diferentes classes sociais, de acordo com Luc Botanski. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, desenvolvido junto a 29 indivíduos adultos (20 a 59 anos) de ambos os sexos, residentes na zona urbana do município de Porto Rico. Os dados foram coletados no período de três a 27 de junho de 2006, no próprio domicílio, por meio de entrevista semi-estruturada e observação não-sistematizada. Para a análise dos dados, adotou-se o método de Análise Temática proposta por Minayo (1998). Os resultados revelaram que, para mais da metade dos entrevistados (51,7%), ter saúde é não apresentar doença. Os demais relatos sobre as características determinantes para que um indivíduo seja considerado saudável foram: ser feliz, estar trabalhando, apresentar sono e repouso adequados, ter disposição para as atividades do dia-a-dia, ser jovem e ter boa aparência física, não apresentar restrição alimentar e ter hábitos de controle e prevenção de doenças. As doenças que mais os preocupam são o câncer (70%) e a AIDS (38%). Constatou-se que, embora os homens estejam mais expostos aos fatores de risco analisados (tabaco e álcool) do que as mulheres (53% e 25%, respectivamente), foram somente as mulheres que demonstraram preocupação e vontade de ver-se livre do vício, revelando maior preocupação com as questões relacionadas com a saúde. Essa conduta também foi observada em relação ao comportamento em saúde, pois enquanto as mulheres, diante da manifestação da doença, reconhecem e valorizam mais rapidamente os sinais e sintomas, buscando mais precocemente por soluções junto ao sistema oficial de saúde, a maior parte dos homens espera pela manifestação da doença para buscar por ajuda. Da mesma forma, a maior parte das mulheres (75%) faz uso regular de métodos preventivos de cuidado à saúde, o mesmo não ocorre com os homens (apenas 16% dos entrevistados com mais de 50 anos já se submeteu ao exame preventivo de próstata). A maior preocupação com a saúde por parte das mulheres também se

manifesta pela percepção de ocorrência de doenças nos últimos 12 meses, três vezes maior entre as mulheres (75%) do que entre os homens (23%). Quanto ao Itinerário Terapêutico adotado, observou-se que o recurso mais utilizado é a automedicação (41,4%), com pouca diferença entre os sexos. Porém, o mesmo não ocorre em relação ao segundo recurso mais utilizado, que é o serviço oficial de saúde, visto que o percentual de mulheres que utiliza como primeira opção este recurso é praticamente o dobro do percentual de homens (43% e 23%, respectivamente). Por fim, a busca pela farmácia como primeira atitude frente à manifestação da doença foi referida por 24,1% dos entrevistados, mas o percentual de homens que adotam esta atitude é três vezes maior do que o de mulheres (38,5% e 12,5%, respectivamente). Observou-se ainda que uma parcela considerável de indivíduos (35%) encontra-se insatisfeita com os serviços ofertados pelo sistema oficial de saúde do município em decorrência do horário disponibilizado para o atendimento, a reduzida oferta de consulta para atender à demanda, a dificuldade no agendamento de consultas e/ou exames, inexistência de especialidades médicas, dificuldade na aquisição de medicamentos, baixa credibilidade no serviço médico oferecido e problemas no relacionamento com os profissionais. Esses achados demonstram as dificuldades no cuidado, principalmente da saúde dos homens, pelo Sistema de Oficial de Saúde do município e a necessidade de maior atuação da equipe de saúde, de orientação e adaptação dos serviços às necessidades de seus usuários.

**Palavras-chave:** Saúde. Itinerário terapêutico. Necessidade de saúde.

## ABSTRACT

This qualitative study fits into the social perspective for approaching health matters, and was developed from community data of adult inhabitants in the city of Porto Rico, Paraná State, Brazil. The objective of this research was to understand their conceptions of health and sickness, prevention habits and the therapeutic itinerary adopted by adult residents of that city. As theoretical references, we adopted Leininger's Theory of Transcultural Care Diversity and Universality, as we understood that care can only take place if cultural aspects are valued, and the Therapeutic Itinerary, in light of the concepts of Medical Needs, which presented a justification for the variations observed among medical consumption by different social classes, as defined by Luc Botanski. It is a descriptive-exploratory study of a qualitative nature, developed among 29 adults, male and female, between 20 and 59 years of age, residing within the city limits of Porto Rico. Data was collected between July 3 and 27, 2006, and took place at the homes of the interviewees, using semi-structured interviews and non-systematized observation. For data analysis, we adopted the Thematic Analysis method proposed by Minayo (1998). Results revealed that, for more than half of the subjects (51.7%), to be healthy meant having no signs of illness. Other factors mentioned regarding what characteristics were most important to consider an individual healthy were: to be happy, to work, to have adequate sleep and rest, to have motivation for daily activities, to be young and have good physical appearance, not to have food restrictions, and to have illness control and prevention habits. The most worrisome illnesses mentioned were cancer (70%) and AIDS (38%). It was observed that, although men are more exposed to the risk factors analyzed (tobacco and alcohol) than women (53% and 25%, respectively), only women demonstrated any concern and desire to quit these habits, revealing a greater concern with health-related matters. Similar conduct was observed in relation to health behavior as women recognize and give importance to signs and symptoms of illness as they develop, seeking earlier for solutions through the official healthcare, most men wait for the illness to manifest itself before seeking help. Likewise, most women (75%) make regular use of preventive methods of healthcare, while the same is not true for men (only 16% of individuals older than 50 have undergone the preventive prostate exam). The greatest health concern among women is also manifested through the perception of an instance of illness in the previous 12 months, three times greater among women (75%) than among men (23%). As for the Therapeutic Itinerary adopted, self-medication was the most widely adopted resource (41.4%), with little difference



among the genders. However, the same does take place in regard to the second most used resource, which is the official healthcare service, as the percentages of women who use it as their first option is practically double that of men (43% and 23%, respectively). Lastly, going to the drugstore was mentioned as the first action when faced by the onset of illness by 24.1% of interviewed subjects, but the percentage of men who follow this practice is three times greater than that of women who do the same (38.5% and 12.5%, respectively). It was further observed that a considerable share of individuals (35%) was dissatisfied with the services offered by the official healthcare system in the city, such as the service hours, the reduced availability for consultations in relation to demand, the difficulty in scheduling consultations and/or exams, the non-existence of medical specialties, difficulty in obtaining medication, low credibility of medical services offered, and rapport issues with health professionals. These findings demonstrate the difficulties in caring, especially for the men's health, by the city's official healthcare system, and the need for greater action by health staff, as well as guiding and adapting these services to the needs of their users.

**Keywords:** Health. Therapeutic itinerary. Health needs.

## RESUMEN

Este estudio se inserta en la perspectiva de enfoque de cuestiones de salud y se desarrolló a partir de datos de la comunidad de habitantes adultos del núcleo urbano del municipio de Porto Rico – Paraná. El objetivo de la investigación fue comprender las concepciones de salud y enfermedad, hábitos de prevención rutina terapéutica adoptada por individuos adultos del municipio. Se tomó como referencial teórico la Teoría de la Diversidad y la Universalidad del Cuidado Transcultural de Leininger, por entender que el cuidado sólo se da a partir de la valoración de los aspectos culturales y de la Rutina Terapéutica, bajo el foco de los conceptos de Necesidades Médicas, las cuales ofrecen una justificación para las variaciones observadas en el consumo médico de las diferentes clases sociales, de acuerdo con Luc Botanski. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio de naturaleza cualitativa, desarrollado entre 29 individuos adultos (20 a 59 años) de ambos sexos, residentes en la zona urbana del municipio de Porto Rico. Se recogieron los datos en el período de 03 a 27 de junio de 2006, en el propio domicilio, a través de entrevista semi estructurada y de observación no sistematizada. Para el análisis de los datos se adoptó el método de Análisis Temático propuesto por Minayo (1998). Los resultados arrojaron que para más de la mitad de los entrevistados (51,7%) tener salud es no presentar enfermedad. Los demás relatos sobre las características determinadas para que un individuo se considere saludable fueron: ser feliz, estar trabajando, tener sueño y reposo adecuados, tener disposición para las actividades del día a día, ser joven y tener buena apariencia física, no presentar restricción alimenticia y tener hábitos de control y prevención de enfermedades. Las enfermedades que más les preocupan son el cáncer (70%) y el SIDA (38%). Se constató que los hombres, a pesar de estar más expuestos que las mujeres (53% y 25% respectivamente) a los factores de riesgo analizados (tabaco y alcohol) fueron sólo ellas quienes demostraron preocupación y ganas de verse libres del vicio, dejando en evidencia un mayor caso con los temas que se relacionan a la salud. Dicha conducta también se observó en relación al comportamiento en salud, pues mientras las mujeres, ante manifestación de enfermedad, reconocen y valoran más rápidamente señas y síntomas, buscando más precozmente soluciones en el sistema oficial de salud, la mayor parte de los hombres espera que la enfermedad se manifieste para buscar ayuda. Del mismo modo, la mayor parte de las mujeres (75%) hace uso regular de métodos preventivos de cuidado de la salud lo que no ocurre con los hombres (apenas un 16% de los entrevistados con más de 50 años se ha sometido al examen preventivo de próstata). La mayor preocupación con la salud, por parte de

mujeres también se manifiesta en una percepción de la presencia de enfermedad en los últimos 12 meses, tres veces mayor entre las mujeres (75%) que entre los hombres (23%). En cuanto a la Rutina Terapéutica adoptada, se observó que el recurso más utilizado es la automedicación (41,4%), con poca diferencia entre los dos sexos. Sin embargo, no sucede lo mismo en relación al segundo recurso más utilizado, que es el servicio oficial de salud, ya que el porcentaje de mujeres que utiliza como primera opción este recurso es prácticamente el doble del porcentaje de hombres (43% y 23% respectivamente). Finalmente, acudir a la farmacia como primera actitud frente a manifestación de enfermedad fue referida por 24,1% de los entrevistados, pero el porcentaje de hombres que adoptan esta actitud es tres veces mayor que el de mujeres (38,5% y 12,5% respectivamente). Se observó además que una parte considerable de individuos (35%) se encuentra insatisfecha con los servicios ofrecidos por el sistema oficial de salud del municipio en virtud del horario que se pone a disposición para la atención, al reducido número de consultas ofrecidas en relación con la demanda y a la dificultad para marcar una consulta o realización de examen, a la inexistencia de especialidades médicas, a la dificultad en la adquisición de medicamentos, a la baja credibilidad del servicio médico ofrecido y a los problemas en la relación con los profesionales. Estas conclusiones demostraron las dificultades en el cuidado de la salud, principalmente de los hombres, por el Sistema Oficial de Salud del municipio y la necesidad de una mayor actuación del equipo de salud, de orientación y adaptación de los servicios a las necesidades de sus usuarios.

**Palabras clave:** Salud. Rutina terapéutica. Necesidad de salud.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>BUSCANDO RESPALDO NA LITERATURA</b> .....	18
2.1	SAÚDE: UM BEM A SER CONQUISTADO .....	18
2.2	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES .....	19
2.3	UMA QUESTÃO DE GÊNERO .....	21
3	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
4	<b>CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	33
4.1	ABORDAGEM UTILIZADA NO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO .....	33
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	36
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
4.4	COLETA DE DADOS .....	38
4.5	PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS .....	40
4.6	ASPETOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	41
5	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	42
5.1	CONHECENDO OS INFORMANTES DO ESTUDO .....	42
5.1.1	<b>Perfil socioeconômico dos participantes</b> .....	42
5.1.2	<b>Alcoolismo e tabagismo no grupo estudado</b> .....	45
5.2	CONHECENDO AS CONCEPÇÕES DOS INFORMANTES SOBRE SAÚDE E DOENÇA .....	49
5.2.1	<b>O olhar sobre a própria saúde</b> .....	46
5.2.2	<b>Percepções sobre a saúde</b> .....	55
5.2.3	<b>Percepções sobre a doença</b> .....	62
5.3	QUANDO A DOENÇA CHEGA .....	67
5.3.1	<b>O medo</b> .....	68
5.3.2	<b>O Itinerário Terapêutico</b> .....	74
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	94
	<b>APÊNDICES</b> .....	105
	<b>ANEXO</b> .....	108

## 1 INTRODUÇÃO

As questões sociais sempre foram inquietantes para mim enquanto enfermeira. A busca por uma percepção da saúde na sua dimensão holística acompanhou-me desde a minha formação acadêmica, na qual a abordagem biopsicossocial dos fenômenos associados à saúde e/ou à doença, embora essenciais, do meu ponto de vista, foi pouco aprofundada.

Meu primeiro trabalho, como enfermeira, foi em uma Unidade de Saúde, em um bairro do município de Maringá, que apresentava, em sua maioria, uma população de baixa renda. Seus moradores tinham como primeira opção de atendimento à saúde aquela unidade. As filas começavam a se formar pela madrugada, por pessoas de todas as idades, que tinham como objetivo serem atendidas no decorrer do dia. Embora aquela cena diária fizesse parte de nossa rotina, eu me sentia incomodada com aquela realidade. Por mais que tentássemos resolver dentro de nossas possibilidades os problemas apresentados por aquela população, a solução não dependia diretamente de nossos esforços para ser modificada.

As reações das pessoas frente à longa espera, a dificuldade em ser atendido, em conseguir encaminhamentos a exames e a especialistas eram diversas, desde a indignação e reclamações por parte de alguns, até a completa resignação de outros, que se conformavam em voltar outras vezes até que tivessem a “sorte” de conseguirem ser atendidos.

Para mim, nada daquilo era totalmente novo. Eu, como cidadã, sempre soube das dificuldades que a classe social menos favorecida e que depende dos serviços públicos de saúde enfrenta, mas viver esta realidade diariamente me proporcionava um olhar mais próximo e mais sofrido.

Após algum tempo nesta atividade, tive a necessidade de me mudar para Curitiba para acompanhar meu esposo que decidira enfrentar um novo desafio em sua vida, que era tornar-se médico. O desafio não foi somente dele, mas também meu.

Ao solicitar estágio no Hospital de Clínicas de Curitiba, fui encaminhada ao Setor de Transplante de Medula Óssea, onde, após um pequeno período atuando como voluntária, fui contratada e lá permaneci por nove anos. Esta experiência trouxe-me a oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos científicos e, além de crescer profissionalmente, possibilitou-me, principalmente, e acima de tudo, crescer como ser humano.

Foram anos de convivência diária com pacientes de todas as regiões do Brasil e também de vários países da América Latina e seus familiares. Acompanhava-me a percepção da necessidade que a enfermagem tem de compreender e adaptar-se a cada indivíduo e, ao

mesmo tempo, orientar e fazer-se compreender por cada um deles, reconhecendo suas particularidades, culturas e costumes, a fim de que o objetivo final, que é a cura, ou muitas vezes apenas o conforto da dor, fosse atingido. Durante este período, a competência técnica sobrepujava, muitas vezes, meu olhar às questões sociais e aos aspectos relacionados à realidade dos pacientes e de sua família.

O cuidado dispensado aos pacientes imunodeprimidos exigia de mim atenção constante. Sua condição de fragilidade frente à presença de microrganismos, os cuidados com a alimentação e as reações medicamentosas, entre outros, levavam-me muitas vezes a uma rotina exaustiva, que se seguia por dias e até meses, com poucas oportunidades de aproximação do paciente e sua família, a fim de tomar conhecimento de quem, na realidade, eram aquelas pessoas, como viviam, de onde vinham e, ainda, qual o caminho percorrido para chegarem até ali.

Deparava-me com pessoas de todas as classes sociais e níveis de escolaridade. A precariedade nos cuidados com o corpo era comum em alguns pacientes e familiares e, embora eu entendesse que alguns hábitos fossem comuns no meio em que viviam, certas práticas eram inaceitáveis naquele contexto em que passavam a ser inseridos e eu, como representante daquele Setor, tinha que interferir.

O desconhecimento, por parte de algumas pessoas, sobre utensílios como vaso sanitário ou chuveiro, sobre hábitos de higiene como: o banho diário, troca de roupas e higiene oral, causava em alguns casos conflitos entre os pacientes e a enfermagem, muitas vezes difíceis de serem contornados.

A rotina do setor me levava a explicar aos pacientes e familiares, logo no primeiro dia e nos dias subsequentes, sobre as condições e atitudes necessárias para a obtenção do êxito no tratamento, incluindo no discurso os horários e as rotinas estabelecidos pelo Setor e as condutas a serem seguidas. Neste contexto, o paciente era um mero seguidor de ordens. O que para mim parecia situações simples e corriqueiras tornava-se, em alguns casos, um fator dificultante na relação enfermeiro-paciente, por causa da imposição de normas. Estar a todo o momento (e por vários meses) conectado a um catéter, e a este, diversos frascos de medicamentos e bombas de infusão, era para a grande maioria de nossos pacientes uma “coisa de outro mundo”, bem como seguir horários para banho, alimentação medicamentos entre outras rotinas.

Como ser compreendida, em tão pouco tempo, por pessoas com hábitos e costumes próprios, que desconheciam aquela realidade e que enfrentavam, naquele momento, tantos problemas e temores?

O meu olhar sobre o indivíduo, esbarrava no fato de não conhecê-lo como um todo, ou seja, não conhecer suas origens, seus hábitos cotidianos. Sentia, muitas vezes, em contrapartida, a mesma dificuldade por parte deles em relação a mim e à equipe de saúde.

Embora, na maior parte do tempo, eu permanecesse envolvida com as condutas próprias da enfermagem, que eram realmente necessárias para o restabelecimento da saúde dos nossos pacientes naquele momento, e tendo consciência da responsabilidade que o Serviço de Transplante tinha em acompanhá-los pelo maior tempo possível, até que estivessem em condições de voltarem aos seus locais de origem, algo me inquietava a cada orientação de alta hospitalar que eu realizava.

Questões como: quais são as condições de moradia deste paciente? ela se adequa às necessidades dele neste momento? apesar de toda a orientação sobre os medicamentos a serem utilizados em sua recuperação, eles serão administrados corretamente? em sua rotina diária (muitas vezes apresentando dificuldades financeiras), este paciente terá condições de receber alimentação adequada, tanto em termos nutricionais quanto em relação ao seu preparo? este paciente e seus familiares estão em condições de reconhecer problemas relacionados à sua saúde, que necessitem de cuidados médicos? quais serão suas condutas frente a alguma intercorrência em saúde? como será o acesso ao serviço de saúde no caso de uma situação de emergência? e mais que tudo isto, será que, como enfermeira, eu consegui mostrar as possibilidades de adaptações que este paciente poderá fazer em seu cotidiano para conseguir dar continuidade ao seu tratamento?

Todas essas dúvidas sobre as condições de vida dos pacientes fora do contexto (proteção) hospitalar sempre me acompanharam em minha trajetória profissional.

Após o período de alguns anos afastada da enfermagem por questões familiares, deparei-me novamente com os mesmos questionamentos, ao surgir a oportunidade de ingressar como docente na Universidade Estadual de Maringá (UEM), ministrando aulas na disciplina de Pediatria e acompanhando os alunos em situação de ensino prático em um hospital público do município.

As crianças por nós atendidas apresentavam, além de patologias diversas, problemas muitas vezes relacionados às condições sociais em que estavam inseridas. Os casos de agressões físicas, desnutrição, verminoses e as péssimas condições de higiene em que alguns se apresentavam eram comuns, despertando em mim não somente a vontade, mas também a necessidade de conhecer o contexto social no qual essa população menos favorecida encontrava-se inserida. Para tanto, era necessário entender quais eram as influências culturais

que determinavam algumas atitudes e formas de cuidado e/ou descuido, além de outras situações como as questões econômicas, que poderiam também interferir sobre sua saúde.

A possibilidade de uma maior aproximação com os temas sociais se deu com a minha inclusão em projetos de extensão do Departamento de Enfermagem (DEN). Minha participação no projeto “Serviço de Assistência e Apoio à Família de Pacientes Crônicos no Domicílio” possibilitou-me a realização de visitas domiciliares a famílias carentes do município.

O contato direto com as pessoas, em seu próprio ambiente, permitia-me, por meio dos seus relatos e de minhas observações, conhecer suas reais condições de vida, suas necessidades sociais e de saúde, além das dificuldades encontradas por elas na definição da melhor atitude na solução de seus problemas.

Chamava-me a atenção a falta de opções por diferentes terapêuticas das pessoas de baixo poder aquisitivo e, acima de tudo, a sua dependência sobre o serviço público e como se dá o acesso a esses serviços.

A perspectiva social na abordagem das questões de saúde, levou-me a optar por desenvolver estudos nesta área durante a minha pós-graduação. A oportunidade surgiu a partir da minha inclusão no curso de Mestrado em Enfermagem, tendo como orientador o Coordenador do Grupo de Estudos Sócio-Ambientais (GESA), da Universidade Estadual de Maringá.

A participação, nos estudos deste grupo, permitiu-me novos olhares para velhos problemas, de forma que durante o curso, ao cursar as disciplinas, meu interesse sempre esteve mais voltado para as questões referentes às pessoas e aos seus problemas de saúde enfrentados fora do contexto hospitalar, do que em condições de hospitalização, onde o indivíduo está sendo monitorado e sob a assistência de profissionais.

Por exemplo, na disciplina de Epidemiologia, era prevista a realização de um exercício prático que possibilitasse a construção e interpretação de tabelas e gráficos. No entanto, o fato de participar do GESA, que desenvolve estudos no município de Porto Rico-PR, uma comunidade ribeirinha, localizada no noroeste do Estado do Paraná, levou-me a optar por fazer um levantamento dos atendimentos médicos realizados na Unidade Básica de Saúde do município, por meio de consultas a boletins diários de produção, com o objetivo de conhecer a população que procurou o serviço de saúde em um determinado período e o motivo desta procura.

Os resultados deste levantamento despertaram-me o interesse pela forma como se processa o itinerário terapêutico por parte dos moradores desta comunidade, principalmente



os homens e mulheres em idade adulta, já que se contatou uma diferença na busca pelo serviço médico, por parte destes indivíduos.

O fato de existirem vários estudos anteriores que abordam diversos aspectos da região de Porto Rico, me estimulou a também trabalhar com esta população. São várias as pesquisas desenvolvidas na região noroeste do Estado do Paraná, às margens do rio Paraná, onde se encontra o município, e são realizadas tanto por pesquisadores da Universidade Estadual de Maringá como de outras instituições.

Estes estudos tiveram início ainda na década de 1990, por meio da atuação do Nupelia (Núcleo de Pesquisas em Limnologia, Ictiologia e Aqüicultura), para o qual foi criada uma base, com toda infra-estrutura necessária, que possibilitasse a permanência de pesquisadores e o desenvolvimento destas pesquisas.

O Nupelia realiza estudos envolvendo comunidades biológicas e os aspectos ambientais nos leitos e margens dos rios e lagoas da região. A este se associaram, posteriormente, o GEMA (Grupo de Estudos Multidisciplinares do Ambiente), voltado aos aspectos geográfico-geológicos e físico-químicos da natureza, e o GESA que surgiu da necessidade de considerar o homem inserido ao meio em que vive. Esse grupo tem como objetivo estudar as comunidades humanas e as relações destas com o ambiente, com os processos de ocupação e de degradação que este vem sofrendo, e a busca de uma melhoria nas condições de vida da população (SPONCHIADO et al., 2002).

Dentre as pesquisas já desenvolvidas nessa região, relacionadas à qualidade de vida humana, encontram-se estudos sobre as representações sociais da população local sobre o trabalho, tanto entre os indivíduos que apresentam formas tradicionais de trabalho ligadas ao ambiente (TOMANIK et al., 1997) e de filhos de pescadores em relação à pesca artesanal (PAIOLA; TOMANIK, 2002), quanto entre a população economicamente ativa na zona urbana de Porto Rico (SPONCHIADO, 2002). Os resultados destes trabalhos demonstram as dificuldades dessas populações em manter sua característica de trabalho e o desejo que tanto os mais velhos quanto os jovens têm de conservar as formas tradicionais de trabalho, muito embora isso não seja possível nos dias atuais, em virtude das alterações ocorridas no ambiente.

Estudos sobre o processo de ocupação e situação atual da região também foram realizados por Rosa (1997) e Sá (2004). O processo inicial de ocupação do município foi a lavoura de café associada a outras culturas e posteriormente à formação de pastagens, visando a introdução da pecuária extensiva na região. Os autores discorrem sobre a relação destas ocorrências e a diminuição da fonte de trabalho para os moradores das comunidades

ribeirinhas.

O perfil demográfico, ocupacional e socioeconômico do núcleo urbano de Porto Rico também foi pesquisado (TOMANIK et al., 1997), bem como as condições de sobrevivência do homem e do ambiente na mesma localidade (GODOY; EHLERT, 1997) entre outros.

As questões relacionadas aos conhecimentos e concepções sobre a saúde e a doença dos moradores das comunidades desta região também passaram a constituir foco de alguns estudos. Carreira (2002), por exemplo, trabalhou com famílias ribeirinhas da ilha Mutum, com o intuito de conhecer seus saberes e práticas populares de saúde. A autora constatou que, frente aos problemas de saúde, os ilhéus, além da utilização de plantas medicinais e crenças religiosas, também buscam o serviço profissional de saúde. Bercini (2003) abordou as representações sociais sobre saúde-doença das mulheres de pescadores de Porto Rico e suas estratégias de enfrentamento das doenças e, mais recentemente, Felipes (2006) analisou as concepções sobre o processo saúde-doença que norteiam as ações dos profissionais e usuários dos serviços de saúde da Unidade do Programa Saúde da Família (UPSF) do município de Porto Rico.

Foi possível, por meio desses trabalhos, observar aspectos das condições de vida desta população, o que, junto com o levantamento de consultas médicas realizado por mim durante o curso de Mestrado, na disciplina de Epidemiologia, serviu de ponto de partida para o estudo que pretendia desenvolver naquela comunidade, pois me afligia os seguintes questionamentos: quais as concepções de saúde da população adulta do núcleo urbano do município de Porto Rico? quais as alternativas e os caminhos percorridos na busca pela solução de seus problemas de saúde? quais questões justificam possíveis diferenças nesta trajetória?

Para respondê-las, definimos como objetivo deste estudo compreender as concepções de saúde e doença, conhecer as experiências de doença e hábitos de prevenção e os fatores que interferem no itinerário terapêutico adotado por indivíduos adultos residentes no município de Porto Rico-PR.

Acredito que os resultados do estudo poderão contribuir para o desenvolvimento do corpo de conhecimento da enfermagem, a partir de uma abordagem transcultural do cuidado, além de contribuir com os estudos já realizados sobre o município, possibilitando aprofundamento das pesquisas sobre sua população e permitindo maior conhecimento sobre as formas de busca pelo restabelecimento da saúde por parte dos indivíduos daquela comunidade.

## 2 BUSCANDO RESPALDO NA LITERATURA

O conhecimento existente (estado da arte) sobre o problema ou oportunidade focalizada sobre o tema.

### 2.1 SAÚDE: UM BEM A SER CONQUISTADO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Desde a antiguidade, depois de superada a concepção sobrenatural da causalidade das doenças, a qual explica a saúde e a doença em contraposição aos conceitos da história natural das doenças e próprios da medicina biomédica, concebia-se a saúde como a ausência de doença, ou estado de equilíbrio do organismo com referência aos seus meios interno e externo. Gozar saúde significava, tão somente, não sofrer com alguma doença, ou estar em harmonia consigo mesmo e com o meio (BUNGE, 1973). Segundo esse autor, foi no século XX que a concepção de saúde foi mudada. Além da ausência de doença, saúde passou a ser associada ao bem-estar, sendo, portanto, interpretada como um estado positivo que podia ser promovido, buscado, cultivado e aperfeiçoado.

Dentro desta perspectiva mais ampla sobre como ser/estar saudável, faz-se necessária a participação da comunidade nas práticas que envolvem o planejamento, a implementação e a avaliação das ações em saúde, sendo esta participação, importante no cuidado em saúde no sentido de que a partir dela definem-se as prioridades estabelecidas tanto pelo indivíduo como pela família ou comunidade a ser atendida e a receber este cuidado. Aos profissionais de saúde cabe, portanto, desenvolver estratégias para que se atinja este fim (VASCONCELOS, 2001).

Por ser de consenso que a saúde e doença são preocupações tanto individuais quanto coletivas, discutidas e analisadas mundialmente, é que a saúde foi o tema abordado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Kazaquistão, no ano de 1978, na tentativa de minimizar os problemas relacionados a ela, vivenciados por indivíduos em todo o mundo.

Neste encontro, foi elaborada a Declaração de Alma Ata, na qual o Diretor Geral da Organização Mundial da Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica em resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, solicitando aos governos de todos países o desenvolvimento de formas mais simples de atenção médica destinadas às populações carentes em todo o mundo, com o correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais. Esta declaração expressa a necessidade de ações para proteger e promover a saúde de todos, afirmando que a saúde é um direito fundamental e que ao ser humano deve ter garantido o mais alto nível possível de saúde.

Também a Constituição da República Federativa do Brasil aborda esta questão, por meio de seu artigo 196 que garante:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Para tanto, é necessário que todo homem tenha direito a um meio ambiente sadio, e que a todos seja assegurado a saúde e o bem-estar, decorrentes de uma alimentação adequada, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (BRASIL, 1988, art. 25).

Portanto, os direitos humanos são o direito à vida no sentido mais amplo, que abrange os direitos indispensáveis a uma existência em condições dignas.

## 2.2 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população. Sua concepção/percepção vem apresentando mudanças nos diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade, uma vez que “Os saberes relativos ao processo saúde-doença têm origem na vivência do sofrimento provocado pelas doenças nos seres humanos” (BARATA, 1998, p. 16).

A evolução dos estudos, nesta área, tem o objetivo de esclarecer de forma mais adequada a determinação e a ocorrência das doenças nos indivíduos e, principalmente, das

populações, do coletivo e entre as classes sociais, passando a considerar a saúde e a doença como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais (VELHO, 2002).

Alves (1993, p. 263) comenta que, de uma maneira geral, os indivíduos aceitam como verdadeira a concepção médica sobre a saúde e doença, e que as “crenças e valores médicos apresentam respostas socialmente organizadas para a doença. Refletem o complexo interativo entre os grupos sociais, as instituições e um corpo específico de conhecimento”.

O modelo biomédico, porém, como forma de assistência não tem atendido completamente aos homens em suas necessidades de saúde. O desenvolvimento das idéias sobre as práticas de saúde tem levado seus profissionais a buscarem formas mais humanizadas de lidar com o sofrimento e a doença.

Na tentativa de compreender o funcionamento do corpo humano e sua complexidade, desde a antiguidade os estudiosos buscam respostas. Assim, as teorias sobre a doença ao longo dos tempos têm sido diversas, e seguem, desde a idéia de processos patológicos relacionados às questões sobrenaturais, passando pela concepção de doenças decorrentes das alterações ambientais nos meios em que o homem vivia, como a teoria dos miasmas e do contágio e, posteriormente, a partir dos estudos de Louis Pasteur, a Teoria da Unicausalidade, com a descoberta das bactérias e vírus, ou seja, o microrganismo como o causador das doenças.

Dentre os estudos nesta área, foi defendida por Descartes, no século XVII, uma maneira de entender os organismos vivos como sistemas mecânicos de funcionamento, estabelecendo, de acordo com Capra (2005), uma estrutura conceitual para pesquisas subsequentes em fisiologia. Esta concepção mecanicista da vida se firmou na biologia até os dias atuais, o que explica que esta visão tenha sido aceita pelos médicos na forma de pensar a saúde e a doença.

Dessa maneira, o corpo humano é considerado uma máquina, podendo ser analisado por suas peças. Nesta perspectiva mecanicista, a medicina concentra-se na avaliação de partes cada vez menores do corpo humano, deixando de ver o indivíduo como um todo. A enfermidade deu lugar à doença localizada e a medicina passou a ter um olhar fragmentado apoiada em diagnósticos objetivos. A doença deixou de ser vista como parte de uma totalidade interdependentes aos fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (CAPRA, 2005).

Considerando os aspectos sociais que interferem nos processos de doenças sem deixar, entretanto, de considerar os aspectos biológicos presentes no processo de adoecer

como as questões reprodutivas, genéticas, hormonais e metabólicas, a doença é vista como “[...] reflexo da combinação de aspectos da experiência dos indivíduos e situações socioculturais” (GOMES et al., 2002, p. 1212).

Existe, nos indivíduos, a preocupação em não adoecer, visto que a doença pode provocar mudanças em sua vida, e interferir nas ações do dia-a-dia, agindo muitas vezes como um fator de ruptura na vida das pessoas (GOMES et al., 2002).

Portanto, a compreensão completa da vida somente é possível por meio de uma biologia que compreenda o corpo humano como um sistema vivo, ou seja, uma totalidade integrada, e não partes separadas de uma máquina, a serem tratadas de maneira individual como ocorre na visão reducionista do organismo.

Este modelo reducionista é, segundo Capra (2005), responsável por muitos dos problemas com que o sistema médico se defronta, frente à incapacidade de curar determinadas doenças. Esse fato para o autor já é de consenso tanto de médicos quanto da enfermagem, que sentem a necessidade de um enfoque mais amplo da saúde, e que têm alta qualificação e potencial para prestar assistência dentro de uma abordagem humanizada e holística.

A visão holística da saúde é semelhante à concepção sistêmica da vida, nela também se vê o mundo em termos de relações e integração (CAPRA, 2005). Desta forma, o holismo aponta para a necessidade de superar a fragmentação e o reducionismo, em busca de uma compreensão mais ampla sobre o homem e a natureza (VILELA, 1996).

De acordo com Bercini (2003, p. 7), o holismo, na saúde, tem sido lembrado, numa tentativa de elaborar conceito sobre o tema que seja mais abrangente do que o definido pela OMS. Para a autora, esta maneira de ver a saúde faz parte de um processo que inclui, além das dimensões individuais, sociais e ecológicas, também as interações entre elas. A importância dessas interações se dá “uma vez que a saúde dos seres humanos, bem como de todos os seres vivos, depende da saúde do planeta e do universo”.

### 2.3 UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Entendendo que as questões culturais permeiam a vida dos indivíduos e que, estas questões têm o poder de influenciar homens e mulheres de formas diferentes, faz-se necessário analisar as concepções de saúde e a forma pela qual se processa o cuidado em

saúde de forma individual, sob uma perspectiva de gênero, já que este conceito está diretamente relacionado à formação cultural do ser humano.

Ocorre, portanto, que as diferenças existentes, nas diversas sociedades entre homens e mulheres, podem influenciar suas atitudes e condutas de cuidado à saúde. As diferenças no estado de saúde entre os sexos se relacionam com fatores biológicos, mas não se limitam somente a questões reprodutivas, genéticas, hormonais e metabólicas que, embora desempenhem papel importante nas diferenças dos padrões patológicos, como já foi visto, não são as únicas (KRIEGER, 2003).

O gênero é um conceito que incorpora os fatores sociais associados aos diferentes padrões de socialização de homens e mulheres, que tem a ver com a organização familiar, as condições de trabalho, o tipo de ocupação e a cultura e que, interferem no processo saúde-doença (KRIEGER, 2003). A realização da análise do processo saúde-doença, na perspectiva de gênero, permite introduzir novos elementos à noção de causalidade das doenças, a partir da aceitação de diferenças dos processos de adoecimento e morte como resultado das relações de gênero. (NASCIMENTO; FERREIRA, 1995).

Luz e Berni (2000) comentam que em nossa cultura, desde a infância, as pessoas são direcionadas, tanto pela família quanto pelos grupos sociais aos quais pertencem, a desempenharem determinados papéis de gênero. Homens e mulheres são condicionados a assumirem padrões comportamentais do cotidiano como algo natural para o sexo masculino e feminino. O masculino e o feminino, da forma como são aceitos em nossa sociedade, definem um perfil estereotipado de homem e de mulher. Os homens são vistos como ativos, fortes, capazes do trabalho físico árduo, produtivos, competitivos e orientados, enquanto as mulheres como sensíveis, frágeis, dependentes e geralmente mais aptas ao cuidado (KORIN, 2001).

Como estas características apontadas para cada sexo são aceitas como certas, os indivíduos definem seus papéis e, desta forma, cabe aos homens a responsabilidade por demonstrar força e a capacidade de estarem sempre em boas condições de saúde, a fim de manter o trabalho e o sustento da família, e às mulheres cabe o papel de “cuidadora” da própria saúde e também da saúde dos demais membros da família (KORIN, 2001).

O termo gênero passou a ser utilizado, principalmente a partir da década de 1980, com o objetivo de dar maior credibilidade aos estudos feministas (SCOTT, 1995) e, de acordo com Louro (1995, p. 102), com sua introdução, as feministas passaram a dar a seus trabalhos um caráter mais científico e menos militante, fazendo com que a mulher deixasse de aparecer como “estudos de minoria ou um grupo desviante”, merecendo um olhar especial.

As feministas acreditavam que a história das mulheres poderia ser escrita de forma diferente a partir do momento em que o gênero fosse desenvolvido como uma categoria analítica, assim como ocorre com os termos classe e raça, que geralmente eram utilizadas pelos pesquisadores com o objetivo de demonstrar a opressão e a desigualdade de poder. No entanto, o conceito de gênero vem se firmar além das denúncias de opressão e das experiências femininas. Apresenta-se “[...] referindo-se à construção social e histórica dos sexos, ou seja, buscando acentuar o caráter social das distinções baseadas no sexo” (LOURO, 1995, p. 103).

Louro (1995) acredita ainda que, embora a princípio, o gênero tenha sido utilizado para dar mais legitimidade aos estudos sobre a mulher, o conceito conseguiu se firmar graças ao fato de ser um conceito mais amplo, no qual estão contidos não apenas o social, mas também o biológico, a cultura e a natureza.

Segundo Scott (1995, p. 86), o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos. Para a autora, o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Louro (1995, p. 106) comenta que a definição de Scott sobre gênero se apresenta em duas partes que se inter-relacionam. A primeira, quando diz que “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos [...]”, o gênero “implicaria os símbolos culturalmente disponíveis numa sociedade”; os “conceitos normativos”, ou seja, as doutrinas religiosas, práticas educativas, científicas e políticas, entre outras, que evidenciam as diferentes interpretações dos sentidos que os símbolos possuem. A segunda parte da definição, “o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder”, é para a autora “um domínio primário”, por meio do qual o poder é articulado. O autor explica que ser do gênero feminino ou do gênero masculino leva a perceber e a estar no mundo de formas diferentes “[...] e, em tudo isso, há diferenças quanto à divisão do poder, o que vai significar que o gênero está implicado na concepção e na construção do poder”.

O conceito de gênero, portanto, está relacionado com a construção social dos sujeitos, o que significa dizer que existem conceitos de masculino e feminino, social e historicamente diversos. O gênero como construção social implica na aceitação da concepção de que existem diferentes sociedades, com diferentes visões de homem e mulher no interior de cada uma delas e que a essência dos indivíduos também influencia nesse processo de construção social (LOURO, 1996).

Como visto, a utilização deste conceito não aceita apenas explicações biológicas sobre a mulher ou o homem que justifiquem a subordinação feminina, mas indica as



“construções culturais”, ou seja, a criação inteiramente social de idéias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres (SCOTT, 1995, p. 75), papéis estes, que expressam sistemas de crenças tradicionais a respeito dos comportamentos adequados para homens e mulheres (GUERRA et al., 2004).

Os sujeitos, homem e mulher, se apresentam em um processo “continuado e dinâmico”, portanto, não acabado quando no momento do nascimento, mas que se constrói por meio das “práticas masculinizantes e feminizantes” de acordo com cada sociedade, estando inserido nas instituições sociais (igreja, escola, etc), que expressam as relações sociais de gênero (LOURO, 1995).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Em sua existência, o homem seguiu modos diferentes de vida em diferentes épocas e lugares, desenvolvendo condições que garantissem tanto sua existência e sobrevivência quanto a de seus descendentes. Para tanto, os indivíduos criam entre si uma espécie de código que orienta suas práticas sociais nos vários grupos e categorias sociais em que vivem dentro de uma sociedade (HELMAN, 2006).

A forma como os indivíduos enfrentam as suas experiências de saúde e doença é profundamente marcada por seus valores e crenças (LEININGER, 2002; HELMAN, 2006), logo, a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, idéias sobre prevenção, noções sobre causalidade, idéias sobre tratamentos apropriados, etc.) são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (NICHTER, 1989).

O cuidado ao ser humano é universal, ou seja, todos necessitam de cuidado durante sua existência, embora este cuidado se apresente de formas diferentes de acordo com a cultura em que os indivíduos estejam inseridos. Ele é um domínio central, dominante e unificador da enfermagem e “[...] enquanto a cura não pode, efetivamente, ocorrer sem o cuidado, este pode ocorrer sem a cura” (LEININGER, 1988, p. 210).

Para Leininger (1988), os homens são seres culturais que sobrevivem por meio de sua capacidade de prestar cuidado uns aos outros, contudo, ele é um fenômeno próprio da natureza humana, relacionado com o comportamento de prestação de auxílio, apoio ou capacitação, para um indivíduo ou grupo que apresente necessidades de melhorar ou aperfeiçoar a condição de vida.

Visando solucionar os problemas de saúde dos indivíduos, existe nas sociedades um sistema profissional de cuidado e cura que é o sistema organizado, formalmente reconhecido, e oferecido pelos profissionais de saúde. Neste sistema, considera-se que o cuidado é a essência da enfermagem. Além disso, ainda há dentro dos grupos sociais o sistema popular de cuidado, que é o sistema local, em que se inclui a família (LEININGER, 1991).

A cultura própria de cada ser humano não pode ser atribuída apenas aos indivíduos que buscam por cuidado, pois, assim como as pessoas que procuram por soluções para minimizar ou sanar os males que as afligem são portadoras de uma cultura própria, também o profissional de saúde que dela se ocupará, com o intuito de solucionar ou amenizar seu infortúnio, traz consigo sua cultura e suas crenças apreendidas em sua sociedade, bem como a cultura obtida por sua formação profissional.

Ocorre, portanto que, para que estes profissionais atendam as necessidades de cada cliente em sua especificidade e também a sua necessidade enquanto profissional, a pessoa a ser cuidada seja vista em seu contexto social. Que suas concepções e atitudes sejam compreendidas pelo enfermeiro, mas que este não deixe de agir como profissional, no sentido de alcançar os objetivos propostos para uma assistência adequada.

Foi analisando este aspecto que Leininger apresentou o termo enfermagem transcultural, a qual considerou ser diferente da antropologia médica e disciplinas afins, por estar focalizada em diferentes culturas, no cuidado cultural, nos fenômenos da saúde e da enfermagem. Foi ela também quem cunhou o termo cuidado culturalmente congruente para embasar o principal objetivo de sua teoria, qual seja: identificar os meios para proporcionar um cuidado de enfermagem culturalmente congruente aos fatores que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença e a morte das pessoas de culturas diversas e também semelhantes (LEININGER, 1991).

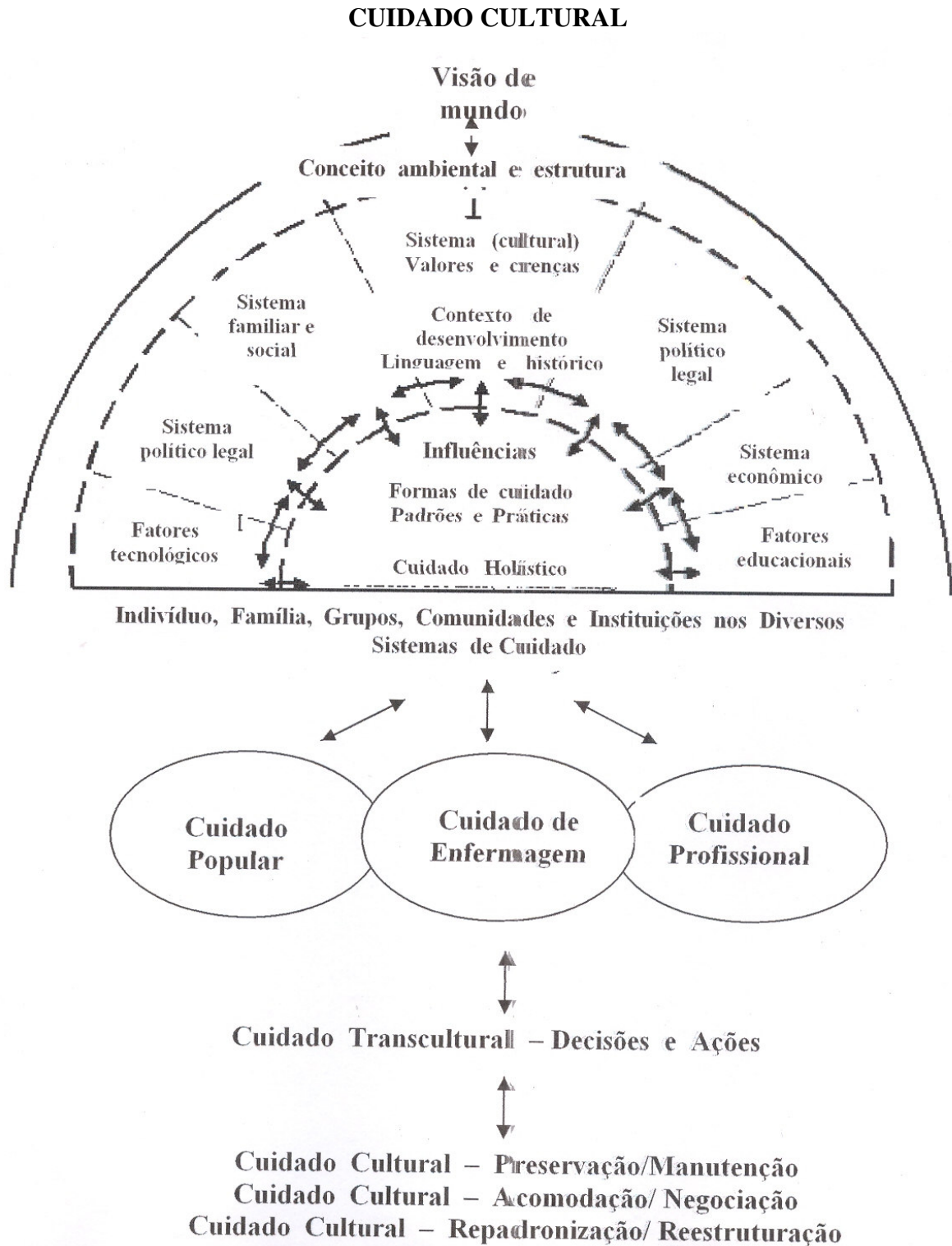
Neste contexto, os pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural, desenvolvida por Leininger, quando adotados ou considerados pelo enfermeiro, pode favorecer o processo de interação entre o profissional e sua clientela, considerando suas possíveis diferenças, atendendo às necessidades de entrosamento entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado.

Esta teoria foi desenvolvida por Leininger, motivada por uma inquietação em sua prática profissional na década de 1950, quando ela percebeu diferenças de comportamento entre as crianças com as quais trabalhava. Estas diferenças, segundo a teórica, possuíam uma base cultural e, por falta de conhecimento da cultura dessas crianças, a ligação entre a enfermagem e esses pacientes tornava-se falha. Diante desta constatação, Leininger começou a desenvolver estudos que, mais tarde, em 1985, deram origem à teoria Transcultural (LEININGER, 1991).

O objetivo da teoria é proporcionar cuidado coerente com os valores, crenças e práticas culturais de forma a que seja significativo para as pessoas de culturas tanto diversas como semelhantes (LEININGER, 2002). Para a autora, existe uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar que precisa ser conhecida e compreendida para que a enfermagem possa prestar assistência satisfatória e humanizada, sendo esta assistência pautada no cuidado.

Como forma de analisar o significado do cuidado, Leininger (1991, p. 43) desenvolveu um modelo de cuidado ao qual denominou de Sunrise Model ou Modelo do Sol

Nascente. Este modelo descreve as “dimensões de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado” (GEORGE, 1993, p. 290).



Fluxograma 1 – Modelo de cuidado Transcultural de Leininger.

Fonte: Leininger (1991, p. 43).

O modelo de cuidado desenvolvido por Leininger (1991) pode ser compreendido pela apresentação em quatro níveis:

1. a parte externa é constituída por componentes que representam a visão do mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura (GEORGE, 1993), nível que leva ao estudo da natureza, os quais influenciam o cuidado e a saúde;

2. o segundo nível oferece conhecimento sobre os indivíduos, família, grupo, comunidade e instituições em diversos sistemas de saúde;

3. o terceiro nível focaliza os sistemas de saúde popular, o sistema profissional e o cuidado de enfermagem;

4. no quarto nível, ocorrem as decisões e as ações de enfermagem, envolvendo preservação/manutenção, negociação/acomodação e repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

É nesse último nível que Leininger propõe que se leve em conta o tipo de vida e as crenças de cada indivíduo para que seja possibilitada a realização do cuidado, e, segundo a autora, a preservação do cuidado refere-se àqueles cuidados praticados cotidianamente pelo próprio indivíduo, família ou grupo, os quais podem ser benéficos ou inofensivos à saúde. A acomodação está relacionada àquelas ações e decisões que visam assistir as pessoas de uma determinada cultura, levando-a a adaptar-se ao cuidado ou a negociá-lo com os profissionais de saúde. E por fim, a repadronização das ações e decisões tomadas frente ao cuidado para facilitar e dar suporte para que sejam operadas mudanças nos indivíduos ou grupos, com o objetivo de instituir novos modos de vida que possam beneficiar as ações de cuidado à saúde.

O modelo de cuidado proposto por Leininger objetiva auxiliar o estudo da forma como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde das pessoas, das famílias, dos grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa determinada cultura (GEORGE, 1993).

Aqui mesmo, no âmbito nacional e em diferentes regiões, é encontrada uma diversidade de estudos que utilizaram a Teoria Transcultural do Cuidado (SANTOS et al., 1998; CARVALHO; PEREIRA, 1999; BOEHS, 2002; LANDIM; NATIONS, 2003) em diferentes áreas da enfermagem, com o objetivo de destacar sua importância e sua utilização na prestação do cuidado de maneira adequada a cada indivíduo.

Estudo realizado com idosos, na cidade do Rio de Janeiro, buscou descrever as condições de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da Enfermagem Transcultural, concluindo que o cuidado de enfermagem para esta população, em particular, é muito

importante, que a atuação de enfermagem é indissociável da ação educativa e que a comunicação adequada e o relacionamento humano positivo para com estes idosos são componentes de grande valor no cuidado. Para tanto, constatou-se que se faz necessária a criação de ações de enfermagem que valorizem esses indivíduos junto à comunidade e à família (CARVALHO; PEREIRA, 1999).

Uma pesquisa desenvolvida com famílias de recém-nascidos, em Florianópolis-SC, com o objetivo de conhecer os cuidados culturalmente transmitidos e realizados pela família, constatou que o referencial de Leininger propiciou a valorização do cuidado no contexto familiar durante o processo do nascimento humano (SANTOS et al., 1998).

Ainda, nesta mesma perspectiva, estudos realizados com mulheres de uma comunidade pobre de Fortaleza (favela), com o objetivo de investigar o significado da mama para elas. Concluiu que para que seja prestado um cuidado adequado a essas mulheres é necessário que o profissional de enfermagem tenha conhecimento das dificuldades encontradas por elas, mostrando-se atentos às suas expectativas frente ao cuidado profissional.

Outra pesquisa, utilizando-se da teoria de Leininger, foi desenvolvida por Boehs (2001) em uma unidade de pediatria, com o objetivo de compreender como se processam os sistemas de cuidado familiar e institucional dentro do ambiente hospitalar. A autora concluiu que existem dificuldades para a negociação entre os dois sistemas de cuidado e que, no movimento de aproximação da equipe, existe a possibilidade de acomodação dos mesmos e ainda que existe necessidade de ampliação da produção de conhecimento e formação na área da família dentro das instituições.

Na concepção de Madeleine Leininger, o fim último da teoria é proporcionar conhecimento aos enfermeiros para que estes possam prestar um cuidado congruente (com os valores, crenças e práticas culturais), seguro e significativo para as pessoas de culturas diversas e similares (LEININGER, 2002).

Contudo, para que este cuidado ocorra é necessário haver a procura pelo mesmo, pois entende-se que a procura não existe somente quando os indivíduos vão até o serviço de saúde, mas também quando eles aceitam que precisam de cuidado.

A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico, baseado nas pesquisas desenvolvidas por Luc Boltanski, sociólogo e professor francês, fundador do Centro de Sociologia Política e Moral que atua ainda hoje como docente na Escola Hautes Etudes, em Paris, é aqui utilizada como forma de contribuir para favorecer o desenvolvimento da assistência de enfermagem voltada às necessidades da população, respeitando suas diferenças sociais.

A pesquisa realizada por Luc Boltanski, na década de 1960, que deu origem ao trabalho intitulado *As classes sociais e o corpo*, em que são discutidas as diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar (BOLTANSKI, 1989). Em sua análise o autor aborda não somente o comportamento cultural dos indivíduos em suas diferentes classes sociais, como também a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, suas interpretações e práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.

A estreita ligação existente entre as concepções de saúde dos indivíduos e o contexto sociocultural em que estes estão inseridos é descrita por Boltanski (1989). Segundo o autor, ocorrem nas sociedades, entre os indivíduos das diferentes classes sociais, diferenças em relação à saúde. Estas diferenças dizem respeito à forma como as pessoas percebem seu próprio corpo e conseqüentemente os distúrbios relacionados a ele.

Os membros das classes sociais mais elevadas dispensam maior atenção ao corpo, tanto no que se refere às questões estéticas quanto às questões de saúde propriamente ditas sendo esta conduta, às vezes reprovada pelos indivíduos de classes menos favorecidas, que acreditam ser esta atitude relacionada à falta de trabalho ou de outra atividade mais importante (BOLTANSKI, 1989).

Também existem diferenças no que se refere à competência médica. As dificuldades encontradas por indivíduos de classes sociais menos favorecidas, em se relacionar com os profissionais médicos, são maiores do que as enfrentadas por indivíduos melhores posicionados na hierarquia social. Neste aspecto, ocorre que a diferença social existente entre o médico e as pessoas de classe social inferior dificulta a comunicação entre eles, tornando o entendimento das informações sobre as doenças por parte dos pacientes, principalmente pelo baixo nível educacional, mais dificultado. O médico, por sua vez, diante da dificuldade de absorção de informações destes pacientes, dispensa a eles menor atenção, diminuindo suas chances de conhecimento sobre a doença que os acomete.

E por fim, existem as diferenças no Itinerário Terapêutico adotado pelas pessoas de classes sociais diversas. Elas estão relacionadas ao acesso e à oferta de serviços de saúde.

As variações, no consumo médico pelas diferentes classes sociais, são descritas por Boltanski (1989) em quatro conceitos, quais sejam: a necessidade médica, a competência médica; a cultura somática e o uso do corpo.

A necessidade médica, diz respeito à necessidade em sanar a doença no momento em que ela se manifesta, ou seja, para responder a uma necessidade primária do corpo. A

necessidade médica, portanto, aparece assim que se manifesta a doença e pode ser solucionada, desde que não haja barreiras econômicas ou técnicas.

A competência médica se refere à relação estabelecida entre o profissional e seu cliente e está diretamente relacionada à comunicação existente entre eles. Para Boltanski, a aptidão para compreender os sinais emitidos pelo corpo está relacionada à capacidade de valorização dos sintomas, e esta compreensão melhora quanto maior for o nível social do cliente, isto porque para ele, uma melhor expressão da doença somente é possível graças a um maior vocabulário, e neste aspecto as classes menos favorecidas apresentam-se em desvantagem, visto que o conhecimento dos termos científicos aumenta em função do crescimento na escala social. Por esta razão, a linguagem científica utilizada pelos médicos, na maior parte das vezes, não é compreendida pelos membros das classes menos favorecidas. Estes se sentem desprezados por acreditarem que o médico não lhes dedica atenção adequada, e este, por sua vez, também sente dificuldade em se fazer entender. Estas situações tornam a prestação de informações médicas tanto mais fracas quanto mais baixas o doente está situado na hierarquia social.

O terceiro conceito, a cultura somática, refere-se ao interesse pelo corpo e a forma como este é visto pelo indivíduo e pela sociedade, refere-se ao fato de que a expressão das sensações doentias é variável, pois o interesse e atenção que os indivíduos conferem ao próprio corpo variam de acordo com a classe social em que este está inserido. Quanto mais elevado o indivíduo se apresenta na escala social, maior o interesse e o cuidado com o corpo e maiores são as expressões relativas aos processos doentios que se processam pela linguagem.

Também, o uso do corpo que está relacionado à forma como os indivíduos fazem uso profissional de seu corpo. Sob este aspecto, quanto mais o indivíduo tem que usar fisicamente seu corpo, menor é a relação reflexiva para com ele. Isto se dá pelo fato de que a percepção das sensações doentias é dificultada pelo esforço físico atribuído ao corpo e ainda, a percepção de estados doentios pode interferir no resultado de suas atividades físicas, quais sejam, a diminuição do esforço físico e conseqüentemente da carga de trabalho, o que para os indivíduos das classes populares é inviável, pela dependência econômica de suas atividades de trabalho. Ainda com relação ao uso do corpo, Boltanski (1989) comenta que, à medida que se sobe na hierarquia social, ocorre uma diminuição da carga de trabalho e esforço físico, e um aumento do cuidado e da atenção aos aspectos estéticos do corpo.

Para Boltanski (1989), ocorre, portanto, uma inversão de papéis no que se refere ao consumo médico por parte dos indivíduos. Isto significa que, à medida que ocorre o crescimento da consciência do corpo e do interesse dedicado a ele é como se ocorresse uma



inversão de suas funções econômicas, ou seja, à medida que decresce a parte relativa da força corporal no conjunto de fatores de produção, o corpo torna-se o pretexto para uma quantidade cada vez mais crescente de consumos.

Boltanski (1989) faz referência também à relação existente entre a doença e o trabalho, no sentido de que esta é vista pelos indivíduos como uma interferência direta em seu cotidiano, estando associada à impossibilidade para trabalhar, já que o trabalho está diretamente relacionado à sua sobrevivência.

Esta abordagem contribui enormemente para a melhoria na prestação do serviço de saúde aos indivíduos, visto que por meio desta abordagem se torna possível atender aos indivíduos de forma individual, respeitando suas limitações econômicas sociais e de conhecimento sobre seu corpo e o reconhecimento de seus processos patológicos e os caminhos a serem trilhados na busca da solução de seus problemas.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

O desenvolvimento deste estudo foi norteado por uma pesquisa de campo de natureza qualitativa.

### 4.1 ABORDAGEM UTILIZADA NO DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

As pesquisas, em geral, se caracterizam pelo esforço para a descoberta de informações e para ampliar o conhecimento já existente sobre um tema (GODOY, 1995).

Por ser esta uma pesquisa inserida no campo social, que tem por objetivo conhecer o pensamento de uma comunidade em relação a um assunto, é importante que as ciências sociais sejam caracterizadas, e de acordo com Minayo (1998, p. 20) uma das características desta ciência é que seu objeto é histórico, ou seja, as sociedades humanas existem em um determinado espaço e tempo, os grupos sociais que constituem essas sociedades são passíveis de mudanças e que, o que faz parte de uma sociedade, como as instituições, as leis e as visões de mundo são passageiras, estando sujeito a transformações. E é considerando este contexto que os dados obtidos devem ser interpretados.

A pesquisa qualitativa tem uma longa tradição, tanto na psicologia como nas ciências sociais. Segundo Flick (2004), os métodos biográficos, estudos de caso e métodos descritivos foram muito utilizados na sociologia norte-americana até a década de 1940. A partir de então, pesquisas de abordagens mais experimentais e de quantificação passaram a ser utilizadas com maior frequência. Contudo, a partir da década de 1960, na sociologia americana e, da década de 1970 na alemã, a pesquisa qualitativa inicia seu ressurgimento. Ela é marcada por estudos que valorizam o emprego de métodos para descrever e explicar fenômenos.

Com objetivos que contemplam a visão sociológica, Minayo (1998, p. 10) aponta as metodologias qualitativas como “[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. O termo significado ganha presença, neste contexto, com interesse pelas estruturas sociais, procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para os sujeitos sob estudo (TURATO, 2005).

As subjetividades do pesquisador e também dos indivíduos estudados estão inseridos no processo de pesquisa. As reflexões do pesquisador sobre suas ações e observações no campo, seus sentimentos durante o processo tornam-se dados que fazem parte de sua interpretação, documentados no contexto da pesquisa (FLICK, 2004).

De acordo com Turato (2005), o interesse do pesquisador, neste tipo de método, se volta para o significado das coisas. O que as coisas, ou seja, os fenômenos, manifestações, fatos, vivências e sentimentos representam, moldam a vida dos indivíduos. Ainda, segundo o autor, em um outro nível, os significados que as coisas apresentam, também passam a ser partilhados culturalmente e organizando o grupo social em torno destas representações e simbolismos.

Por ser o homem o objeto de estudo da investigação qualitativa o pesquisador, diante deste ser “expressivo e falante”, não pode se limitar a contemplá-lo, precisa interagir e dialogar com ele. Isso torna investigador e investigado, dois sujeitos em interação (FREITAS, 2002, p. 24).

A linguagem faz parte desta interação, ela “... é a matéria-prima desta abordagem ...”. A fala exerce papel vital na transmissão de grande quantidade de informação entre os diferentes indivíduos de um grupo (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 240). Assim, na pesquisa qualitativa, a palavra que expressa a fala cotidiana é material primordial de investigação. Ela possui a magia de transmitir, por meio do entrevistado, representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

Esta abordagem se adequa ao estudo de grupos específicos, à análise do aspecto de um fenômeno e não a grandes perfis populacionais. É importante para acompanhar e aprofundar questões levantadas por estudos quantitativos e também, abrir perspectivas para serem utilizadas posteriormente em levantamentos estatísticos (MINAYO; SANCHES, 1993).

Demo (1998, p. 92), ao discorrer sobre a adequabilidade das abordagens de pesquisa, afirma que: “Todo fenômeno qualitativo, pelo fato de ser histórico, existe em contexto também material, temporal, espacial. E todo fenômeno histórico quantitativo, se envolver o ser humano, também contém a dimensão qualitativa”.

As informações sobre a vida das populações não podem ser apenas quantificadas, mas sim interpretadas (TRIVIÑOS, 1987). E por esta razão, o uso da abordagem qualitativa se mostra adequada, pois além de permitir um exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular, parte de questões ou focos de interesses amplos, que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve (GODOY, 1995).

Os aspectos indispensáveis da pesquisa qualitativa consistem na escolha correta de métodos e teorias adequados ao tema, no reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, nas reflexões dos pesquisadores a respeito da pesquisa como parte de um processo de produção de conhecimento e na diversidade de abordagens e de métodos (FLICK, 2004)

A abordagem qualitativa tem como características básicas o ambiente natural como fonte de dados e o entrevistador como instrumento fundamental, existindo um contato direto deste com o ambiente e a situação que está sendo estudada. Ela é descritiva, ou seja, a palavra escrita se destaca nesta abordagem, sendo fundamental tanto na coleta de dados quanto na análise dos resultados. Nela, os dados coletados aparecem sob a forma de transcrição das entrevistas ou por meio de anotações, fotos, entre outros. A maneira holística de ver o indivíduo, e este, inserido no ambiente, é fundamental. O pesquisador tem, como principal preocupação, o significado dado pelas pessoas à sua vida, tentando compreender o fenômeno que está sendo estudado a partir da perspectiva dos participantes, utilizando o enfoque indutivo na análise dos dados obtidos, ou seja, partem de focos de interesse mais amplos e que no decorrer da investigação tornam-se mais diretos e específicos. A construção de uma teoria sobre o que se está estudando é realizada aos poucos pelo pesquisador, à medida que coleta e examina os seus dados (BOGDAN; BIKLEN, 1998).

Ao realizar uma pesquisa qualitativa, o pesquisador apóia-se no entendimento de que este tipo de abordagem leva à busca de respostas a questões não-quantificáveis relacionadas ao universo dos significados, às crenças, aos valores e às relações entre os indivíduos.

A utilização de metodologias qualitativas, na área da saúde, tem proporcionado “[...] visão de complementaridade e de enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde [...]” trazendo grandes benefícios para o desenvolvimento do conhecimento na área (DESLANDES, 1997, p. 105).

A importância da participação dos próprios profissionais de saúde como investigadores é destacada por Turato (2003), que considera interessante que estes profissionais possam empregar o método qualitativo, com a vantagem de que eles já trazem as inerentes atitudes clínica e existencial, em virtude da sua experiência em assistência. Este fato permite aos profissionais realizarem ricos levantamentos de dados e interpretarem os resultados com grande autoridade.

A abordagem qualitativa para a enfermagem, contribui para uma compreensão holística do ser humano, oportuniza a discussão aprofundada de temas, permite melhor exploração dos problemas da assistência, que contribui para o desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão (GUALDA et al., 1995).

Para investigar a concepção de saúde de homens e mulheres e a influência desta na busca pelo próprio cuidado, optou-se pela pesquisa qualitativa como abordagem adequada para a compreensão da problemática. De acordo com Triviños (1987, p. 122), “as particularidades físicas e sociais do meio imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz dos significados que ele estabelece”.

#### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Porto Rico, localizado na região noroeste do Estado do Paraná, às margens do Rio Paraná. O município apresenta área territorial de 217.677 Km<sup>2</sup>, e tem como limites geográficos os municípios de Querência do Norte, São Pedro do Paraná, Loanda, Santa Cruz de Monte Castelo e Bataiporã, município este, pertencente ao Estado do Mato Grosso do Sul (PARANACIDADE, 2005).

A área urbana do município é pequena, conta com apenas quatro ruas paralelas, que totalizam trinta e três quadras, habitadas pela maioria da população, e dois conjuntos habitacionais, o conjunto Flamingo que é constituído de duas quadras e o conjunto Pôr do Sol com apenas uma quadra, nos quais reside uma pequena parte dos moradores do município. Há também condomínios e chácaras, cujos proprietários são turistas e, portanto, não apresentam moradia fixa em Porto Rico.

A população de Porto Rico é de 2.550 indivíduos, apresentando pouca diferença entre os sexos (50,9% de homens e 49,1% de mulheres), de acordo com dados do IBGE (2000), sendo a taxa de urbanização do município de 64,11% (PARANACIDADE, 2005).

Porto Rico, no que se refere aos aspectos urbanos, educacionais e de saúde, apresenta: 25 estabelecimentos comerciais, seis de serviço e três indústrias (extração de minerais, material de transporte e produção de minerais não-metálicos); uma escola de Ensino Público que oferece 600 vagas para o ensino Fundamental e 347 vagas para o ensino Médio; um Hospital Público e uma Unidade Básica de Saúde (PARANACIDADE, 2005).

O município está incluído na 14<sup>a</sup> Regional de Saúde - Paranavaí e na Macro-Regional de Saúde do noroeste do Paraná. Possui o Programa de Saúde da Família, com equipe de PSF, desde junho de 1999, e seu hospital é equipado com um Centro Cirúrgico, e nove leitos destinados a internações, sendo um para Clínica Cirúrgica, dois para Ginecologia e Obstetrícia, quatro para Clínica Médica e dois para Pediatria. (PARANACIDADE, 2005).

A região onde o município está localizado envolve o único trecho não represado do rio Paraná em território brasileiro, o qual mantém em suas margens ilhas e extensas planícies inundáveis (AGOSTINHO; ZALEWSKI, 1996). Estas áreas, segundo Sponchiado et al. (2002), consistem um importante ecossistema, pois as cheias e vazantes que ocorrem na região são determinantes para manter o equilíbrio ambiental dessas áreas.

As principais atividades de trabalho para os residentes dos municípios ribeirinhos são o trabalho assalariado nas propriedades agrícolas e nas empresas de extração de areia, o trabalho volante (bóia-fria) nos períodos de colheita de culturas como algodão, feijão, milho e café, o trabalho em fazendas de gado, a extração de *pfaffia* (ginseng-brasileiro), a pesca, o trabalho com cerâmica, e no núcleo urbano, o comércio e o trabalho ligado ao turismo (ROSA, 1997).

Se considerados os seus rendimentos e atividades profissionais, há certa homogeneidade espacial no agrupamento das famílias da zona urbana de Porto Rico (TOMANIK et al., 1997). Famílias cujos membros atuam em serviços temporários e de baixa remuneração tendem a habitar os espaços mais distantes da margem do Rio Paraná. As residências mais próximas ao rio são maiores e de alvenaria e ocupadas por famílias cujos membros trabalhadores dedicam-se a ocupações mais estáveis, que exigem maior qualificação e propiciam melhores rendimentos.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram informantes do estudo 29 indivíduos, sendo 16 mulheres e 13 homens. Vale destacar que não se trata de pesquisa comprometida com a apresentação de tese sobre os modos de utilização de serviços por parte da população, mas sim comprometida com os princípios da pesquisa qualitativa voltada para a produção de achados e hipóteses merecedores de continuidade investigativa em estudos posteriores.

Por ser esta uma pesquisa qualitativa, não se deve basear em critérios numéricos para garantir sua representatividade, considerando-se boa a amostragem que abrange a totalidade do problema investigado em múltiplas dimensões (MINAYO, 2003).

O tamanho da amostra foi determinado pelo critério de saturação dos dados, ou seja, foram realizadas entrevistas até o momento em que os dados coletados começaram a se

repetir. A amostra foi considerada adequada, pois atendeu aos critérios preconizados por Minayo (1998, p. 102), nos quais a amostragem qualitativa:

a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; [...] b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência de informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; [...] esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Diante do contexto, este trabalho tem por objetivo promover maior aproximação com a situação investigada e o processo social ocorrido na pesquisa, contribuindo com estudos posteriores no sentido de reflexão e construção de novas perspectivas de conhecimento. Portanto, estes conhecimentos se propõem a serem uma forma de complementaridade.

Os critérios de inclusão adotados foram: 1) ser morador(a) da zona urbana do município de Porto Rico; mais especificamente das quatro ruas principais e dos dois conjuntos habitacionais; 2) ser adulto(a) com idade entre 20 e 59 anos; 3) concordar em participar da pesquisa. Os residentes dos condomínios e das chácaras de turistas não foram incluídos na pesquisa por não serem considerados moradores do município.

Adotou-se um critério espacial para eleição dos entrevistados da pesquisa com o intuito de incluir na amostra moradores de todas as regiões da cidade. Para a seleção dos moradores que fizeram parte do estudo, elegeu-se aleatoriamente um morador representativo para cada quadra da cidade de forma a se produzir entrevistas homogeneamente distribuídas por toda a cidade, sob o critério geográfico.

A coleta de dados teve início pelas duas ruas centrais, seguindo o sentido da margem do rio para o interior da cidade, totalizando 16 quadras; em seguida, passou-se para as ruas laterais, desta vez, partindo do interior para a margem.

#### 4.4 COLETA DE DADOS

A população do município de Porto Rico, conforme comenta Bercini (2003), em geral conhece e valoriza o trabalho que o NUPELIA vem desenvolvendo na região e o fato de

ser participante deste grupo faz com que os pesquisadores sejam bem recebidos e aceitos na cidade.

Os dados foram coletados no período de três a 27 de junho de 2006, nos sete dias da semana, cujo objetivo foi entrevistar também os homens em suas residências, os quais, em sua maioria, trabalham durante a semana.

A coleta de dados foi realizada no próprio domicílio dos entrevistados, por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) e observação não-sistematizada. As entrevistas duraram, em média, 30 minutos, e, durante a sua realização, a pesquisadora anotou aspectos observados relacionados às condições de moradia, de hábitos familiares, entre outros, que pudessem ser importantes durante a análise das entrevistas. Kirk e Miller (1986 apud SPINK, 1993, p. 104) entendem que este tipo de pesquisa “[...] depende essencialmente da observação de pessoas em seus próprios territórios e da interação com estas pessoas por meio de sua própria linguagem e em seus termos”.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada porque, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece condições para que o indivíduo pesquisado tenha liberdade e forneça as informações de maneira espontânea, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista semi-estruturada é:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

O local da residência onde foram realizadas as entrevistas foi definido antes de seu início a fim de garantir o menor número possível de interferências que pudessem atrapalhar o entendimento das falas.

A validade da pesquisa refere-se à qualidade da descrição do contexto em que ela ocorre. Nesta perspectiva, toma-se a saúde-doença como uma prática social em processos de transformação, e é com a aproximação destes discursos, que se deseja apresentar o presente estudo.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora com base nos objetivos do estudo. Trata-se de um roteiro constituído de duas partes: a primeira composta por sete questões que objetivam coletar dados referentes ao perfil socioeconômico, tais como: a idade, sexo, estado civil, número de filhos, número de moradores no domicílio,



ocupação do entrevistado, grau de instrução e renda familiar aproximada e, a segunda, constituída de oito questões abertas que abordaram os aspectos referentes à concepção de saúde e doença dos participantes.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

O método utilizado para a análise dos dados foi o da Análise Temática. A partir do material transcrito, a análise dos temas se deu de acordo com Minayo (1998, p. 209), para quem:

Fazer análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença, ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado [...]

Inicialmente, as entrevistas foram transcritas na íntegra. Para tanto, foi necessário ouvir, reiteradamente, o material gravado, para que se pudesse transformar a linguagem oral em escrita, sendo fiel às narrativas. Posteriormente, para fins de apresentação, realizou-se limpeza na transcrição das falas de acordo com as normas ortográficas da língua portuguesa.

Uma vez que não era o objetivo deste trabalho analisar a fala dos sujeitos do ponto de vista lingüístico, pareceu-nos mais adequado a correção ortográfica para facilitar o entendimento do leitor quanto às concepções de saúde dos entrevistados. As dúvidas e os períodos de silêncio foram assinalados no texto por reticências e algumas interferências durante as falas, colocadas entre parênteses duplos (PRETI, 1999):

É ((risos)) é o que eu mais tenho medo, e [...] passa direto na televisão, não é?

Como exemplo da limpeza das falas podemos citar:

Eu num mi medronto cum qualque coisa não, porque o qui se pra mim num é pra você, é eu qui tem qui passa, né?

Eu não me amedronto com qualquer coisa não, porque o que for para mim não é para você, sou eu que tenho que passar, não é?

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Maringá, atendendo às prerrogativas da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, e, após, a anuência desse órgão sob o parecer nº. 217/04 (ANEXO A), foram iniciadas as articulações para a coleta dos dados.

A solicitação de participação no estudo foi feita verbalmente no momento em que a pesquisadora chegava à residência. Nesta solicitação, eram informados os objetivos do estudo e o tipo de participação desejada.

Todos os participantes foram informados sobre a garantia de seu anonimato e da possibilidade de recusa, se assim preferissem. Os indivíduos aceitaram participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) demonstrando interesse e satisfação por colaborar. Apenas uma entrevistada não assinou o Termo de Consentimento por não ser alfabetizada, e o seu consentimento foi registrado em forma de gravação.

Nesta etapa, para que fosse garantido o anonimato e omitidos os nomes verdadeiros dos entrevistados, estes foram identificados por letras e números. Foram escolhidas as letras M para as mulheres e H para os homens, seguidas de números que os diferenciasse. As mulheres foram representadas por números de um a 16, enquanto que os homens foram de um a 13. Como exemplo das identificações temos: M1 e H1.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Nesta parte faz-se a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa e da literatura.

### **5.1 CONHECENDO OS INFORMANTES DO ESTUDO**

Neste estudo objetivou conhecer o perfil dos participantes da pesquisa.

#### **5.1.1 Perfil socioeconômico dos participantes**

A amostra deste estudo foi composta por 55,2% de mulheres (16) e 44,8% de homens (13). A idade variou entre 20 e 59 anos para as mulheres e entre 26 e 59 anos para os homens, com média de 38,1 e 42 anos respectivamente.

Com relação ao estado civil, 62,5% das mulheres e 69,2% dos homens são casados, tendo cada entrevistado, uma média de dois filhos. O número de residentes por domicílio analisado era em média quatro, variando entre um e nove moradores.

O perfil socioeconômico da amostra está mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil socioeconômico da amostra

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Nº. de Filhos</b>	<b>Nº. Hab. Por Domicílio</b>	<b>Profissão/Ocupação</b>	<b>Grau de Instrução</b>	<b>Renda Familiar (aproximada)</b>
M1	33	F	Casada	2	3	Faxineira	Fundamental Incomp.	1 ½ salário
M2	59	F	Separada	3	1	Do lar	Não alfabetizada	Sem renda fixa
M3	54	F	Casada	1	3	Do lar	Fundamental Incomp.	2 salários
M4	48	F	Casada	2	4	Do lar	Fundamental Incomp.	1 salário
M5	39	F	Casada*	2	5	Do lar	Fundamental Incomp.	3 salários
M6	38	F	Solteira	-	2	Professora	Superior	3 salários
M7	33	F	Casada	3	5	Garçonete	Médio	2 ½ salários
M8	32	F	Solteira	-	4	Do lar	Médio	2 salários
M9	35	F	Casada	2	4	Faxineira	Fundamental Incomp.	Sem renda fixa
M10	28	F	Solteira	1	3	Do lar	Fundamental Incomp.	1 salário
M11	20	F	Solteira	-	4	Do lar	Médio	1 salário
M12	54	F	Casada	2	2	Do lar	Fundamental Incomp.	2 salários
M13	30	F	Casada	2	4	Pescadora	Médio Incomp.	Sem renda fixa
M14	25	F	Solteira	3	9	Do lar	Fundamental Incomp.	2 ½ salários
M15	43	F	Casada	3	5	Faxineira	Médio	2 salários
M16	40	F	Casada	1	3	Professora	Superior	2 salários
H1	51	M	Casado	1	2	Comerciante	Médio	6 salários
H2	59	M	Casado	2	2	Comerciário	Fundamental Incomp.	3 salários
H3	38	M	Casado	2	4	Comerciário	Médio	3 ½ salários
H4	26	M	Solteiro	-	4	Servente de Pedreiro	Médio	2 ½ salários
H5	31	M	Casado	-	2	Pedreiro	Médio	3 salários
H6	52	M	Casado	4	2	Pescador	Fundamental Incomp.	Sem renda fixa
H7	38	M	Separado	6	7	Jardineiro	Fundamental Incomp.	Sem renda fixa
H8	36	M	Solteiro	-	2	Manobrista	Fundamental Incomp.	3 salários
H9	36	M	Casado	2	4	Pedreiro	Médio	2 salários
H10	30	M	Casado	2	4	Comerciante	Médio	3 salários
H11	56	M	Separado	2	2	Tapeceiro	Fundamental Incomp.	Sem renda fixa
H12	52	M	Casado	2	3	Funcionário Público	Superior	4 salários
H13	42	M	Casado	2	4	Motorista	Médio	3 salários

Com relação à profissão/ocupação, dentre as mulheres, 43,7% apresentavam alguma atividade profissional fora do domicílio, e destas, 42,9% atuavam como doméstica (faxineira), 28,5% como professora, e as demais, como garçonete (14,3%) e pescadora (14,3%).

Todos entrevistados do sexo masculino tinham ocupação profissional. Dentre eles, 38,4% desempenhavam atividades relacionadas ao comércio, 15,4% eram funcionários de estabelecimentos públicos, e os demais (46,2%) exerciam funções como: servente de pedreiro, pescador, jardineiro e tapeceiro.

Constatou-se que a maior parte dos entrevistados que trabalhavam, tinham sua ocupação na zona urbana do município (90%).

O nível de escolaridade dos entrevistados variou entre não alfabetizado (3,5%) e nível superior (10,3%). Dentre os entrevistados, apenas um (sexo feminino) declarou não ser alfabetizado e, no que se refere ao nível superior, a porcentagem foi maior entre as mulheres (12,5% para o sexo feminino e 7,7% para o masculino). O Ensino Fundamental incompleto foi o grau referido pela maior parte dos entrevistados (44,8%), sendo proporcionalmente maior entre as mulheres do que entre os homens (50% e 38,5%, respectivamente). O Nível Médio foi concluído por 54% dos indivíduos do sexo masculino e por 18,7% das mulheres.

Dentre os entrevistados, 20,7% referiram não ter renda fixa. A média salarial relatada pelos demais foi de dois salários mínimos por residência, com variação entre um e seis salários.

As características dos indivíduos em estudo não diferem muito das características da população do município, conforme já constatado em estudos anteriores.

As questões da ocupação profissional, dos moradores da região na década de 1990, foram descritas por Tomanik et al. (1997). Os autores comentam que embora ainda houvesse pessoas que retirassem o sustento para sua subsistência e de sua família por meio de formas tradicionais de trabalho (diretamente da terra ou da natureza), os maiores empregadores da população do núcleo urbano do município eram a Prefeitura Municipal e outros órgãos públicos, além dos estabelecimentos comerciais e de serviços, destacando ainda que, entre as mulheres, a atuação mais comum era como domésticas, babás ou lavadeiras.

Tomanik e Godoy (2004) comentam que na região de Porto Rico, em 2001, as ocupações ligadas ao meio urbano (serviços braçais ou não-qualificados para os homens, empregada doméstica para as mulheres e comércio e serviços públicos para ambos) sofreram aumento, ocorrendo o oposto com as ocupações ligadas à pesca e ao trato com a terra. Ainda, segundo os autores, as atividades urbanas possibilitam ganhos que variam entre as faixas de 0,5 a dois salários mínimos.

Em relação aos aspectos educacionais, os Censos realizados em Porto Rico indicam que a escolaridade média dos moradores, em 1993, era de algo próximo ao ensino fundamental incompleto. Em 2001, esta média apresentou-se próxima do ensino fundamental completo (TOMANIK; GODOY, 2004).

A avaliação socioeconômica serve como base para a análise das condições de vida de uma população. O tipo de trabalho e a situação econômica influenciam também as condições de saúde dos indivíduos.

A tendência secular dessas condições, em qualquer população, é condicionada de forma importante pela evolução do poder aquisitivo das famílias e pela progressão da escolaridade dos membros destas. Do poder aquisitivo das famílias depende, entre outros, a disponibilidade de alimentos, a qualidade da moradia e o acesso a serviços essenciais como os de saneamento e os de assistência à saúde. Da escolaridade dos familiares, sobretudo da escolaridade materna, depende a utilização mais ou menos eficiente da renda e dos serviços públicos que estiverem ao alcance. A escolaridade exerce influência também sobre as oportunidades de emprego e de salários e, nessa medida, condiciona o próprio poder aquisitivo das famílias (MONTEIRO; FREITAS, 2000).

O fato de havermos constatado que as características sociodemográficas dos indivíduos, em estudo são semelhantes às características da população em geral do município, citadas por outros autores, foi um alento por significar que, provavelmente, exista certa homogeneidade de pensamentos, concepções, crenças e práticas relacionadas com o processo saúde-doença.

### 5.1.2 Alcoolismo e tabagismo no grupo estudado

Ao investigar a presença de hábitos deletérios de vida entre os entrevistados, constatou-se que 24% deles, faz uso do tabaco, tanto na forma de cigarro como de fumo de corda. Este hábito é maior entre os homens (30,8%) do que entre as mulheres (18,7%).

Fumar eu fumo. Não fumo demais. Não fumo cigarro, fumo “paiero” [...] (M2 - 59 anos).

[...] eu fumo demais mesmo. Dois maços de cigarro, três, se estiver pescando, as vezes até quatro [...] (H17 - 33 anos).

Estes resultados assemelham-se aos que foram encontrados em um estudo realizado no Estado de Santa Catarina, Brasil, onde se constatou que, entre os participantes, a prevalência de fumantes foi de 20,6% sendo também maior entre os homens. As pesquisas comprovam que esta maior adesão ao hábito de fumar por parte dos homens é comum em todo o mundo e que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina fumam (BRASIL, 2006a). Este hábito, conseqüentemente, favorece maior exposição dos homens aos danos à saúde decorrentes desse hábito.

As atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres, segundo Schraiber et al. (2005), resultam muitas vezes em situações que predis põem os homens a assumirem certos comportamentos que põem em risco sua saúde e/ou desencadeiam processos patológicos. Essas construções de gênero definem a maneira como os homens usam e percebem o seu corpo, podendo muitas vezes, graças a seus modelos de masculinidade, assumirem comportamentos menos saudáveis em relação às mulheres (FIGUEIREDO, 2005).

Apenas 31% dos entrevistados fizeram referência ao prejuízo causado à saúde pelo fumo. Dentre os fumantes, a maior parte (71%) demonstra, por meio de seus relatos, que suas crenças em relação ao ato de fumar não parecem estar desvinculadas dos malefícios que o fumo causa;

Meu único medo é pegar um câncer igual meu finado pai, ele fumava e bebia bastante [...] (H1 – 51 anos).

[...] ficam doente, no caso do câncer, o pessoal com problema de fumar... (H3 – 54 anos).

Embora os homens sejam maioria, na utilização do tabaco, nenhum deles fez referência à necessidade de parar de fumar. Este desejo, com a finalidade de preservação de sua saúde, foi relatado apenas pelas mulheres fumantes:

[...] pejo para largar e não consigo [...] mais tem que parar, porque eu tenho pressão alta, tenho que estar tomando remédio direto (M2 – 59 anos).

A pessoa fica doente também por causa do cigarro [...] mas eu não consigo largar (M9 – 35 anos).

Fumar eu fumo, fumo de corda. Comecei com 12 anos. Esse cigarro não faz mal pra mim não, eu não trago. O dia que eu sentir que faz mal, eu paro (H7 – 38 anos).

O tabagismo é hoje um problema mundial, considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo e, embora o hábito de

fumar venha diminuindo nos países desenvolvidos, ele continua em ascensão nos países em desenvolvimento (MENESES; ACHUTTI, 2000).

Destarte, os prejuízos causados pelo hábito de fumar atinjam em sua maioria os homens, aumentando substancialmente o risco de mortalidade desse sexo para várias doenças (BRASIL, 2006a), torna-se importante destacar que as mulheres, nas últimas décadas, passaram também a apresentar fatores de risco para essas doenças, por causa das mudanças ocorridas nas suas condições de vida.

Ainda com relação ao estilo de vida, constatou-se que menos de 20% de todos os entrevistados faz uso de algum tipo de bebida alcoólica, porém, destes, 80% são homens.

Durante a entrevista, foi possível observar que no relato dos homens, os comentários sobre este hábito fluem com naturalidade, enquanto que, a única mulher que referiu fazer uso de bebida alcoólica, teve receio ao informar, tendo a preocupação de demonstrar que esta era uma atitude esporádica.

Bebo bastante [...] é por isso que eu tomo todas, porque tem gente que não toma nada e morre [...] eu bebo mesmo (H1 – 51 anos).

Tomo umas cervejinhas só. Só às vezes (M1 – 33 anos).

Dentre as mulheres entrevistadas, a maior parte não fez referência aos danos que o tabaco e o álcool provocam, talvez por não se sentirem ameaçadas por eles. Entretanto, todas que utilizam, tanto de um quanto do outro, demonstraram preocupação com os agravos que podem ocorrer em virtude da sua utilização. Estas mulheres demonstraram ter conhecimento do poder nocivo destas substâncias e, por meio de seus relatos, pôde-se perceber o desejo de abandonar o vício.

O consumo de bebida alcoólica é um costume muito antigo que vem desde os primórdios, ocupa local privilegiado em todas as culturas, como elemento fundamental nos rituais religiosos, e presença constante nos momentos de comemoração e de confraternização (GIGLIOTTI; BESSA, 2004). Em virtude do seu consumo ser tão comum, muitas pessoas não imaginam que ela é uma droga potente e talvez, por esse motivo, falem sobre sua utilização sem relacioná-la ao desencadeamento de possíveis problemas de saúde.

O álcool, embora também seja consumido pela população feminina, é considerado como maior fator de risco para a saúde do homem. Seu consumo pela população masculina é superior ao feminino em todas as faixas etárias pesquisadas (CARLINI et al., 2002;



ARTAZCOZ, 2004), alcançando, no Brasil, percentual de 15,4% entre os homens e 1,2% entre as mulheres (SIMÃO et al., 2002).

Quando questionado sobre o conhecimento a respeito dos malefícios causados pelo álcool e pelo fumo, substâncias das quais faz uso, um dos entrevistados diz que conhece os riscos:

Meu único medo é de pegar um câncer, igual o finado pai. Foi generalizado, ele fumava e bebia bastante também (H1 – 51 anos).

Ele ainda, desdenha da própria observação. Mostra a foto de um homem amputado no maço de cigarros e diz:

Olha. Mas até acho bonita ((risos)) (H1 – 51 anos).

Apesar dos avanços na ciência e tecnologia, na área da saúde, e da facilidade de transmissão de informação, algumas pessoas ainda adotam comportamentos que levam os prejuízos à sua saúde a curto, médio e longo prazo. Estes comportamentos podem ocorrer por ignorância, mas, muitas vezes, determinadas práticas são adotadas, apesar de se ter consciência dos seus efeitos negativos para a saúde (CANDEIAS; MARCONDES, 1979).

As doenças, mais comuns no sexo masculino, associadas às diferenças de gênero e à adoção de estilos de vida, como o câncer de pulmão e a cirrose hepática, estão relacionadas aos conceitos clássicos de feminilidade e masculinidade, os quais consideram correto estes tipos de consumo para os homens, mas não para as mulheres (ARTAZCOZ, 2004).

Embora as questões culturais das sociedades ainda apontem para maior liberdade do homem em desenvolver alguns hábitos, ocorrendo várias mudanças em todo o mundo no que se refere à inclusão da mulher no mercado de trabalho e a sua maior liberação sexual. Estas mudanças estão relacionadas aos chamados "hábitos de homem", nos quais estão incluídos o fumo e o álcool, que têm interferido negativamente na saúde das mulheres (LUZ; SOLIMENE, 1999, p. 45) e, portanto, as chamadas vantagens femininas quanto ao tempo de sobrevivência, poderiam reduzir em decorrência dessas mudanças (VERBRUGGE, 1982; AQUINO, 1991; MENESES; ACHUTTI, 2000; ARTAZCOZ, 2004).

Faz-se necessário destacar que a escolha pela investigação apenas do uso do tabaco e do álcool como hábitos prejudiciais à saúde deu-se pela constatação da importância que seus efeitos negativos provocam no ser humano, e por serem substâncias de fácil acesso às pessoas de todas idades.

Os efeitos negativos do fumo estão associados a 90% dos casos diagnosticados de câncer de pulmão em todo o mundo, sendo este tipo de tumor o mais comum entre todos os tumores malignos que atingem os indivíduos, e, no Brasil, é responsável pelo maior número de vítimas por câncer (BRASIL, 2006a).

O álcool por sua vez é responsável por grandes danos à saúde tanto individual quanto coletiva como descrevem Galduróz e Caetano (2004). Esses autores apresentam dados de hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999, os quais apontam que o álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependência. Além disso, ele é, de acordo com os autores, responsável pela grande ocorrência de óbitos por homicídios e acidentes de trânsito em todo o país.

## 5.2 CONHECENDO AS CONCEPÇÕES DOS INFORMANTES SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Ao conhecer um pouco de cada indivíduo dentro de seu contexto social e cultural, tornou-se possível, também, conhecer suas concepções sobre a saúde e suas práticas de cuidado. Percebeu-se que por ser a doença parte da existência humana, os profissionais de saúde devem criar possibilidades para que as pessoas visualizem a sua doença ao invés de focalizar somente na saúde, pois é por meio desta conscientização que podem surgir as condições para o enfrentamento de suas enfermidades. Cabe ao profissional da saúde a transmissão das informações e a adequação das práticas em saúde tanto para a sua preservação, quanto ao que se refere aos métodos de prevenção das doenças.

### 5.2.1 O olhar sobre a própria saúde

Ao investigar a ocorrência de distúrbio relacionado à saúde nos doze meses que antecederam a coleta de dados, constatou-se que mais da metade dos entrevistados (51,7%) referiu não ter apresentado nenhum problema relacionado à sua saúde no período em questão.

A diferença, na expressão da doença entre as pessoas, ocorre pela maneira como cada uma categoriza seus sintomas e incapacidades e de acordo com o contexto sociocultural em que estão inseridas (MENDONÇA, 2005).

Dentre todos os indivíduos que referiram ter apresentado algum problema de saúde, os homens relataram menos a ocorrência de doenças do que as mulheres. Apenas de que 23% deles referiram algum infortúnio no período:

Não, só coisa simples como resfriado (H8 – 36 anos).

A maior parte dos homens fez questão de demonstrar que estava saudável:

Não, que eu saiba eu não fiquei doente não ((risos)) (H3 – 38 anos).

((risos)) Eu nem me lembro qual foi a última vez que eu fiquei doente (H10 – 30 anos).

No que se refere à questão de trabalho, independente da idade, constatou-se que os homens (38,5%) relacionam mais a doença com o trabalho, apresentavam renda familiar inferior a três salários mínimos e a maior parte deles (60%) tinha atividades que exigiam mais esforço físico, como pedreiro e pescador. Eles fizeram referência à necessidade de estar bem para se manterem em condições de exercer suas atividades laborais e a importância que o trabalho tem para sua sobrevivência.

Eu não tenho nada na saúde. Só trabalho, só tenho tempo para trabalhar (H10 – 30 anos).

Eu acho que um pouco [...] certo tipo de doença é o tipo de vida não é? Porque as vezes a gente não consegue manter uma comida razoável, então eu acho que vai ficando difícil. Começa acontecer as coisas, não tem como resolver, não tem emprego, acaba complicando. Eu mesmo estou assim [...] com problemas financeiros. A gente tem que ter uma ocupação senão não tem como viver (H - 52 anos).

Conforme destaca Boltanski (1989), o indivíduo doente pode tornar-se impossibilitado de trabalhar, e quando esta situação atinge as pessoas incluídas nas classes sociais menos favorecidas, pode interferir nas condições de sobrevivência tanto individual quanto da sua família. Portanto, diante desta situação, segundo o autor, estes indivíduos dão menor atenção aos sintomas apresentados pelo corpo. Para ele, nas classes menos favorecidas, a intensa utilização do corpo por meio de um maior esforço físico não é

compatível com uma relação reflexiva sobre ele. O esforço físico interfere no reconhecimento dos sintomas produzidos pelo corpo e mesmo que o indivíduo perceba algum sintoma mórbido que possa levá-lo à redução da atividade física, muitas vezes ele não dá atenção para que não haja interferência em seu cotidiano.

Boltanski (1989) comenta que à medida que se evolui o nível de instrução média nas diferentes classes sociais, ocorre tendência ao aumento do número de indivíduos em condições de prestar maior atenção ao corpo. Segundo esta teoria, a melhoria nas condições sociais tem como resultado a diminuição do esforço físico entre os fatores de produção, além de colaborar para o maior conhecimento científico do corpo.

Dos indivíduos que referiram terem sido acometidos por alguma doença no período (48,3%), a maior parte foi as mulheres (78%), que relataram ter apresentado uma ou mais doenças:

Eu tomo remédio para pressão alta. Tenho problema de coluna... dói sim, eu faço o serviço mas dói [...] Sempre, sempre eu tenho que estar no médico para tirar chapa para ver como é que está [...] Aparece uma dor na perna, no braço, problema aqui, problema acolá [...] (M2 – 59 anos).

Eu tenho pressão alta, é má circulação. Aí começa doendo as pernas, dói nas costas, na coluna, dói nas mãos, aquela dor ferroando. Depois dos 40 anos, eu sofri bastante com bronquite também (M3 – 54 anos).

Os estudos comprovam que as mulheres costumam estar mais atentas às sensações e percepções com relação ao seu corpo e a demonstrar mais cuidado para com ele do que os homens (LOYOLA, 1984).

Os dados apresentados nesta pesquisa, sobre maior morbidade das mulheres em relação aos homens, são coerentes com os que têm sido identificados em outros estudos, abordando as diferenças nas condições de saúde e no itinerário médico, por ambos os sexos. Neles, além das mulheres referirem maior morbidade (LEBRÃO et al., 1991; GRIFFITHS, 1996; ARTAZCOZ et al., 2004, LAURENTI et al., 2005), sua auto-avaliação sobre o seu estado de saúde é, em geral, pior do que no sexo masculino (IBGE, 1998).

No total, foram referidos pelos entrevistados oito tipos diferentes de problemas de saúde, ocorridos no período dos últimos 12 meses.

A hipertensão arterial foi a doença mais citada, representando 46% de todas as queixas. No que diz respeito a esta patologia, as mulheres foram responsáveis por todas as reclamações, cuja idade varia entre 39 e 59 anos:

De um ano para cá? Olha desde que meu menino nasceu eu tenho problema de pressão alta. Desde a gravidez eu tenho problema de pressão alta... Eu vou sempre medir [...] controlar a pressão também. Vou no posto pegar remédio para pressão, as vezes eu vou duas, às vezes vou três vezes por semana. Tem que cuidar direto. Tomo remédio para pressão três vezes no dia (M5 – 39 anos).

[...] tenho problema só de pressão alta. Só a pressão alta e a coluna, graças a Deus. Tomo remédio, sempre vou assim no hospital pra medir, no posto, sempre a gente está indo, direto (M2 – 59 anos).

Das cinco mulheres que referiram ser hipertensas, apenas uma disse que não tem por hábito procurar o serviço de saúde para fazer o controle da pressão arterial, justificando que espera pelas Agentes Comunitárias de Saúde que visitam seu domicílio. As demais referiram fazer o controle na UBS.

A hipertensão é uma doença altamente prevalente em nosso meio, acometendo no Brasil um percentual de 15% a 20% da população adulta (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004). É considerada como um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular e um importante problema de saúde pública (TRINDADE et al., 1998; DRUMOND JÚNIOR; BARROS, 1999; ALMEIDA et al., 2002; MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004; SIMÃO, 2005). A maior ocorrência em mulheres foi constatada tanto no município de Porto Rico, quanto no Estado do Paraná (BRASIL, 2006b).

Os registros de maior número de hipertensos entre as mulheres, em todo o Brasil, também são apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), sendo que no ano de 2006, 64,5% dos hipertensos registrados no país, eram mulheres.

Há algumas décadas, acreditava-se ser a doença arterial coronária uma doença própria do homem e que raramente se manifestava na mulher, tanto que, por muito tempo, nos estudos de prevenção de doenças cardiovasculares e nos ensaios clínicos com medicamentos, houve a exclusão do sexo feminino. Nos dias atuais, a idéia de que os problemas cardiovasculares estão relacionados ao sexo masculino, não mais procede. A cada ano, 2,5 milhões de mulheres norte-americanas são hospitalizadas, em virtude das doenças cardiovasculares (LUZ; SOLEMIENE, 1999).

Os dados referentes ao maior número de registros de hipertensão no sexo feminino, em todas as idades, despertaram também atenção para o fato de que isto possa ocorrer, provavelmente, porque homens com menos de 50 anos são menos diagnosticados que as mulheres, quanto a esta doença, em razão do fato de referirem menos seus sintomas e de procuraram pouco pelos serviços de saúde (VERBRUGE, 1982).

Vale aqui ressaltar que, no decorrer da pesquisa e do diálogo com os entrevistados, apenas um homem (H11) relatou fazer uso de medicamentos anti-hipertensivos, porém, em momento algum da entrevista mencionou ser, portador de doença hipertensiva, mesmo quando indagado sobre a presença de algum problema de saúde. Ele relatou, assim como os outros quatro homens entrevistados e que tinham idade entre 50 e 59 anos, que não tem o hábito de, preventivamente, fazer a aferição da pressão arterial. Este controle somente ocorre, segundo eles, quando as Agentes Comunitárias de Saúde do município vão até as suas residências.

Por ordem de frequência, observou-se que os problemas de coluna e depressão constituem o segundo problema mais referido pelos entrevistados (42,8%), sendo ambos citados também somente pelas mulheres.

As mulheres que referiram dores lombares têm idades entre 35 e 59 anos e desenvolvem atividades diversas como “do lar”, faxineira e professora. Elas comentam que embora estas dores sejam bastante incômodas, não deixam de realizar as atividades do dia-a-dia, e buscam por ajuda do médico sempre que apresentam os sintomas:

[...] a dor nas costas não atrapalha, (o desempenho dos serviços domésticos) eu faço, mas dói sim, eu faço mais dói [...] Sempre, sempre eu tenho que estar no médico para tirar chapa para ver como é que está. Na última radiografia, ele (médico) viu que estava torta mais não passou remédio, eu tenho que ir esse ano, agora, de novo para ver (M2 – 59 anos).

Eu tenho muito dor na coluna, às vezes de noite eu quase não durmo. O doutor disse que é peso. Há uns tempos atrás ele passou um diclofenaco para mim, eu tomei, melhorou, mais só que ele mandou eu fazer um regiminho sabe, ai eu emagreci. Acabaram as dores nas costas e a dor no pé. Agora voltei a engordar de novo, voltou a dor na coluna (M9 – 35 anos).

Os resultados deste estudo, no que se refere às queixas das mulheres sobre as dores lombares, se justificam, de acordo com Silva et al. (2004). Os autores comentam que a dor na coluna é um problema que faz parte do contexto de dores lombares e que, as mulheres apresentam grande risco para sua manifestação. Isto porque as mulheres, cada vez mais, associam as tarefas domésticas ao trabalho fora de casa o que exige mais esforço de seu corpo, além das características anatômicas femininas (menor estatura, menor massa muscular e óssea, articulações mais frágeis, entre outras), que podem colaborar para o surgimento destas dores.

A depressão, terminologia utilizada pelas entrevistadas para designar a falta de disposição para o desempenho das atividades diárias, foi citada por 19% das mulheres, todas

com idade inferior a 39 anos. Suas justificativas estavam relacionadas à falta de ocupação e às poucas atividades de lazer existentes no município:

[...] eu tenho problema de [...] (exitou) depressão, então eu tenho que tomar remédio para depressão [...] Ah, eu tento não ficar doente (deprimida), apesar de que eu sou muito nervosa [...] tento me distrair, apesar de que aqui não tem muito para fazer. Eu era agitada [...] (M5 – 39 anos).

No momento acho que eu estou com depressão. O médico falou. Eu não consigo dormir, não tenho paciência com nada, mas não é por isso que não vou viver bem. Eu acho que estou doente [...] acho que estou sem trabalho [...] eu acho que é por isso mesmo. Você viu o tamanho da cidade? (M11 – 20 anos).

A falta de ocupação foi destacada pelas pessoas como fator desencadeante para processos depressivos. A relação entre trabalho e saúde foi citada na mesma proporção por homens e mulheres como sendo uma atividade fundamental para o bem-estar:

Eu acho que fiquei doente por causa disso [...] parei de trabalhar uns dia, mais foi pior (M9 – 35 anos).

[...] a gente tem que ter uma ocupação, senão num tem como [...] se não tem o que fazer não pensa coisa boa. Quando eu estou trabalhando eu não penso nisso (doença) (H6 – 52 anos).

[...] se não tiver ocupada fica deprimida, eu acho que é doença. A falta de ter o que fazer deixa a pessoa doente (H10 – 30 anos).

No que diz respeito às mulheres, o trabalho remunerado pode trazer benefícios como fonte de alternativas de bem-estar, proporcionando independência econômica e uma rede de relações sociais, e controle sobre sua própria vida (ARTAZCOZ et al., 2004).

Vale destacar que nenhuma das três mulheres que mencionaram esta queixa, referiu ter sido diagnosticada ou estar sendo acompanhada por especialista. Segundo elas, o diagnóstico foi feito pelo clínico geral ou o ginecologista que presta atendimento na UBS do município.

A depressão é descrita como um transtorno do humor grave e freqüente, que ocorre em todas faixas etárias, e, por razões ainda não totalmente esclarecidas; vem se tornando cada vez mais comum neste século (LAFER et al., 2000). Sua incidência tem sido descrita como sendo aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens (ANGST et al., 2002).

Os problemas circulatórios foram citados pelo mesmo número de homens e mulheres (um) e representaram 6,9% do total de queixas.

[...] é má circulação. Você, veja meus dedos assim [...] Estão tudo dormente, nos pés. Má circulação. Depois que terminou (menstruação), que entrou essa menopausa, aí deu esse problema de má circulação. Faz um ano. Eu via que estava aquela dorzinha nos dedos e meio dormente [...] estava com má circulação. Eu fico muito parada, sem caminhar. Ele (médico) mandou eu caminhar. Só que eu comecei caminhar e parei ((risos)). Eu parei, mais tem que caminhar (M3 – 54 anos).

O problema que eu tive, é falta de circulação, sabe [...] Tinha assim, formigação na perna, nos dedos [...] Aí ele (médico) receitou remédio. Eu já tive antes isso, eu falei para ele como era, e aí eu tinha até a receita guardada, aí mostrei para ele, aí ele falou para tomar. Não deu mais (H3 – 38 anos).

A doença venosa crônica dos membros inferiores atinge cerca de 40% da população em geral, sem apresentar grandes diferenças na prevalência entre homens e mulheres (MAFFEI, 1995). Ela está entre as enfermidades crônicas, comumente denominadas de Insuficiência Venosa Crônica (IVC), é descrita como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por uma incompetência valvular (POTER; MONETA, 1995).

Outras doenças também foram citadas, como os problemas dentários, amenorréia, infecção urinária, otite e pneumonia. Cada uma delas foi referida por uma pessoa entrevistada, sendo todas mulheres com exceção dos problemas dentários.

Foi constatado, pelos dados apresentados, que as mulheres tiveram maior número de problemas de saúde em relação aos homens no período de um ano que antecedeu o estudo e que, quando sentem que estão apresentando algum problema, elas procuram mais o serviço de saúde do que os homens (43% e 23% respectivamente).

### 5.2.2 Percepções sobre a saúde

Para a maioria das pessoas em estudo (51,7%), a idéia de ser saudável está relacionada à ausência de sintomas e doenças e uma percepção de bem-estar:

É quando ela (a pessoa) esta bem fisicamente, mentalmente (M6 – 38 anos).

Quando não está sentindo nada (M10 – 28 anos).



O conceito de saúde, descrito pela maioria dos entrevistados, vem ao encontro ao definido pela OMS que conforme destacado por Segre e Ferraz (1997) é, não apenas a ausência de doença, mas a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social da pessoa.

Gadamer (1994 apud CAPRARA, 2003) comenta que saúde está relacionada com o homem e o seu ambiente e a satisfação de uma vida ativa. Afirma ainda que enquanto a doença chama a atenção pela sua presença, a saúde não desperta o interesse das pessoas. Ela, permanecendo escondida, revela-se por meio de bem-estar, e somente nos momentos de fadiga, esforço ou cansaço é que o indivíduo percebe alguma alteração em seu estado.

Para autores como Chaves (1998), a saúde significa simplesmente a ausência de doença. Porém, segundo o autor, assim como se usa a expressão indivíduos saudáveis, por extensão fala de famílias saudáveis, casas saudáveis, escolas saudáveis, cidades saudáveis e municípios saudáveis. Tais extensões se referem a famílias, casas, escolas, cidades, municípios que proporcionam aos indivíduos um meio ambiente favorável às ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde, e os serviços necessários para esse fim.

Embora a maior parte dos entrevistados tenha relacionado o fato de ser saudável à ausência de doença, eles não deixaram de citar em sua construção do conceito de saúde, a capacidade funcional, a autonomia, a independência e as relações sociais.

Uma pessoa assim tipo normal, que ela anda, conversa, ela faz o que tem que fazer, normal (M14 – 25 anos ).

De suas manifestações foi possível extrair o que eles consideram condições essenciais para o alcance de um estado satisfatório de saúde:

- Ser feliz:

Eu consigo ver se a pessoa tem algum problema ou não, aí você vê se a pessoa está feliz (M8 – 32 anos ).

Eu vejo assim uma pessoa com saúde é uma pessoa que não está esmorecida, que está legal, está de bem com a vida, sempre sorri direto, porque a partir do momento que a pessoa deixa de sorrir ou de cumprimentar alguém, sei lá, e começa ficar introvertida daí já, eu creio, não sou médico, mas eu creio que já é o princípio de alguma doença, tem alguma coisa errada (H1 -51 anos).

- Ter trabalho:

Uma pessoa assim tipo normal, que ela anda, conversa, ela faz o que tem que fazer, normal. Que está trabalhando (M14 - 25 anos).

Ele tem saúde quando o sujeito está bem, tem emprego, se ocupa. Senão não tem como. Se não tem o que fazer, não pensa coisa boa, no caso, aí só vai... Quando eu estou trabalhando eu não penso nisso (na doença) [...] (H6 - 52 anos).

- Ter sono e repouso adequados:

Eu acho que tem saúde quando [...] dorme bem (H11 - 56 anos).

- Ter disposição para desenvolver atividades do dia-a-dia:

Tem saúde quando está assim, não é Luiz? (mostra o filho brincando, correndo) (M7 - 33 anos).

[...] se tem disposição, aí então tem saúde, não é? (H10 - 30 anos).

- Não apresentar restrição alimentar:

A pessoa que tem saúde é a pessoa que pode comer o que tem vontade... que pode comer uma carne aí gorda [...] Eu falo, a única coisa que a gente luta hoje é comer, Essa pessoa pra mim tem saúde (H7 - 38 anos).

- Ter hábitos de controle e prevenção de doenças:

Acho que se as pessoas se preocupassem mais um pouco com a saúde delas, eu acho que elas [...] um pouco mais de responsabilidade, não se deixar levar, num relaxar no cuidado da saúde, sabe? (M14 - 25 anos).

Ah eu acho que quando [...] faz todos os exames direitinho [...] (M15 - 43 anos).

[...] eu estou com 59 anos. Até hoje eu não tive assim, nada até hoje que eles (médicos) dissessem você tem que cuidar por isso ou por aquilo. Então eu me considero um cara sadio, porque até hoje eu já fui em médico, não muitas vezes, mas, as vezes que eu já fui, sempre a pessoa (médico) disse: – Você está bem, você não tem nada, você está tranquilo, então eu me sinto bem (H2 - 59 anos).

- Ser jovem:

Acho que quando é jovem. A gente mesmo, eu era jovem não sentia nada e pra mim, eu nunca ficava doente na vida. Aí, depois aparece uma dor na perna, no braço, problema aqui, problema acolá (M2 - 59 anos).

- Ter boa aparência física:

Ah, sei lá. É difícil explicar ((risos))? Acho que é quando é vistoso (M9 - 35 anos).

Pela aparência e pelo que eu conheço dela eu sei se ela está doente ou não (H5 - 31 anos).

Eu acho que pessoa gorda, também gorda demais não tem saúde não (M13 - 30 anos).

Você vê quando uma pessoa está magra demais [...] aí ela não está bem não. Aí ela também não tem saúde não (M15 - 43 anos).

A boa aparência física e o peso corporal, como referência à saúde, foram citados por 20% dos entrevistados, em sua maioria mulheres (83%), sendo que 66,6% deles apresentavam 2º grau completo.

Este resultado é compatível com as colocações de Boltanski (1989) no que se refere à cultura somática. O autor destaca que ela está relacionada com o interesse pelo corpo e a forma como os indivíduos o percebem, e ainda, quanto melhor for o nível das pessoas na escala social, maior será o interesse pelo corpo.

Embora não exista um consenso entre os estudiosos sobre o conceito de saúde e doença, sobre o que é normal ou patológico em um indivíduo (ALMEIDA-FILHO, 2001), o que se sabe é que a saúde é um direito social, e envolve como seus determinantes as condições emocionais, ambientais, de vida e de trabalho, e que todas elas, condições necessárias para que o indivíduo conduza sua vida com um mínimo de qualidade.

Não foram observadas diferenças significativas entre a opinião de homens e mulheres quanto às condições necessárias para se ter saúde, com exceção dos aspectos relacionados à aparência física e trabalho, e que a maior parte dos que associou à aparência física à saúde foram mulheres e a maior parte dos que mencionaram a importância do trabalho para que se tenha saúde, foram os homens.

Sobre o comportamento que as pessoas podem ter ou as coisas que podem fazer para não ficarem doentes, mais da metade dos entrevistados (51,7%) comentou que a manutenção da saúde depende da boa alimentação:

Para ficar sadio tem que procurar se alimentar bem, evitar um pouco as coisas ruins. Acho que tem que ser tudo natural o que a gente come (M13 - 30 anos).

Eu acho que a saúde é devido aos alimentos. Então eu acho que se a gente considerar que a saúde é mais importante, a gente tem que comer coisas boas (M14 - 25 anos).

Além da alimentação, os entrevistados fizeram referência a outras atitudes que contribuem para uma vida saudável como: a prevenção das doenças, por meio de exames periódico de sangue e preventivos de mama, colo de útero e próstata; o uso de preservativos nas relações sexuais (48,2%); o cuidado com os vícios (20,7%); o trabalho (10,3%); o cuidado com a higiene; a realização de exercícios físicos (3,4%):

Para não ficar doente tem que se cuidar, prevenir, se alimentar bem, fazer exercício físico, ter uma vida saudável. Eu procuro me manter bem, faço caminhada, me alimento bem (M6 - 38 anos).

Para não ficar doente, é evitar certas coisas. Doença de rua. Você sabe do que eu estou falando (H7 – 38 anos).

[...] se for doença sexualmente transmissível fazer sexo com prevenção. (M8 – 32 anos)

Não abusar no exagero do álcool, droga, cigarro. Acho que esse é um ponto chave para se cuidar bem (H12 – 52 anos).

Para não ficar doente? Olha eu [...] tem que ir ao médico. Porque às vezes as pessoas ficam doentes, não quer ficar doente, mas às vezes a pessoa facilita [...] a pessoa tem que se cuidar (H3 – 38 anos).

Os homens foram os entrevistados que mais utilizaram o termo prevenção como forma de se proteger contra enfermidades. Também foram eles os que mais citaram o cuidado com os vícios, ou seja, os excessos com o fumo, com as bebidas e com as drogas.

É interessante observar que dos seis informantes que citaram o consumo de álcool, tabaco e outros tipos de droga, como prejudiciais à saúde, a maioria deles (quatro), faz uso do cigarro ou de bebidas alcoólicas (uma mulher e três homens).

A idéia de que nada se pode fazer para evitar o acometimento do indivíduo pela doença foi apresentada por seis pessoas, sendo quatro mulheres e dois homens:

O que fazer para não ficar doente? Acho que não tem não [...], será que se cuidar bem? Não, não tem como ((risos)), não tem não (M3 – 54 anos).

Eu acho que a doença sempre vem sem a gente esperar. Quando a gente menos espera, às vezes de uma gripe, a gente acaba [...] Outro dia mesmo morreu um amigo meu, ele tinha problema de pressão, era um senhor meio de idade, morreu de repente, mais era uma pessoa que tinha saúde, não era doente, morreu de repente. Acho que não tem, acho que a receita é meio difícil, porque a morte chega para todo mundo, amanhã ou depois [...] (M5 – 39 anos).

Acho que tem que tentar se cuidar, mais eu acho que tem doença que não tem como evitar, se tiver que ficar doente, vai ficar (M16 - 40 anos).

Eu não sei não. Acho que só Deus, não é? ((risos)). Só Deus pode evitar da gente ficar doente, não é? (H11 - 56 anos).

Ao investigar o comportamento em saúde dos informantes, em estudo, constatou-se que uma parcela considerável deles (31%) referiu não tomar nenhum cuidado específico para prevenir doenças e que procuram o serviço de saúde somente diante de sintomas, sem diferenças percentuais entre os sexos:

Não, não cuido (da saúde). E não sinto nada também ((risos)) [...] Eu tenho vergonha [...] (M1 - 33 anos).

Vou no doutor. Depois que eu fico doente (M12 -54 anos).

Eu? ((risos)) Não. ((risos)) A gente espera sentir para depois procurar (o médico) (H3 – 38 anos).

Se não fosse isso (mioma) eu nunca tinha ido no médico (M12 – 54 anos).

O dia que eu sentir que o cigarro faz mal eu paro (H7 - 38 anos).

Embora, as mulheres tenham respondido que procuram o serviço de saúde somente frente a um infortúnio, ao longo dos diálogos a grande maioria delas referiu fazer, periodicamente, os exames preventivos de mama (auto-exame) e colo de útero e o controle da pressão arterial, não ocorrendo o mesmo com os homens.

No que diz respeito à verificação da Pressão Arterial, das seis mulheres que referiram apresentar hipertensão, quatro procuram pelo serviço de saúde para controle de rotina.

Eu vou medir a pressão, vou direto. Tem dia assim, de noite, que fecha de tarde (UBS). Eu vou no hospital medir minha pressão (M2 - 59 anos).

Mesmo quando eu estou bem, vou lá (UBS) para medir a pressão Eu vou sempre medir [...] Vou no posto pegar remédio para pressão, as vezes eu vou duas, às vezes vou três vezes por semana. Tem que cuidar direto, tomo remédio para pressão três vezes no dia (M5 - 39 anos).

Percebeu-se que em alguns casos, cabe às agentes comunitárias o papel de orientação a esses indivíduos quanto à importância não somente da verificação da pressão arterial como também de consultas periódicas ao médico para acompanhamento e adequação dos medicamentos necessários para cada caso específico. Este destaque é importante, pois, dos homens pesquisados, apenas um faz uso de medicamento anti-hipertensivo, e apesar disso não

procura o serviço de saúde para controle, os demais referiram não saber se tem hipertensão e que somente verificam a pressão quando as ACSs vêm em sua residência.

As meninas passam em casa medindo a pressão (agentes de saúde). Para falar a verdade faz uns três anos que eu não vou lá (UBS) (H11- 56 anos).

A realização de exames de sangue para controle da saúde foi referida por quatro mulheres e por dois homens:

Não tenho colesterol [...], triglicérides também não tenho, por causa que nesses tempos eu fiz exame, não tem nem um mês que eu fiz exame [...] (M3 - 54 anos).

Por causa do problema de pressão eu sempre faço exame de colesterol, diabetes, sempre tento controlar, tento cuidar (M5 - 39 anos).

[...] até, a gente sempre faz um check up aí não deu nada não, fez exame de sangue não deu nada não. Fiz exame de sangue, colesterol, um monte de coisinha aí e não deu nada, os exames deram tudo positivo (H2 - 59 anos).

Mais você vê, hoje eu faço porque o médico exige. Cada seis meses faço uma bateria de exame completo. Se ele não exigisse, eu não fazia, mas de jeito nenhum! Eu penso, para que eu vou fazer exame se eu não estou doente? Não estou sentindo nada. De repente a doença já está ali, fácil de curar, ou qualquer coisa [...] Precisou acontecer comigo (Insuficiência Renal) para mim acordar (H13 - 42 anos).

A maioria das mulheres (75%) se submete ao exame preventivo de colo de útero anualmente, ou em intervalos de no máximo três anos. No que diz respeito ao exame preventivo de mama, constatou-se que 25% das mulheres faz o auto-exame, e que dentre as entrevistadas com idade acima de 40 anos (seis), apenas uma já foi submetida à mamografia:

Mamografia [...] Nunca fiz. O médico nunca pediu. (M3 - 54 anos)

Tem que pagar. O exames mais simples não, mas a mamografia tem que esperar. Eu nunca fiz (M4 - 48 anos).

Mamografia eu fiz uma vez. Eu tinha um caroço no seio, mas eu não tenho mais (M12 - 54 anos).

A mamografia eu não faço. Eu faço exame em casa (M15 - 43 anos).

Dentre os homens entrevistados, seis apresentavam idade acima de 40 anos e, destes, apenas um já foi submetido ao exame preventivo de próstata:

[...] eu não estava sentindo, eu achei que precisava, era tempo de eu fazer, e eu logo eu acho que já preciso fazer outra vez, porque a gente, eu acho [...] não pode esperar ficar doente aí [...] A tal da próstata... tem muitas pessoas que acham, que acham chato fazer o exame [...], eu já é o tal negócio, eu fui primeiro, eu quando disse assim, passou dos 40 anos, tem que fazer, eu já fui. Eu acho que não é vergonha nenhuma todas as coisas são relativas. Você já penso se uma pessoa que ficar com vergonha disso ou daquilo e depois você ter um câncer por não ter prevenido? (H2 - 59 anos).

Eu nunca fiz prevenção até hoje. O que tiver que vim, vai vim. Vai morrer disso aí. (câncer de próstata). Acho que não adianta fazer prevenção. Tem um monte de médico que esta dentro da área da saúde e morre de câncer de próstata. Às vezes a pessoa não faz exame [...] o câncer parece que não tem cura. Não faço nada (H11 – 20 anos).

A maior parte dos homens entrevistados tem algum conhecimento relacionado ao câncer de próstata, especialmente sobre os riscos referentes a esta doença, mas não realizam exames, embora alguns até digam que quando completarem mais de 40 anos (idade citada por todos eles) submeter-se-ão ao exame.

### 5.2.3 Percepções sobre a doença

Quando questionados sobre os motivos que contribuem para o desencadeamento das doenças, diversas foram as causas citadas pelos entrevistados: 1) sobrenaturais; 2) emocionais; 3) relacionadas ao meio ambiente; 4) relacionadas ao ciclo da vida; 5) descuido com o próprio corpo; 6) causas inevitáveis; 7) precariedade na oferta de serviços de saúde.

Esses níveis de explicação para o que causa a doença apresentam-se, vinculados. Eles se unificam na visão da doença. Existe a idéia de que Deus é quem define a vida dos indivíduos e suas ocorrências e a relação do patológico com a natureza e a sociedade em que o indivíduo está inserido.

#### 1. Questões sobrenaturais

As questões sobrenaturais foram citadas por três entrevistados (10%) como justificativa para a ocorrência das doenças:

Ah eu não sei minha filha [...] Só Deus é que sabe [...] Eu acho que a vida é assim, está bom, na mesma hora fica doente, e a vida vai levando. Ah eu não sei, só Deus é que sabe [...] No meu pensamento aquilo que Deus prepara a gente tem que passar (M2 – 59 anos).

E também tem tanta coisa [...] Tanta doença. Final dos tempos. É do consentimento de Deus [...] É. Essas doenças que ninguém sabe. Eu vi no jornal lá no Pará uma doença matando criança e não sabia o que era. Então de onde vem? Eles estão tentando achar medicamentos, para ver se conseguem. Então não é coisa de Deus? Eu penso que é o consentimento de Deus (M3 – 54 anos).

Na concepção de alguns dos entrevistados, Deus é a única força capaz de decidir pela saúde das pessoas, sendo, desta forma, o indivíduo incapaz de interferir nesse processo.

O âmbito sobrenatural abrange o universo dos espíritos e dos seres transcendentais como Deus, os Santos, os Espíritos dos Mortos entre outros e embora as causas sobrenaturais se refiram à esfera metafísica, o local no qual ela se manifesta é o corpo (MINAYO, 1988). O campo religioso faz parte da cultura popular (MINAYO, 1988). Sendo assim, diante da manifestação da doença, muitas vezes as pessoas atribuem a Deus a causa dos fatos e de certa forma se sentem confortadas.

## 2. Questões emocionais

As questões emocionais foram levantadas como fator desencadeante para o surgimento de doenças por quatro entrevistados (14%). Estas questões justificam o aparecimento de enfermidades tanto na concepção dos homens quanto das mulheres:

Ah uma preocupação [...] que deixa, que deixa com, como que fala [...] com depressão. Porque preocupação deixa mesmo doente. Ah eu acho, na minha opinião é isso (M1- 33 anos).

Eu acho que um pouco [...] certo tipo de doença é o tipo de vida não é? Eu acho. Nervoso [...] a gente fica [...] começa acontecer as coisas, não tem como resolver, acaba complicando [...] Eu mesmo estou assim [...] isso deixa a gente doente (H6 – 52 anos).

[...] eu acho que a depressão é por causa da preocupação [...] acho que é doença. Tem até que internar a pessoa, tem pessoa que até si mata [...] (H10 – 30 anos).

[...] se a pessoa põe na cabeça que ela vai pegar uma doença é capaz de pegar mesmo. (H11 – 56 anos).

Quando são associadas as questões emocionais à saúde, observa-se que existem tanto sentimentos positivos quanto negativos. Os positivos aumentam a força e o bem-estar das pessoas, geram sensações de plenitude e prazer, mas em contrapartida, os sentimentos negativos consomem energia, dando a sensação de mal-estar, perda, vazio e solidão (VISCOTT, 1982).

## 3. Questões relacionadas ao meio ambiente (ecológicas)



As relações do homem com o meio ambiente (água, ar, vento), e que pode interferir na ocorrência das doenças, estão presentes nas falas de 10,3% dos entrevistados. Eles atribuem aos fenômenos da natureza e às transformações ambientais às quais estão expostos, como fatores que influenciam em sua saúde. A relação entre saúde e ambiente foi citada por pessoas de ambos os sexos:

[...] fica doente porque não está importando com nada assim, toma chuva, toma sol adoidado, aí olha, quando eu ia para escola ia no sereno, o cabelo molhava, chegava a ficar branco o cabelo de garoinha. Tem que ficar doente, não é? (M3 – 54 anos).

Tudo vem do vento [...] Todas as doenças vêm com o vento (M13 – 30 anos),

[...] falta de tratamento de esgoto também dá doença [...] É que tem muito mosquito aqui [...] leishimaniose, e outras doenças que os pesquisadores vêm fazer pesquisa com macaco. Tenho amigo que vem de Porto Alegre, vem do Pará, fazer pesquisa com macaco, eles pegam macaco, vêm febre amarela. É um fator preocupante sim, porque a gente mora muito perto do rio, não é? Então às vezes vem inseto, a gente está trabalhando e ele vem picar a gente aqui, se ele estiver infectado, eu vou ficar infectado. A gente sai para o rio, sai assim (mostra o corpo). É difícil a gente usar repelente (H1 – 51 anos).

A proximidade e a dependência de alguns moradores em relação ao rio pode ser o responsável por esta concepção. Esta visão faz sentido para eles, que convivem com um ambiente que está sofrendo modificações que são sentidas dia-a-dia. A degradação e a poluição do meio ambiente são responsáveis pelo desenvolvimento de inúmeras doenças atuais, o que constitui uma ameaça grave para a sobrevivência do homem, pela sua exposição a estas condições.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 25% das doenças registradas em todo o mundo são causadas por fatores ambientais. A relação entre a saúde e o ambiente incorpora todos os elementos e fatores que podem afetar a saúde, incluindo, a exposição a fatores específicos como substâncias químicas, elementos biológicos ou situações que interferem no estado psíquico do indivíduo (FATORES..., 2006).

#### 4. Questões relacionadas ao ciclo da vida

A relação doença-envelhecimento foi descrita somente por três mulheres (10%), com idade acima de 48 anos:

[...] quando eu era mais nova eu num pensava de doença, eu não sentia nada, nada, nada [...] aí, depois que eu fiquei velha foi que eu peguei de ficar doente [...] (M2 - 59 anos).

Idade não é? (M4 – 48 anos).

[...] acho que é um pouco de descuido quando a gente está mais novo... aí depois dos 40 anos eu sofri bastante com bronquite (M3 -54 anos).

De certa forma, as queixas destas mulheres dizem respeito à relação que elas fazem com o próprio envelhecimento. Para elas, o “envelhecer” é o motivador para o aparecimento das doenças. Esta abordagem inclui tanto o fato de que as pessoas ao envelhecerem tornam-se mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças, quanto ao descuido com a saúde enquanto jovens, o que acarreta em prejuízo para o indivíduo quando este atinge uma idade mais avançada.

De fato, durante a vida adulta, todas as funções fisiológicas declinam gradualmente (JACOB; SOUZA, 1994) e, portanto, a doença que se apresenta com o passar da idade, está relacionada com a diminuição da capacidade funcional do organismo.

#### 5. Questões relativas ao descuido com o próprio corpo.

A relação entre a falta de cuidado com o corpo e o desencadeamento de doenças foi citada pela maioria dos entrevistados. As doenças, segundo eles, estão relacionadas à exposição a fatores externos, como a utilização de medicamentos sem prescrição médica, ao uso do tabaco e do álcool e maus hábitos alimentares, além da falta de higiene, de prevenção e de busca por assistência médica assim que a doença se manifesta.

Fica doente porque se medica sozinho [...] (H5 – 31 anos).

[...] Às vezes beber, fumar demais pode ficar doente (H11- 56 anos).

[...] eu acho que é higiene, acho que é uma das coisas que facilita para pegar a doença, a pessoa as vezes não se cuida, não cuida do corpo, não toma um banho, não escova os dentes, fica doente mesmo (H2 – 59 anos).

No dizer de Laplantine (1991), existe sempre um agente externo capaz de causar doença. Estes agentes são considerados, pelo autor, diretamente responsáveis pelo desencadeamento de processos patológicos, os quais devem ser combatidos, como: o cigarro causador do câncer, o sal responsável pela hipertensão, a gordura pelo colesterol, entre outros.

A má alimentação foi relacionada com os problemas de saúde por 31% dos entrevistados, especialmente as mulheres tanto no que diz respeito à contaminação dos alimentos por agentes químicos quanto no que se refere à alimentação como fonte de nutrientes.

As pessoas ficam doentes pela má alimentação [...] (M6 - 38 anos).

É por causa da alimentação da gente, as coisas têm muita química [...] Às vezes come muita gordura, muito açúcar [...] Tem que saber se alimentar [...] Comer com pouco sal, muito legume, muita verdura (M5 - 39 anos).

[...] essas coisas que tem hoje na comida, antigamente as coisa eram naturais, da roça. (M12 - 54 anos).

Porque às vezes a pessoa não conseguem manter uma comida razoável, então eu acho que é difícil não ficar doente (H6 - 52 anos).

É compreensível que a alimentação seja um dos aspectos relacionados pelos entrevistados ao descuido com o corpo. Para eles, uma boa dieta constitui fator indispensável para que se tenha saúde. Em todas as sociedades humanas, o alimento tem muitos papéis e está profundamente ligado a aspectos sociais, religiosos e econômicos, além de ser a fonte de nutrientes dos seres vivos (HELMAN, 1994).

Dentre os fatores citados como desencadeadores de processos patológicos, está também a falta de busca por cuidados e de prevenção de doenças. Segundo os relatos, existe a necessidade da adoção de novos comportamentos para a obtenção de uma melhoria nas condições de saúde:

[...] não vai no médico [...], não vai fazer um exame (M9 - 35 anos).

[...] porque não se tratar, não vai atrás do doutor, fica aí se arrastando, teimando, teimando [...] (M10 - 28 anos).

[...] sente as coisas, deixa passar, quando vê não dá mais tempo [...] (H4 - 26 anos).

## 6. Questões relacionadas a causas inevitáveis

Alguns entrevistados vêem a doença como uma ocorrência inevitável para o homem, sobre a qual nada se pode fazer no sentido de preveni-la:

Eu acho que é porque tem que ficar mesmo. Porque a pessoa nasce, nasce não vai ficar todo tempo sadio até morrer, tem que ficar doente ((risos)) (M2 - 59 anos).

[...] acho que a doença sempre vem sem a gente esperar [...] a morte chega para todo mundo, amanhã ou depois (M5 - 39 anos).

[...] é da gente ficar doente (M8 - 32 anos).

Quando a pessoa tem que ficar doente, fica (H7 - 38 anos).

## 7. Precariedade na oferta de serviços de saúde

A precariedade na oferta de atendimento de saúde no sentido de suprir as necessidades dos indivíduos é apontado como desencadeador de processos que levam ao surgimento de enfermidades:

As pessoas não podem ter cuidado com a saúde [...] principalmente aqui. É bem escasso, se precisa de alguma coisa no posto, de exame, tirar RX, você tem que ir lá para Paranavai [...] e quando tem vaga, até eles marcarem [...] é complicado (M7 - 33 anos).

A percepção do usuário quanto à impossibilidade de receber a atenção devida em termos de atendimento às suas necessidades, é considerada por Bosi (1998) como uma fragilidade da consciência em saúde, no que se refere aos direitos do cidadão. Segundo a autora, mais do que propriamente a ausência de uma consciência de direitos, nota-se a percepção nítida de que os direitos não existem para a grande massa da população.

Diante das afirmações dos entrevistados sobre o que leva os indivíduos a desenvolverem as doenças, e no dizer de Leininger (2002), segundo a qual, a maneira como as pessoas reconhecem as suas experiências de saúde e doença é marcada por seus valores e crenças. Também a “causação das doenças” na visão popular apresenta elementos importantes na sua explicação, e que é por meio da compreensão das idéias que os indivíduos têm sobre o fator desencadeante das doenças, que se pode entender muitas atitudes e práticas dos grupos, no que se refere ao fenômeno saúde/doença (MINAYO, 1988, p.364).

### 5.3 QUANDO A DOENÇA CHEGA

A concepção sobre saúde que cada indivíduo apresenta, está vinculada e é decorrente de situações apreendidas e já vividas ao longo de toda sua vida, no contato familiar e no grupo em que está inserido.

Surgiram duas categorias referentes ao processo de adoecimento por meio dos relatos dos entrevistados. Foram elas: o medo de algumas doenças o qual está relacionado com as próprias experiências ou com situações vivenciadas por membros da família ou comunidade; e o Itinerário Terapêutico adotado por eles frente à ocorrência de processos patológicos.

Foi possível, por meio dos depoimentos, entender as necessidades dessas pessoas e compreender como a enfermagem pode atuar no cuidado, aproveitando-se desses conhecimentos particulares, além de desenvolver estratégias para introduzir o conhecimento científico dentro deste grupo a fim de favorecer suas práticas em saúde.

### 5.3.1 O medo

O câncer e a AIDS demonstraram ser as doenças que mais temor provocam nas pessoas entrevistadas. As demais doenças, como as cardíacas e do sistema circulatório, são citadas em menor número em geral pelos indivíduos que apresentavam, no período da pesquisa, problemas relacionados a elas.

Alguns entrevistados (6,2% das mulheres e 23% dos homens) relataram não existir nenhuma doença que lhes cause preocupação. Em todos estes casos, as pessoas referiram estar com bom estado de saúde no período, sendo que a maior parte delas tinha menos de 36 anos. Dentre eles, apenas um apresentava idade mais avançada (56 anos) e referia fazer uso de anti-hipertensivo.

A relação dos indivíduos frente à doença, segundo Boltanski (1989), é geradora de ansiedade, principalmente, para as classes populares. Os indivíduos se sentem ignorantes frente aos detentores de conhecimento científico, como diante de um universo estranho, difícil de ser entendido e explicado.

Os membros das classes populares sabem que tudo pode acontecer com seu corpo, ou por culpa da doença ou por culpa do médico, e que não há mal tão monstruoso que não possa atingi-los (BOLTANSKI, 1989, p. 35).

Diante do receio de desenvolver alguma enfermidade, o temor frente às neoplasias foi relatado pela maior parte dos indivíduos (81,3% das mulheres, e 61,5% dos homens).

As neoplasias próprias para cada sexo foram destacadas das demais como preocupantes por alguns entrevistados, como o câncer de útero e mama citado por quatro mulheres e o câncer de próstata citado por um dos homens. O fato do câncer de mama ter sido citado apenas por mulheres, talvez seja justificado pela maior divulgação deste como prejudicial ao sexo feminino.

Tenho, tenho muito medo de ficar doente. Sei lá [...] tem tanta doença, não é? Tenho medo de ter o câncer da mama. Muito medo. É o que eu mais tenho medo, e [...] passa direto na televisão, não é? (M1 - 33 anos)

Tenho medo do câncer de mama e de útero. A gente tem medo, tem filho pequeno [...] (M4 - 48 anos)

Embora a população em geral não tenha acesso a dados e estimativas sobre as neoplasias, o câncer ainda é uma doença amedrontadora para grande parte das pessoas pelos danos que, conforme se acredita, podem estar relacionados a elas.

Nas duas primeiras décadas do século passado, enquanto as endemias ocupavam a atenção das políticas de saúde no Brasil, o câncer começava a despontar nos países desenvolvidos entre as doenças de maior taxa de mortalidade (BRASIL, 2006c).

As neoplasias malignas vêm aumentando à medida que ocorre o controle progressivo de outras doenças e o conseqüente envelhecimento populacional. Em 1999, no Brasil, a taxa de mortalidade por estas causas foi de 70 óbitos por 100 mil habitantes, com maior incidência nas regiões sul e sudeste (BRASIL, 2001).

A estimativa para o Brasil, no ano de 2006, segundo o INCA, corresponde a quase dois casos novos por ano para cada 1000 habitantes. A distribuição da doença entre homens e mulheres, segundo este órgão, é praticamente a mesma (50,3% para o sexo feminino e 49,7% para o masculino). As neoplasias mais incidentes, segundo número de ocorrência, serão respectivamente o câncer de pele, seguido dos tumores de mama feminina, próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e colo uterino (BRASIL, 2006d).

Embora tenham sido poucas as mulheres que citaram o câncer de mama e de útero especificamente como preocupantes, uma grande parte delas referiu ter por hábito fazer o auto-exame das mamas e o exame preventivo de colo de útero (Papanicolau). Este último, quando não é realizado todos os anos, mantém-se segundo elas, em um intervalo de no máximo três anos.

Constatou-se que 75% das entrevistadas se submetem ao exame Papanicolau. Destas, 50% também realizam o auto-exame das mamas. A realização de mamografia foi solicitada apenas a uma das entrevistadas, quando em decorrência de um nódulo de mama. Este exame, segundo relatado por várias destas mulheres, raramente é solicitado pelos médicos e, quando solicitado, a espera é bastante longa, além de ter que ser realizado em outros municípios da região.

Diante destes relatos, observa-se possível descaso com o cuidado preventivo no caso do câncer de mama. Este fato é preocupante segundo as mulheres desta comunidade e esta

preocupação faz sentido, pois de acordo com dados nacionais (BRASIL, 2002b), a estimativa, no Brasil, para o ano de 2006 era de 52 novos casos desta neoplasia para cada 100 mil mulheres, e no Estado do Paraná este número é ainda maior (56,7 casos).

O câncer de colo de útero apresenta-se como a segunda causa de câncer mais comum entre mulheres em todo o mundo, principalmente na faixa etária de 20 a 29 anos. O risco desta doença aumenta para mulheres entre 45 e 49 anos. A estimativa de casos de câncer de colo de útero para o ano de 2006 era de 20,31, no Brasil, e, de 27,52 para o Estado do Paraná, para cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2006d).

Embora o câncer de próstata seja responsável por um aumento cada vez maior de óbitos entre os homens (BRASIL, 2006f), dos cinco participantes da pesquisa, do sexo masculino com mais de 50 anos, que é a idade descrita pelos estudos para que se iniciem os exames preventivos desta doença (BRASIL, 2006f), apenas um relatou temer esta doença. Ele comentou já ter se submetido ao exame preventivo de toque e demonstrou conhecimento sobre o tema e a importância deste exame para o diagnóstico da doença:

Não, eu não estava sentindo nada, eu achei que precisava, era tempo de eu fazer o exame. Logo eu acho que já preciso fazer outra vez, porque a gente não pode esperar ficar doente aí [...] A tal da próstata, tem muitas pessoas que acham [...] que acham chato fazer o exame. Eu já é o tal negócio, eu fui, eu quando disse assim passou dos 40 anos, tem que fazer, eu já fui. Eu acho que não é vergonha nenhuma. Todas as coisa são relativas. Você já pensou se uma pessoa que ficar com vergonha disso ou daquilo e depois tem um câncer por não ter prevenido? Então eu já fiz, vou fazer outra vez, preciso fazer porque já faz uns dois, três anos que eu fiz [...] (H2 – 59 anos).

Os demais homens entrevistados, desta faixa etária, também apresentaram algum conhecimento sobre a doença e comentaram sobre a importância do exame, porém não demonstraram interesse em submeter-se a ele:

Eu nunca fiz prevenção até hoje. O que tiver que vir, vai vir. Vai morrer disso aí. (câncer de próstata). Acho que não adianta fazer prevenção. Tem um monte de médico que está dentro da área da saúde e morre de câncer de próstata. Às vezes a pessoa não faz exame [...] o câncer parece que não tem cura [...]. Não faço nada não (H11 - 56 anos).

Eu para falar a verdade, não faço. Exame de próstata, eu nunca fiz. Eu vejo aqui em casa, a minha mulher está sempre no posto, faz os exames de prevenção [...] eu não faço não (H12 – 52 anos).

Os dois únicos fatores confirmadamente associados a um aumento do risco de desenvolvimento do câncer de próstata são a idade e história familiar, sendo a sua maior incidência em indivíduos acima de 50 anos (BRASIL, 2006f).

Constatou-se que existe conhecimento sobre as neoplasias como as de mama, útero e próstata e também sobre os exames preventivos para cada uma delas, porém observou-se que as mulheres realizam mais estes exames em relação aos homens. Além das questões de gênero, na área da saúde, a mulher tem sido melhor assistida e esteve com maior frequência na pauta das discussões nas últimas décadas. Os estudos e programas relacionados a ela apresentaram consideráveis avanços, visando à diminuição da mortalidade materna e infantil e o combate ao câncer do colo do útero e mama, o mesmo não ocorrendo com a saúde dos homens (PASCHOALICK et al., 2006).

Com o aumento da expectativa de vida, doenças como esta que surgem com o envelhecimento e que, potencialmente, podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, vêm assumindo dimensão cada vez maior como um problema de saúde pública (DINI; KOFF, 2006).

Alguns participantes (20,1%) fizeram referência ao temor que tem do câncer, pelo sofrimento que a doença causa:

[...] eu tenho medo [...] do câncer. De infarto não tenho medo, porque se der infarto morre de repente, ai não fica [...] (M10 – 28 anos).

Medo da doença é o tal do câncer [...] o que a gente vê matando mesmo é o câncer. O pessoal sempre fala mais dela e também a doença que está mais... a gente vê o pessoal sofrendo [...] (H5 - 31 anos).

Tenho medo do câncer ou uma coisa assim. Às vezes eu tenho medo, me preocupo mais não tenho medo de enfrentar. Minha mãe teve câncer no rim. Ela operou e está boa. Quer dizer, se minha mãe enfrentou, eu enfrento também (H13 - 42 anos).

Também houve relatos que fizeram referência à dependência que o câncer provoca e à necessidade de cuidado por parte de outras pessoas:

Câncer. É o que eu tenho mais medo, porque é triste. É horrível. Meu sogro já teve, inclusive eu que tinha que fica cuidando dele não é, tinha que carrega ele no colo [...] eu tinha que limpar. É por isso que eu peço assim pra Deus: pelo menos me dá um infarto e me mata assim na hora, mas não deixa para os outros (M9 - 35 anos).



Ah o câncer eu tenho medo. Ultimamente essa é a mais assim. Minha mãe já teve câncer, já tirou uma mama. Só que ela se tratou [...] É, eu já tive caso na família, já vi sofrimento, então eu tenho medo (M15 - 43 anos).

Quando é uma doença que dá e já mata não tem problema ((risos)), agora, ficar em cima de cama, aí você fica preocupado, tem que depender dos outros aí não é [...] é difícil (H6 – 52 anos).

Quem tem câncer, Deus me livre! Fica dependendo dos outros, não é fácil não (H13 - 42 anos).

Embora a dependência física seja muitas vezes inaceitável para algumas pessoas, a necessidade de ser cuidado e de prestar cuidado em determinadas circunstâncias da vida, é próprio do ser humano. Os homens, portanto, são seres culturais que sobrevivem por meio de sua capacidade de prestar cuidado uns aos outros no sentido de prestar auxílio, como intuito de melhorar suas condições de vida (LEININGER, 1988).

É importante destacar que ter tido um grande número de entrevistados que se referiram ao câncer como doença amedrontadora faz sentido. Isto ocorre, pois, segundo Carvalho (2002), a maior parte dos diagnósticos de câncer apresenta, normalmente, efeito devastador e traz consigo a idéia de morte além do medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das perdas provocadas pela doença.

Outra doença citada pelos entrevistados que causa temor em 37,5% das mulheres e em 38,5% dos homens é a AIDS. Este fato é de se estranhar, pois oficialmente *dados* do Ministério da Saúde apresentam para Porto Rico a ocorrência de três óbitos pelo HIV nos últimos dez anos, sendo dois para o sexo feminino, e um para o masculino (BRASIL, 2006e). A morbidade hospitalar pela AIDS no município, nos últimos dez anos, apresenta-se maior entre as mulheres (100% dos casos), o que difere tanto em relação ao Estado do Paraná quanto ao Brasil, onde a ocorrência é maior entre os homens do que entre as mulheres (BRASIL, 2006c).

Embora os dados oficiais não apresentem altos índices de mortalidade por AIDS, em Porto Rico, de acordo com o relato de vários entrevistados, a ocorrência da doença é grande no município.

Seguem alguns relatos dos entrevistados que temem a AIDS:

É que o mundo está perdido com essas doenças. E se a gente sai com o parceiro, sem camisinha e não se previne aí você pega. Só que você não sabe se você tem ou não, tem que fazer exame. Você faz o exame. Deu (positivo). Aí pronto (M10 – 28 anos).

Tenho medo de várias doenças [...] Principalmente [...] vamos dizer, a AIDS. A gente se cuida é lógico, mas a gente tem medo também porque é um [...] porque é doença incurável [...] (H2 – 59 anos).

Tipo o HIV que é perigoso, não é? É que aqui na cidade tem. Aqui já morreu, já morreram vários, quer dizer, quando morre todo mundo fica preocupado, depois passa [...] mais [...] (H3 – 38 anos).

Eu tenho (medo), por exemplo, medo de AIDS. Porque eu já vi muito morto aqui no Porto. Outra doença eu não tenho nem um pouco (H7 – 38 anos).

O temor em relação à AIDS é comum em todas as populações, bem como no Brasil, onde a epidemia de AIDS encontra-se em patamares elevados. Observa-se tendência à estabilização de casos entre os homens, entretanto, encontra-se o crescimento da epidemia em mulheres (BRASIL, 2006c).

Nos últimos dez anos, no Brasil, da população entre 20 e 59 anos, portadores do HIV, 63,4% era do sexo masculino. Esta tendência, de maior percentual de HIV para o sexo masculino (61,9%), também se apresentou no mesmo período para o Estado do Paraná (BRASIL, 2006c).

Em um dos discursos foi levantada a questão relativa ao risco iminente de contrair a AIDS, visto que esta entrevistada teve alguns de seus amigos contaminados pelo vírus e um óbito na família ocorrido em decorrência desta doença:

[...] tipo, eu tenho medo da AIDS. Aqui na cidade teve alguns (casos) que aconteceram. Uma prima minha morreu dessa doença. Daí tem também alguns colegas que também estão doentes disso... a gente vai ficando com medo (M14 - 25 anos).

Este tipo de comportamento, assim como o comportamento de um indivíduo no campo da prevenção de doenças, da utilização de cuidados de saúde e ainda, os atrasos ou das dificuldades na busca por auxílio médico pode ser explicado a partir do Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1974). Segundo Rosenstock, o comportamento em saúde dos indivíduos, em relação a uma ameaça à sua saúde, é dependente de quatro variáveis: 1. o quanto o indivíduo se percebe susceptível à ameaça; 2. o quanto ele acredita que a ameaça para a saúde é grave/perigosa; 3. os benefícios percebidos nas opções de auxílio, que ocorrem no contexto das crenças sobre a disponibilidade e a eficiência destas opções; 4. as barreiras percebidas na adoção de ações que podem reduzir a ameaça à saúde (ROSENSTOCK, 1974).

Outras patologias citadas como temíveis pelos entrevistados foram os problemas circulatórios, cardíacos e a hipertensão. O medo destas doenças foi relatado apenas pelas

mulheres, e está pautado nas patologias já apresentadas por elas, ou por algum membro da família:

É fico preocupada [...] Eu tenho medo porque dói, ai começa doendo as pernas, dói nas costas, na coluna, dói nas mãos, aquela dor ferruando assim. Eu falo: – Meu Deus, será que isso é má circulação ou é outro problema já? Eu penso câncer no sangue, um monte de coisa, eu tenho medo [...] Tenho medo dos pés, tenho medo de trombose, já pensou eu com as minhas pernas cortadas? (M3 - 54 anos).

[...] eu tenho medo de ir (no médico) e descobrir que eu tenho alguma coisa. Sabe meu pai morreu de problema de coração e eu acho que eu tenho tudo igual meu pai [...] (M16 - 40 anos).

O aparecimento do estado de doença produz nos indivíduos um sentimento de perigo e estimula a uma resposta terapêutica (CAPRARA, 2003).

Diante de um infortúnio, as pessoas tendem a procurar por uma ajuda que possa aliviar seus sintomas, tomando atitudes que proporcionem o restabelecimento de seu estado de saúde de maneira satisfatória. O atendimento prestado deve ser coerente a cada situação, e isto somente se faz possível se as crenças e valores de cada indivíduo que necessita de atendimento forem conhecidas e usadas de forma apropriada, fortalecendo a relação entre o profissional e o cliente.

### 5.3.2 O Itinerário Terapêutico

Diante da doença, as primeiras condutas adotadas pelos informantes para tentar resolver um problema de saúde são diversas: 1) automedicação (41,4%), em alguns casos associada à utilização de remédios caseiros em forma de chás e xaropes; 2) procura pelos serviços de saúde (34,5%); 3) procura pela farmácia (24,1%).

A forma de tratamento das doenças ocorre tanto no que se refere ao seu caráter individual e fisiológico, como em seu aspecto cultural ou social. Existem diversas compreensões dos modos de lidar com a doença, para seu enfrentamento, que vão desde as estratégias criadas no dia-a-dia até a procura por serviços de saúde (LEITE; VASCONCELOS, 2006).

A busca por atendimento de saúde vai depender da interpretação do indivíduo sobre seu estado de saúde e da necessidade de ajuda sentida por ele frente ao problema existente (BOLTANSKI, 1989).

A experiência da doença leva os indivíduos a buscarem alternativas para o alívio de suas dores e/ou sofrimento. Eles desenvolvem ações de apoio que envolve suas redes de relações como os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas ou os próprios serviços de saúde, entre outras possibilidades, e a família é a primeira forma de assistência informal deste processo (HELMAN, 1994). Isso ocorre porque algumas doenças são vistas como de menor intensidade ou preocupação por parte dos indivíduos. Em geral, as pessoas retratam opiniões como "doença leve pode ser tratada em casa, doença grave é que precisa de médico" (LOYOLA, 1982, p. 168).

Este processo de escolha pelo caminho, a ser seguido na busca da solução do problema existente, segue um itinerário de cura ou itinerário terapêutico. Seu objetivo é interpretar os processos pelos quais os indivíduos escolhem e aderem a determinados tratamentos. As trajetórias de cada indivíduo neste percurso são viabilizadas em um campo de possibilidades sócio culturais que permitem a elaboração e implementação de projetos de tratamentos (VELHO, 2002).

O Itinerário Terapêutico foi tema de pesquisas, na década de 1980, que apontavam para os diversos usos terapêuticos e a recorrência a diferentes fontes de tratamento por parte da população de baixa renda. A ocorrência deste fato se dava pela falta de recursos médicos oficiais e/ou o caráter simbólico destas práticas. Surgiu após a implantação do Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família uma outra perspectiva. Por meio de sua implementação, os serviços oficiais adentram nos territórios da Unidade de Saúde local e se aproximam mais do meio em que os indivíduos vivem (CANESQUI, 1994).

Ainda assim, o que se constatou é que a maior parte dos entrevistados costuma cuidar de sua saúde; a princípio por conta própria, recorre ao sistema informal de saúde. Este tipo de cuidado é desenvolvido naturalmente pelas pessoas ao longo de suas vidas. É o cuidado que se tem desde a infância, transmitido pelos pais, parentes, vizinhos, amigos, meios de comunicação, professores, entre outros. Ele constitui, segundo Leininger (1991), o Sistema Popular de Saúde, que é denominada por Queiroz (1993, p. 274) como medicina popular e refere-se a “[...] todas as representações e práticas relativas à saúde e à doença que se manifestam independentemente do controle da medicina oficial”.

Geralmente quando é uma gripe a gente faz xarope, muito difícil ir no médico. Faz chá de limão ou pinga limão no café de manhã [...] Minha avó e minha mãe são descendentes de índio, e não tomam remédio do posto e nem vão nunca no médico (M14 -25 anos).

Esta fala demonstra a utilização de outras formas alternativas, nas quais os indivíduos utilizam seus próprios conhecimentos para o enfrentamento de suas doenças, advindos de práticas familiares ou de grupos que ainda se mantêm em paralelo ao desenvolvimento da ciência.

Boltanski (1989, p. 14) comenta que além das diferenças culturais que levam os indivíduos a escolherem o itinerário de cuidado a ser seguido, também as diferenças de classes sociais interferem nesta conduta e ainda que existam “conhecimentos comuns” entre os indivíduos das diversas classes, que não podem ser negligenciados pelos profissionais de saúde.

É em casos como o citado anteriormente, que se faz necessária à utilização, por parte dos enfermeiros, dos conhecimentos da teoria transcultural de Leininger, no sentido de orientar e implementar condutas científicas de cuidado, sem deixar de levar em conta as questões culturais que envolvem os indivíduos. Por outro lado, existe o sistema oficial de assistência à saúde, no qual se apresenta a “[...] medicina institucionalizada e regulamentada pelo poder constituído” (QUEIROZ, 1993, p. 274). Este sistema está relacionado à medicina científica, que segue regras e papéis específicos em ambientes especializados como: hospitais, consultórios médicos entre outros e inclui entre seus profissionais médicos e enfermeiros (HELMAN, 2006).

O cuidado de enfermagem deve ser um elo entre o sistema popular e profissional, e é necessário para que isto aconteça o conhecimento do grupo a ser trabalhado, suas reais necessidades, a partir dos aspectos favoráveis deste cuidado popular, a fim de torná-lo a base do conhecimento profissional de enfermagem (LEININGER, 1991).

Estes caminhos, na busca de soluções para sanar a enfermidade, traduzem-se em ações como a utilização de medicamentos existentes no próprio domicílio (dos quais já tenham conhecimento sobre o seu poder terapêutico, ou que já tenham utilizado em outras situações de doença), ou de fácil aquisição tanto na farmácia como em algumas “mercearias” existentes no município.

Além do uso de medicamentos industrializados, segundo Boltanski (1989, p. 14), também existem os conhecimentos “comuns”, ou “conhecimentos e práticas leigas” em outros campos além da medicina, que não podem ser negligenciados pelos profissionais de saúde.

Outra prática realizada pelos entrevistados, e já descrita por Boltanski (1989), foi também a da solicitação de ajuda a uma pessoa próxima, como um parente ou um vizinho, e a utilização de remédios caseiros como chás e xaropes. Na maior parte das respostas, foi citada a associação desses medicamentos caseiros aos industrializados para a solução de manifestações mais simples, como gripe ou resfriado.

A utilização de medicamentos caseiros, principalmente de chás, associados ou não com remédios industrializados nos casos de resfriados, foi citada por 27,5% da amostra. Esta prática foi mais comum entre as mulheres (37,5%) do que entre os homens (15,4%):

A gente apela mais para remédio caseiro assim, chá, mel, ocupa mais com esses remedinhos [...] Aqui funciona assim: chá, mel, erva, quanto mais longe de postinho e farmácia melhor (H6 – 52 anos).

Tomo chá de guaco, geralmente com comprimido A gente foi criado assim desde pequeno (H9 - 36 anos).

Bercini (2003), ao estudar as concepções de saúde das mulheres de pescadores na comunidade de Porto Rico, constatou que a medicação caseira é empregada pelas mulheres, em forma de xaropes e de chás, principalmente no tratamento de afecções agudas das vias respiratórias, porém, quando não produz efeito rapidamente, recorre-se ao médico.

As plantas utilizadas para fins medicinais são aquelas que possuem em sua composição físico-química potencialidades terapêuticas, que têm por finalidade a preservação da saúde, o tratamento de alguns males e o restabelecimento do bem-estar do indivíduo, e o conhecimento sobre sua utilização surge principalmente no meio popular (ALVIN; FERREIRA, 2003).

Observa-se nas falas de vários participantes que problemas como: febre, dores de cabeça, gripe e cólica entre outros são situações que, na opinião deles, não necessitam de acompanhamento médico.

Eu não vou em médico por causa de porcária não (H7 – 38 anos).

Hulka e Wheat (1985) consideram a necessidade como sendo o fator mais importante para a utilização em saúde. Ela é definida por Heller e Fehér (1998) como um sentimento consciente e socialmente construído, portanto, diferentes para cada grupo social, podendo ter este sentimento um caráter de motivação em busca do preenchimento da falta de alguma coisa, sendo expresso em reivindicações e também como motivação para essas solicitações.

As necessidades do ser humano foram descritas por Horta (1979), em sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Nela, o ser humano tem necessidades que precisam ser atendidas e esse atendimento, em determinadas situações, exige o auxílio de um profissional de saúde. A mesma autora considera as necessidades comuns a todos os seres humanos com variações em suas manifestações e no modo de satisfazê-las em função da idade, do sexo, da individualidade, de fatores socioeconômicos, das condições físicas e do próprio ciclo do processo saúde-doença (HORTA, 1979).

Em saúde, as necessidades são geralmente percebidas pelos indivíduos, a partir do reconhecimento da mudança de um estado de saúde para um estado de doença. Esta identificação pode ser feita pelo próprio indivíduo ou por outra pessoa, profissional da saúde ou não. Diante dessa constatação de mudança, inicia-se um processo de busca por ajuda que pode ou não ser institucionalizada, ou seja, uma busca por sistemas paralelos, sancionados por usos e costumes de cada sociedade, ou por um serviço de saúde. Esta busca pode ser por prevenção, cura ou reabilitação, podendo o indivíduo estar ou não com problemas de saúde, desejando apenas mantê-la ou prevenir a doença (CARVALHEIRO, 1981).

De acordo com os informantes, a busca pelo serviço oficial de saúde ocorre apenas diante da suspeita de maior gravidade da doença:

Se é uma dor de cabeça, assim, eu tomo um remédio em casa mesmo, se for alguma coisa mais grave eu vou no médico. Tomo remédio do posto mesmo, neosaldina, doril, diclofenaco, ampicilina. Aí, quando não saro, procuro o médico. Eu vou no posto [...] Só em último caso, quando precisa mesmo. Quando eu faço de tudo em casa e não dá certo, aí eu vou no médico (M13 - 30 anos).

Ah eu sou muito relaxada, eu não gosto de ir no médico, e no posto. Quando eu vou é porque está precisando mesmo. Às vezes eu vejo que a pressão não está boa e eu vou passando, passando [...] Tomo um remedinho que tem em casa [...] chá, as vezes chá de laranja com benegripe. Vou na farmácia e compro. Ah, eu não gosto de ir no médico [...] Por exemplo, outro dia eu vi que eu não estava boa, eu vim trabalhar, aí quase que eu desmaiei. Aí eu fui correndo no posto. Só vou no posto para levar as crianças. Sabe essas pessoas sossegadas, vai deixando, vai deixando (M15 - 43 anos).

Depende do tipo (de doença), se for pressão eu já medico, vou ao médico, ou vou na farmácia. Agora se for uma gripe, uma coisa assim, eu tenho medicamento em casa eu mesmo tomo. Eu detesto farmácia. O dia que eu vou pode saber que [...] eu falo, que tenho pavor de médico. Pra gripe tomo um chazinho, cidreira, laranja com mel. Só em último caso mesmo. Se eu sinto meu sintoma da pressão. Quando ela está alta eu não suporto a dor nos olhos, aí eu corro. Tomo remédio com dipirona, um copo com água e açúcar bem doce mesmo, aí ela melhora (M16).

Com o problema na perna [...] Eu fui no médico [...] Essa vez que eu fui no médico a gente via que tava muito... tava demais, não é? A pressão eu já fui medir quando eu tive um “passamento”, assim, tipo assim, assim (movimentos com as mãos próximo à cabeça) ((risos)), uma coisa. Eu fui medir [...] Assustou, eu fui tirar a pressão estava normal, aí é [...] deve se cansaço [...] (H3 – 38 anos).

A automedicação busca por parte da população local, pelos serviços de saúde prioritariamente, frente à ocorrência de doenças consideradas mais graves como hipertensão ou problemas circulatórios, também já haviam sido descrita anteriormente por Bercini (2003).

A automedicação foi uma prática descrita tanto pelas mulheres (43,7%) quanto pelos homens (38,5%):

Tomo um remedinho que tem em casa [...] (M1 - 33 anos).

O comprimidinho? Eu mesmo compro na farmácia (M12 – 54 anos).

A gente se automedica, não é? (H1- 51 anos).

Se for só uma dor de cabeça eu tomo um comprimido, não é? Eu vou na mercearia e compro (H7- 38 anos).

Ela se apresenta pelo uso de medicamentos sem prescrição médica, em que o próprio paciente decide qual remédio utilizar, incluindo-se a prescrição de medicamentos por pessoas não-habilitadas, como: amigos, familiares ou balconistas da farmácia, nesses casos também denominados de "exercício ilegal da medicina". Outro termo utilizado é a automedicação orientada, a qual está relacionada à reutilização de receitas utilizadas em outras ocasiões, sem que estas tenham sido emitidas para uso contínuo (PAULO; ZANINE, 1988).

Os informantes discorreram com muita tranquilidade sobre a utilização de medicamentos sem prescrição médica, não se dando conta dos possíveis danos que estão implicados nesta prática.

De um modo geral o consumidor não tem experiência nem conhecimentos necessários para distinguir distúrbios, avaliar a gravidade e escolher o mais adequado entre os recursos terapêuticos disponíveis, o que leva a que a prática da automedicação seja bastante danosa para a saúde de quem a pratica (SCHEKEL, 1998, p. 31).

Tanto é assim que, o índice de 41,4% de automedicação identificado entre estes informantes é bem maior que o encontrado por Nitschke et al. (1981) de 29%, que já havia



sido considerado alto pelos autores, que concluíram ser a automedicação a principal causa do uso inadequado de medicamentos.

Boltanski (1989), em meados do século XX, constatou que, em geral, os remédios armazenados nas residências pertencem a cinco grupos que correspondem a diversos tipos de doença, as quais a medicina popular sabe reconhecer e tratar. Dentre eles, além dos antitérmicos e analgésicos, assim como descrita por Bercini (2003), estão os desinfetantes, anti-histamínicos, digestivos e principalmente medicamentos para afecções rinofaringíticas.

A concepção dos indivíduos sobre os medicamentos está correlacionada à concepção de saúde e doença, já que ambos estão envolvidos no mesmo processo. Por esta razão, Mendonça (2005, p. 13) corrobora quando afirma que “Para interpretar os significados que os medicamentos recebem no meio social devemos partir do conhecimento da realidade de seus consumidores”. Estas concepções segundo Oliveira (1998) são moldadas de acordo com o ambiente cultural em que as pessoas vivem. E são alternativas de tratamento que ocorrem na medida em que, para os indivíduos, algumas concepções sobre o tratamento das doenças diferem da oferecida pela medicina oficial (MENDONÇA, 2005).

A justificativa para esta atitude, conforme é observado nos relatos envolve: a facilidade no atendimento, justificada pela amizade com o proprietário da farmácia, que mantém o comércio há vários anos no município e pela confiança nesse profissional; a agilidade no atendimento que dispensa agendamento, como ocorre na Unidade Básica de Saúde; e também, pela falta de credibilidade nos profissionais que prestam atendimento no serviço de saúde municipal.

Quando eu estou com cólica, dor de cabeça eu vou na farmácia, tomo Doril, atroveran, vou direto na farmácia. Ir no posto não resolve (M11 – 20 anos).

Ah! Eu procuro, a primeira coisa que eu procuro quando estou doente, tem um farmacêutico aí que ele é muito meu amigo [...] Primeiro eu passo por ele. Depois, se ele acha que ele não tem condições [...] se não tiver, já fala: Olha você tem que ir para o médico (H2 - 59 anos).

É, o costume do povo daqui é esse mesmo (procura primeiro pela farmácia). É que o farmacêutico é melhor do que o médico. Já está aqui tem uns 30 anos. O pessoal mesmo prefere mais ele do que o médico (H5 - 31 anos).

Como aqui em Porto Rico a gente tem muita confiança no seu [...], dono da farmácia, e conversa com ele e depois se não der certo eu vou no médico (H8 - 36 anos).

A iniciativa de procurar pelo serviço médico, como primeira alternativa quando a doença se manifesta, foi relatada por um número maior de mulheres (43%) em relação aos homens (23%).

Vou, vou no médico, não deixo de ir, porque Ele (DEUS) deixou a medicina [...] e se a gente não for no médico [...] os homens também são de Deus, porque ele deu o caminho para ajudar a gente com medicamento, com cirurgia (M3 - 54 anos).

Olha eu só tomo remédio assim que eu pego no posto, porque a gente não tem opção [...] Vou no posto pegar remédio para pressão, as vezes eu vou duas, às vezes vou três vezes por semana. Tem que cuidar direto (M5 - 39 anos).

Dados semelhantes a este, relativos à maior procura do serviço de saúde pelas mulheres de Porto Rico já havia sido apresentado por Felipes (2006). A autora analisou as fichas de atendimento médico na UBS do município, e concluiu que o atendimento médico prestado às mulheres, neste serviço, no período analisado, foi três vezes maior do que aos homens.

A atitude de buscar pelas farmácias como alternativa para solucionar problemas de saúde, ocorre em sua maioria pelos homens, e é também descrita por Figueiredo (2005), que levanta algumas suposições para explicar esta conduta como: o fato do homem acreditar ter seu tempo perdido na espera pela consulta nas Unidades Básicas de Saúde, sendo a utilização de outros serviços como farmácias ou Pronto-Socorros uma forma de agilizar o atendimento; a idéia de que, nas UBSs, os serviços são destinados, em sua maioria, às mulheres, crianças e idosos; e ainda, a idéia de que os serviços de saúde são um “espaço feminilizado” (maioria dos trabalhadores destes serviços são mulheres). Esses conceitos masculinos, de acordo com o autor, podem justificar a procura por outras formas de atendimento além da consulta médica.

Algumas situações, segundo os relatos, dificultam o atendimento e a resolução dos problemas de saúde no município, geram a insatisfação com serviços oferecidos pela UBS. Estas observações foram feitas tanto pelos homens quanto pelas mulheres. Isto se deve ao fato de seu itinerário consistir no percurso clássico das pessoas das classes sociais desfavorecidas, que procuram tratar-se em serviços públicos antes de serem encaminhados a serviços especializados, em geral, também públicos.

Na análise da utilização dos serviços de saúde, vários são os aspectos a serem considerados. Dentre eles estão o tipo de serviço do qual a população se utiliza (unidades básicas de saúde, pronto-atendimentos, pronto-socorros, ambulatórios ou clínicas

especializadas, e hospitais, públicos ou privados). Essa utilização depende de fatores que favorece seu acesso e também de valores sociais e culturais associados ao consumo. O motivo e a frequência da utilização, a busca no momento em que a doença se manifesta ou tardiamente, os procedimentos preventivos, assistenciais, laboratoriais ou terapêuticos envolvidos, também são aspectos importantes a serem analisados e relacionados à busca pelo serviço de saúde (ZUCCHI et al., 2000).

As reclamações apresentadas pelos informantes sobre estes serviços oficiais parecem ser freqüentes e decorrentes de vários fatores, tais como: 1) o horário disponibilizado pelo serviço para o atendimento médico; 2) a falta do número de consulta suficiente para atender à demanda; 3) a dificuldade no agendamento de consultas e/ou exames; 4) a falta de especialidades médicas e a dificuldade em conseguir encaminhamento a outras instituições especializadas e a exames complementares; 5) a dificuldade na aquisição de medicamentos; 6) a falta de credibilidade no serviço médico oferecido; 7) a dificuldade de relacionamento entre os pacientes e os profissionais.

Alguns relatos demonstram as dificuldades sentidas:

Eu não vou na farmácia porque eu não tenho dinheiro para comprar remédio, se não eu ia. No posto às vezes tem o remédio, às vezes não tem (M10 - 28 anos).

Quando eu tenho alguma coisa eu não vou no médico daqui. O médico daqui não adianta [...] Ir no posto não resolve [...] (M11 – 20 anos).

Os fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde segundo Mendoza-Sassi e Béria (2001) são os demográficos, os socioeconômicos, as características do serviço de saúde, a satisfação e as necessidades de saúde.

Os demográficos são determinados pela idade dos indivíduos, no qual os extremos da cadeia etária (crianças e idosos) utilizam mais os serviços de saúde, pelo sexo, destacando o maior consumo dos serviços pelas mulheres, e pela estrutura familiar, que relaciona o número maior de familiares com a maior utilização dos serviços; os fatores socioeconômicos, determinados pelas classes sociais às quais os indivíduos pertencem, seu nível educacional, raça e tipo de emprego; as características dos serviços de saúde que estão relacionadas e interferem na utilização, no que diz respeito à distância existente entre os serviços de saúde e a residência dos indivíduos, ao número de médicos por habitante em uma determinada comunidade, aos seguros de saúde (que podem também ser relacionados com os fatores socioeconômicos) e ao fato do serviço de saúde ter ou não um médico específico para o

atendimento (determinante da qualidade do serviço, além da formação do vínculo médico-paciente); a satisfação, que depende da oferta de serviços e das características individuais das pessoas que utilizam este serviço; e, por fim, as necessidades de saúde, que são referentes às variáveis que refletem as alterações no estado de saúde de um indivíduo e podem levá-lo a procurar pelo serviço.

A relação indivíduo e serviços de saúde ou demanda e oferta estabelecem uma dinâmica que para Goldbaum et al. (2005, p. 92), “[...] é realimentada pelo grau de resolutividade dos serviços de saúde e pelo grau de satisfação dos usuários”.

A oferta, segundo Travassos et al. (2000), é o fator determinante no que se refere ao consumo de serviço de saúde. A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços.

As queixas relacionadas aos serviços oferecidos no município também apareceram nos relatos dos entrevistados:

A chapa em Paranavaí, Loanda se for pago. Aí os médicos, eles marcam para a gente ir para Paranavaí. Eles levam (Prefeitura). Aí vai todo mundo, sempre vai cheio, minha filha [...] direto. É que as vezes a gente não tem o dinheiro para pagar. Então a gente tem que esperar pela prefeitura [...] Tem vezes que demora, se tiver muita gente demora, dois meses, três, tem hora que até não gosto de ir no posto, porque chega lá, marca, passa dois, três meses, a pessoa [...], tem que esperar (M2 - 59 anos).

[...] principalmente aqui, é bem escasso, se precisar alguma coisa no posto, de exame, tirar RX, você tem que ir lá para Paranavaí [...] E quando tem vaga, até eles marcarem [...] é complicado (M7 – 33 anos).

[...] eu procurei um otorrino em Loanda. Aqui não tem especialista, e também, eu trabalho de manhã e a tarde o médico só atende três vezes por semana, aí quando atacou mesmo, eu fui atrás de consulta e não tinha mais, aí eu preferi ir na farmácia [...] melhorou um pouco mais continuou, aí eu fui consultar em Loanda (M6 - 38 anos).

Boltanski (1989) admite que a evolução do consumo médico e o progresso tecnológico, na área da saúde, estão relacionados, e que a diferença deste progresso técnico (equipamentos médicos e hospitalares) entre as regiões é responsável também, entre outros, pelas disparidades no consumo médico. Para o autor, as necessidades médicas estão diretamente ligadas, entre outros fatores, ao tipo de serviço médico oferecido a uma população.

A oferta de tecnologia nesta área promove adaptação natural da procura à oferta, pois:

[...] a produção de serviços médicos produz a necessidade desses serviços, pois produz a doença ou pelo menos o doente, criando novas categorias de sintomatologia, divulgando-as e ensinando a linguagem na qual podem ser expressas (BOLTANSKI, 1989, p. 178).

Para Boltanski (1989, p. 178), a necessidade médica parece ser impossível de ser saturada, por ser uma “necessidade cultivada”, ou seja, que cresce à medida que é satisfeita e as explicações para as práticas nos cuidados em saúde estão centradas em uma seqüência de operações mentais por meio dos conhecimentos adquiridos no cotidiano, utilizando-se dos recursos disponíveis para fazer suas escolhas em relação ao cuidado (BOLTANSKI, 1989).

Para duas participantes, existe, além da dificuldade no atendimento pela falta de serviços disponíveis, problemas na relação direta com os profissionais da UBS. Esses fatores são desencadeantes de insatisfação no que se refere ao atendimento. É possível, segundo elas, que os profissionais não acreditem na doença expressada pelos indivíduos que buscam pelo atendimento:

Eu tenho “raiva” do pessoal do posto. Às vezes a pessoa está doente, chega lá, não tem vaga (M11 – 20 anos).

Não gosto de ir no médico porque as vezes eu vou, já não resolve, aí eu não vou mais [...] Faz tempo que eu fui com problema nas costas, uma mancha que coça. Deu remédio, eu passei, não adiantou nada [...] Às vezes eles (funcionários da UBS) reclamam: – As mesmas pessoas sempre no posto! Mais às vezes toma remédio, não resolve, volta no posto. O médico às vezes não dá conta de atender todo mundo quando as pessoa gostam dele [...] Para fazer no posto (exames) precisa esperar mais de um ano. Desanima não é? (M12 - 54 anos).

A questão de falta de credibilidade, na doença referida pelas pessoas, por parte dos funcionários, foi citada por Mendoza-Sassi e Béria (2001). Nesta abordagem, os autores retratam o processo de utilização dos serviços de saúde por uma outra vertente, que não a dos pacientes que relatam sobre um fenômeno chamado “iceberg da enfermidade” relatado por Last (1963). De acordo com essa abordagem, algumas pessoas com sintomas procuram pelo médico. Os autores discorrem sobre o fato de que a busca por serviços de saúde vai além da morbidade que o indivíduo possa estar apresentando. Existe, além da pessoa que procura por ajuda, apresentando de fato um problema de saúde, uma grande parcela de utilizadores que

são responsáveis pelo uso de grande proporção de consultas oferecidas à população e que, em algumas ocasiões, utilizam os serviços sem que, do ponto de vista médico, haja uma justificativa clara para este consumo (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Em geral, nas populações menos favorecidas, a dificuldade de conseguir atendimento resulta em baixa expectativa para os indivíduos, assim o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Um bom relacionamento com os profissionais de saúde, de acordo com os relatos, pode ser um facilitador no acesso ao atendimento e à satisfação do indivíduo:

Sabe, inclusive às vezes, quando eu sinto algum probleminha assim, se eu vejo o médico, eu falo: Estou com o problema tal. Ele (o médico) fala: Toma isso. Ele pega e passa num jornal mesmo (a receita), entende? Então é fantástico. Para mim, não existe problema até agora não (H1 – 51 anos).

[...] O médico falou da minha doença. Não procurei o médico no posto. Foi de conversar na rua, ele é amigo da minha tia, aí ele falou para mim o que eu tinha. Assim é mais fácil para consultar (M11 - 20 anos).

Estes entrevistados, que afirmam proximidade maior com o médico do município, apresentavam segundo grau completo e ensino superior, o que vem ao encontro com a colocação de Boltanski (1989) no que se refere à facilidade na relação entre as pessoas de classes sociais mais elevadas e o médico.

Também ter melhor poder aquisitivo e grau de instrução mais elevado favorece na busca por serviços de saúde. Dos quatro entrevistados que afirmaram procurar por serviços particulares de saúde, fora do município, dois apresentavam segundo grau completo e dois níveis superior, com renda familiar média variando entre dois e seis salários mínimos:

O especialista é de Paranavaí. Ai resolveu [...] Eu frequento, mais muito pouco (UBS), eu prefiro pagar. Aqui é muito demorado. Um especialista, leva meses, e lá (Loanda) você vai e paga, tem médico toda hora, pedem os exames [...] (M6 - 38 anos).

Também, eu tenho plano de saúde, mas utilizo o serviço daqui também para coisinha simples. Mas quando é problema mais complicado eu tenho plano de saúde que eu uso, não é? (H1 - 51 anos).

Ao invés de ir no cardiologista eu fui no ginecologista porque eu não tenho convênio nenhum, é tudo particular, e para falar a verdade eu não faço exame no posto, sempre quando eu faço é particular (M16 – 40 anos).

Eu prefiro ir no médico, se não for aqui eu procuro particular (M8 – 32 anos).

Segundo Boltanski (1989) quanto maior for o poder aquisitivo e o grau de instrução das pessoas, elas terão mais conhecimento a respeito de seu corpo e maior facilidade na escolha e no acesso aos serviços de saúde.

Pode-se perceber, em alguns relatos, a falta de orientação e informações sobre os serviços de saúde disponibilizados e também a insatisfação no que se refere às condutas dos profissionais de saúde, o que faz entender que, diante desta postura tomada por alguns profissionais, o cliente prefere se afastar da instituição:

Dentista não tem [...] Me preocupo, porque se ficar doente aqui é complicado. Se partiu para ficar doente é difícil, porque é a hora que ocupa dinheiro. A gente vê ali, as pessoas que ficam doentes, procuram, eles não atendem. Você fala: – Meu Deus! Porque aqui tem dois, três médicos [...] Como quando eu tive uma febre na ilha, fizemos exames (ele e várias outros ilhéus) e nunca soubemos o resultado [...] Médico é assim, às vezes tem dez pessoas, as dez tomam o mesmo remédio, todo mundo [...] Por exemplo o Dr. [...] chega lá: – O que você tem? Só aquele remedinho e pronto [...] Eu estou com um exame de vista marcado desde o ano passado. As coisas são muito enroladas, por isso que a gente não vai atrás [...] Dentista não tem. É muita fila, é um “complô” esse posto de saúde. Para remédio por exemplo: tem, mas não é qualquer pessoa que consegue pegar (H6 - 52 anos)

Sentiu-se durante o desenvolvimento desse trabalho a necessidade de maior atenção ao usuário do serviço de saúde no sentido de fornecer-lhe informações adequadas, e que, por meio de informações, a comunidade esteja a par do que o serviço efetivamente pode oferecer. A preocupação em sanar as dúvidas dos usuários demonstra que o serviço e também seus profissionais estão comprometidos com a humanização do cuidado que está relacionada à forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado técnico em associação ao reconhecimento do paciente que pretende nortear nova práxis na produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004).

Neste contexto, destaca-se a adequabilidade da teoria do cuidado transcultural que, quando considerada e adotada pelo enfermeiro, pode favorecer o processo de interação entre o profissional e sua clientela, oferecendo cuidado humanizado e reconhecendo as diferenças culturais existentes entre eles. Por meio desta atuação, torna-se possível buscar maneiras de diminuir as limitações de compreensão do processo de cuidado, em termos científicos, por parte do usuário.

A atividade dos profissionais, que atuam nos serviços de saúde, visando à humanização da assistência, contribui para a obtenção de contato mais próximo e ético entre quem cuida e quem é cuidado (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Qualquer ação dos profissionais em relação à saúde, seja na área de planejamento, prevenção ou tratamento, deve também estar voltada aos valores, às atitudes e às crenças dos grupos para os quais são dirigidas (MINAYO, 1998). Esse direcionamento das ações, respeitando as características próprias de cada grupo, poderá auxiliar a compreensão que essa população desenvolve acerca das ações propostas e facilitar a utilização dos serviços a eles oferecidos.

Oferecer informações e serviços que atendam as necessidades de saúde das pessoas e estabelecer vínculo entre paciente e profissional de saúde pode ser fator que contribua para a busca por atendimento e para o cuidado adequado do indivíduo para com a própria saúde.

O conhecimento sobre as ações de saúde oferecidas pelas instituições, além da compreensão sobre as mudanças que ocorrem em seu organismo, pode influenciar direta ou indiretamente na forma como os indivíduos conduzem a busca pelo cuidado com o seu corpo.

Existe, porém, segundo Boltanski (1989), diferença na forma de atendimento e/ou relacionamento entre os indivíduos das diferentes classes sociais e o médico, ou seja, quando o indivíduo apresenta maior poder aquisitivo e maior grau de instrução tem facilitada a sua aproximação com o médico, além de haver maior entendimento sobre o processo de doença e as condutas a serem tomadas para atingir o restabelecimento de sua saúde. Por outro lado, os indivíduos de classes populares apresentam maior dificuldade de acesso ao serviço, e quando esse se concretiza, existe barreira na comunicação e entendimento entre o profissional e o paciente. Este, segundo o autor, enfrenta condição de inferioridade frente aos profissionais com maior grau de instrução, julgando-se incapaz de discutir sobre seu problema e muitas vezes aceitando as imposições do tratamento, por não ter possibilidade de acesso a outro serviço.

Esta questão, descrita por Boltanski (1989), aparece de forma muito clara em um dos depoimentos que chamou-nos a atenção pela indignação do entrevistado:

A gente vê ali as pessoas que ficam doentes, procurarem, eles não atendem, você fala: – Meu Deus [...] Se tiver alguém de lá de dentro é que consegue (remédios). Então é complicado. A gente vê ali gente que não precisa, pegando remédio, e gente que precisa não consegue [...] É muito complicado [...] É porque as coisas funcionam muito mal mesmo, muito mal. Assim, se for [...] Às vezes você vai lá com uma receita, e vai lá às vezes um



comerciante, ele consegue e você não consegue (remédio). Então, se a gente for “puxa saco”, você consegue (H6 - 52 anos).

Aprofundando estas idéias, é importante destacar que o mesmo considera que além das questões culturais, as variações, no consumo médico entre as diferentes classes sociais, estão relacionadas também à necessidade e à competência médica, à cultura somática e ao uso do corpo (BOLTANSKI, 1989).

A construção da imagem corporal é continuamente reelaborada por meio das vivências de cada pessoa, sendo comum a todos os membros de um determinado grupo ou classe social (BOLTANSKI, 1989). Ela está relacionada em grande parte com a classe social a que os indivíduos estão inseridos. Segundo o autor, quanto mais baixa a colocação na escala social menor é a preocupação com o corpo, tanto no que se refere às questões de cuidado quanto nas questões estéticas, pois para esta parcela da população, o corpo relaciona-se com o potencial de trabalho que este pode proporcionar e não com sua aparência.

Para justificar as variações observadas no consumo médico entre as diferentes classes sociais, no que se refere às necessidades médicas, Boltanski (1989, p. 121) sugere que se estabeleça relação entre a “natureza e as condições de possibilidades da ‘necessidade médica’ na qual o consumo médico seria a manifestação e o produto”. O autor explica que, como a necessidade médica se refere diretamente ao corpo, os indivíduos tendem a reduzi-la a uma “necessidade primária”, subordinada às exigências do corpo e que, se não se apresentarem obstáculos de natureza econômica, ecológicas ou técnicas, “tenderia a aparecer assim que surge a doença e satisfazer-se assim que aparece essa necessidade” (BOLTANSKI, 1989, p. 121).

Com base na segmentação de classes, os membros de classes sociais distintas relacionam-se de forma diferenciada com o cuidado à saúde. Primeiramente, pela diferença no comportamento sanitário dos indivíduos que não têm as mesmas oportunidades de vida (estando por vezes relacionado ao desgaste físico desigual) e, em segundo lugar, em virtude do risco sanitário a que cada um deles está exposto, o grau de morbidez que apresentam e os tratamentos médicos dos quais podem consumir.

A categoria socioprofissional dos indivíduos não se apresenta como fator determinante de diferenças no consumo de exames ou medicações prescritas. É no consumo dos atos médicos que aparece o principal indicador da intensidade com que os membros de cada classe percebem e suportam a sua doença. É como se o fato de pertencer às classes

sociais diferentes influenciasse de maneira desigual na percepção e na sensação mórbida (BOLTANSKI, 1989).

A maneira de entender e exprimir as mensagens do corpo varia de acordo com a facilidade em verbalizá-las e estas, segundo Boltanski (1989), crescem quando se passa das classes populares para as classes superiores.

A relação conflituosa com os profissionais de saúde pode ser motivo de descrédito dos indivíduos em relação ao atendimento dispensado, como relata um entrevistado:

Médico é assim, às vezes tem dez pessoas, as dez tomam o mesmo remédio, todo mundo [...] (H6 – 52 anos).

A diferença na forma de atendimento também é sentida pelos indivíduos menos favorecidos socialmente no que se refere à competência médica. Boltanski (1989) coloca que, a facilidade na relação entre as pessoas de classes sociais mais elevadas e o médico é favorecida pela proximidade social e às vezes intelectual, pois, ocorre que em geral, os indivíduos menos favorecidos não entendem os termos utilizados pelos médicos (devido às diferenças lingüísticas). Estes indivíduos sentem, muitas vezes, que o médico não lhes fornece explicações suficientes e os atende de maneira muito rápida.

A dificuldade de assimilação das informações, por parte dos indivíduos das classes populares, e a pouca informação dispensada a eles pelos profissionais, dificultam ou até mesmo levam às distorções na interpretação dos seus sinais e sintomas. Em contrapartida, o indivíduo melhor colocado na hierarquia social tem maior facilidade em exigir explicações, assimilá-las, integrá-las e reproduzi-las (BOLTANSKI, 1989). As diferenças no nível de instrução entre o médico e o paciente, podem limitar a relação entre si, desencadeando uma situação em que “a prestação de informações médicas durante a consulta é tanto mais fraca quanto mais baixo o doente está situado na hierarquia social”, e o efeito educativo, na prática médica, acaba não se voltando ao indivíduo com maior necessidade de informações (BOLTANSKI, 1989, p. 138).

A satisfação do indivíduo que utiliza o serviço de saúde diz respeito à percepção subjetiva que este tem do cuidado que recebe. O grau de satisfação ou de insatisfação pode estar relacionado às suas relações interpessoais com o profissional do serviço. Outros aspectos como a infra-estrutura material dos serviços (existência de equipamentos, medicamentos, etc.), ou as amenidades (ventilação, conforto, etc.) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. O grau de adesão do paciente ao tratamento e às ações

preventivas recomendadas pelos profissionais pode ser influenciado por esses aspectos do cuidado (SILVA et al., 1994).

Os serviços de saúde contribuem para a formação da concepção de saúde e doença, permitindo às pessoas avaliarem e escolherem em aderir ou não às formas de tratamento oferecido por seus profissionais (ALVES; SOUZA, 1999). Das 16 mulheres entrevistadas, nove fazem uso do serviço de saúde municipal, embora, dessas entrevistas, mais da metade apresentou reclamações a respeito de algum aspecto na oferta dos serviços.

Com relação às mulheres que referiram não freqüentar o serviço de saúde do município (31%), todas apresentavam ensino médio ou superior. Vale destacar que, estas mulheres deixaram bastante claro o fato de que não deixam de procurar o médico quando se sentem doentes, mas sim, que o fazem em outros municípios, optando pelos serviços médicos particulares. A única exceção foi uma das entrevistadas (Nível Fundamental Incompleto) que referiu não utilizar o serviço de saúde por seguir as concepções de saúde da mãe e da avó, que por serem descendentes de índios, utilizam-se apenas de ervas para o tratamento das enfermidades.

O perfil de utilização do serviço de saúde, descrito pelos participantes da pesquisa, do sexo masculino foi diferente. Apesar de 46% deles terem dito que freqüentam a UBS, a maior parte deles, o faz apenas quando sente que a situação de saúde é grave. Apenas um deles faz com freqüência. Sua justificativa se dá, pelo fato de ter sido submetido a uma cirurgia bariátrica, tendo a necessidade de controle freqüente do seu estado de saúde por meio de avaliação clínica e da realização de exames periódicos. Entretanto, vale destacar sua opinião sobre esse fato:

Eu me recusava a verificar pressão antes da cirurgia. Porque minha pressão era muito alta, elas (Agentes de Saúde) falavam: – Você tem que ir no médico ver a sua pressão [...] Aí elas falavam: – Está 18 por 12 [...] e eu dizia: – Ah deixa, está bom. Agora eu vejo, está 12 por 8, por 9, agora está bom. Acho que a gente só lembra de correr lá, a hora que a “coisa” pega. Mais você vê, hoje eu faço porque o médico exige. A cada seis meses faço uma bateria de exames completos. Se ele (médico) não exigisse, eu não fazia mais de jeito nenhum. Eu penso, para que eu vou fazer exame se eu não estou doente? Não estou sentindo nada? De repente a doença já está ali, fácil de curar, ou qualquer coisa [...] Preciso acontecer comigo (doença) para mim acordar (H13 - 42 anos).

Dos homens que referiram não fazer uso do serviço oferecido pela UBS (54%) estão: os que utilizam o serviço médico particular em outros municípios (um); os que têm convicção

de que não necessitam de cuidados (três) e os que somente buscam por ajuda do profissional da farmácia do município (quatro).

As atitudes frente à utilização do sistema oficial de saúde, na visão de alguns participantes, já havia sido descrita por Bercini (2003, p. 76) que constatou que o sistema oficial de assistência à saúde do município, não atende a todas as necessidades da população, e ainda, “Esta imagem negativa sobre o sistema talvez reflita a existência de uma política pouco efetiva de atenção à saúde.”

É interessante observar que os informantes não fizeram referência a alguns componentes do sistema informal de saúde como as benzedadeiras e simpatias, entre outros, conforme havia sido citado nos trabalhos anteriormente realizados no município como os de Carreira (2002) e Bercini (2003), o que se acredita, abre uma perspectiva para novos estudos com esta população do núcleo urbano.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da proposta do estudo em analisar as concepções sobre saúde e doença dos indivíduos adultos de Porto Rico e o Itinerário Terapêutico utilizado por eles na busca por soluções para seus problemas de saúde, pode-se concluir que os resultados apontaram para a existência de diferenças entre as concepções e atitudes dos indivíduos e que estas são decorrentes das relações de gênero, das influências culturais e da oferta de serviços de saúde.

Frente à manifestação da doença, observou-se maior tomada de atitude por parte das mulheres que reconhecem e valorizam mais rapidamente sinais e sintomas, buscam mais por soluções junto ao sistema oficial de saúde e, principalmente, em sua grande maioria, adotam com maior frequência que os homens, medidas preventivas relacionadas à sua saúde.

Entretanto, constatou-se que, em relação aos homens, a diferença nas concepções e atitudes frente à manifestação de doenças são percebidas pela maneira como eles discorrem sobre o seu estado de saúde. Para a maioria dos homens entrevistados, as doenças são esporádicas, e normalmente não necessitam de atenção ou preocupação, que possam levá-los a perder tempo ou que os desvie de suas atividades diárias. A maior parte deles insiste em demonstrar bom estado de saúde, relacionando seu bem-estar à disposição para o trabalho. Eles destacam que somente reconhecem mudanças em seu organismo como patológicas se as considerarem graves.

Constatou-se, ainda que, embora todos os homens entrevistados tenham conhecimento sobre a necessidade de medidas preventivas para a saúde, a maior parte não as utiliza.

De acordo com as narrativas, tanto a medicina tradicional quanto a oficial são estratégias utilizadas pelas pessoas de ambos os sexos para a busca por tratamento, dependendo da doença que os acomete. Estas estratégias estão relacionadas com o nível de percepção das doenças de cada um. Sendo assim, conclui-se que pelo fato das mulheres darem maior atenção ao seu corpo e às suas manifestações, desenvolvam mais estratégias que as levem a maior busca por cuidado. Foram elas que mais relataram fazer uso da UBS do município, enquanto que a maioria dos homens referiram procurar pela orientação do dono da farmácia, justificando sua atitude pela maior facilidade em receber o atendimento.

Também fica claro que, segundo os relatos, na opinião da maior parte dos informantes, a oferta de serviços de saúde do município não atende de maneira adequada às suas necessidades.

As dificuldades são sentidas tanto pelos homens quanto pelas mulheres, especialmente das classes de menor poder aquisitivo e menor grau de instrução. Elas dizem respeito ao atendimento médico, à espera em longas filas para agendamento de consultas e exames, à dificuldade de acesso a consultas especializadas e ao horário disponibilizado para o atendimento, que por vezes dificulta seu acesso ao serviço. Estas dificuldades, em geral, são determinantes na procura ou não pelo serviço oficial, o que leva ao desenvolvimento de outras estratégias em busca da solução para o problema.

A utilização de recursos oriundos do sistema informal de saúde vem muitas vezes como solução para suprir as dificuldades anteriormente citadas. Elas baseiam-se na utilização de ervas, em forma de chás e xaropes, muitas vezes associadas a medicamentos adquiridos pelas pessoas sem prescrição médica, em farmácias ou mercearias.

O poder aquisitivo e o grau de instrução dos indivíduos pesquisados influenciam na busca pela solução dos problemas de saúde. Constatou-se que os indivíduos com nível educacional mais elevado, e com melhores salários não se sentem confortáveis em buscar atendimento na UBS do município, procurando não utilizá-lo, buscando ajuda de profissionais de outras localidades da região na expectativa de obterem melhores resultados no tratamento.

Concluiu-se que o cuidado de enfermagem, sob a perspectiva do cuidado transcultural, aplica-se a esta população, principalmente no que se refere às mudanças de atitudes dos indivíduos no cuidado preventivo das doenças e em especial entre os homens. Torna-se importante que as decisões e ações de enfermagem que envolvem a repadronização cultural do cuidado seja instituídas a fim de que, por meio de orientação e transmissão de conhecimento sobre as necessidades de mudanças de hábitos, esta parcela da população seja levada a buscar também pelo cuidado preventivo.

É em função dos relatos sobre o que pensam e como agem os indivíduos pesquisados que os profissionais de saúde devem desenvolver estratégias que favoreçam o acesso ao serviço oficial e que responda à necessidade individual de cada um de maneira a proporcionar atendimento humanizado.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A. A.; ZALEWSKI, M. **A planície alagável do alto Rio Paraná: importância e preservação.** Maringá: Eduem, 1996. p. 100.

ALMEIDA-FILHO, N. de. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 793-799, jul./ago. 2001.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-138.

ALVIN, N. A. T.; FERREIRA, M.A. Cuidado em enfermagem pelas plantas medicinais. In: Figueiredo, Nélia Maria Almeida de. **Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem. 2003.

ANGST, J.; GAMMA, A.; GASTPAR, M. et al. Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depres I and II studies. **Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.**, Berlin, v. 252, no. 5, p. 201-209, 2002.

AQUINO, E. M. L. de; MENEZES, G. M.; AMOEDO, M. B. E. et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 174-189, abr./jun. 1991.

ARTAZCOZ, L.; MOYA, C.; VANACLOCHA, H. et al. La salud de las personas adultas. **Gac. Sanit.** Barcelona, v. 18, p. 56-68, 2004. Suplemento.

BARATA, R. B. Epidemiologia e saber científico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 1, n.1, abr. 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n1/03.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2007.

BERCINI, L. O. **“Sem saúde a gente não é nada”**: estudo das representações sociais sobre saúde e ambiente em uma comunidade ribeirinha. 2003. Tese (Doutorado em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.

BOEHS, A. E. **Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional.** Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for theory and methods**. 3rd ed. Boston: Allyn and Bacon, 1998.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. São Paulo: Graal, 1989.

BOSI, M. L. M.; AFFONSO, K. C. Citizenship, people's participation, and health: beneficiaries of the Public Health Services Network have their say. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Anuário estatístico de saúde do Brasil-2001: mortalidade**. 2001. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/index.cfm?saude>>. Acesso em: 12 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Brasília, DF, 2006d. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2006>>. Acesso em: 12 dez 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Hiperdia**. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 18 maio 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>>. Acesso em: 7 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: mortalidade: 1979-2004**. Brasília, DF, 2006e. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de próstata**. Rio de Janeiro, 2006f. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=33999](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=33999)>. Acesso em: 23 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro, 2003b. v. 3. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=12999](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=12999)>. Acesso em: 1 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev. **Câncer de próstata: consenso**. Rio de Janeiro, 2002a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual\\_prostata.pdf](http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual_prostata.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2006a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama**. Rio de Janeiro, 2002b. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva\\_mulher](http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher)>. Acesso em: 23 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Registro hospitalar de câncer: Relatório anual 1994/1998: dados dos hospitais do INCA**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rhc/docs/RBH\\_total](http://www.inca.gov.br/rhc/docs/RBH_total)>. Acesso em: 9 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: dados e números**. Rio de Janeiro: INCA, 2006a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>>. Acesso em: 7 dez. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Morbidade hospitalar do SUS: CID-10, 2006b**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/mpr.def>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico**. 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde, 1989**. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/Apresentacoes%20e%20textos%20para%20download/VIII%20CNS.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2007.

BUNGE, M. **La investigación científica**. Barcelona: Ariel, 1973. p. 139.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 63-68, 1979.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.12-27.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2005.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, jul./ago. 2003.

CARLINI E. A et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil - 2001**. [São Paulo]: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, 2002.

CARREIRA, L. **O cuidar ribeirinho**: os saberes e práticas de saúde das famílias da ilha Mutum – PR. 2002. 134 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHEIRO, J. da R. Investigação epidemiológica e entrevistas domiciliares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, p. 543-550, 1981.

CARVALHO, V. L. de; PEREIRA, E. M. Educação e qualidade de vida das pessoas aposentadas sob a ótica da enfermagem transcultural. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 111-127, set./dez. 1999.

CARVALHO, M. M. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002.

CHAVES, M. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. **Rev. ABEM**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 7-18, 1998.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Artigo 25**. Disponível em: <[http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/declaracao/declaracao\\_univ.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/declaracao/declaracao_univ.html)>. Acesso em: 10 dez. 2006.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa. Busca de equilíbrio entre forma e conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 89-104, abr. 1998.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DINI, L. I.; KOFF, W. J. Perfil do câncer de próstata no hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 1, 2006.

DRUMOND JÚNIOR, M.; BARROS, M. B. A. de. Desigualdades socioespaciais na mortalidade do adulto no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 2, n. 1/2, p. 34-49, 1999.

FATORES ambientais causam 25% das doenças, diz OMS. **Folha Online**, São Paulo, 16 jun. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/ciencia/ult306u14742.shtml>>. Acesso em: 27 nov. 2006.

FELIPES, L. **Concepções sobre a saúde e doença**: um estudo envolvendo usuárias de uma unidade do Programa Saúde da Família. 2002. 91f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar. 2005.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução: Sandra Netz. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREITAS, M. T. A. de. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 116, p. 21-39, jul. 2002.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, maio, 2004. Suplemento 1.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Traduzido por Regina Machado Garces. Porto Alegre: Ates Médicas, 1993.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, p. 11-13, 2004.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. Admin. Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995.

GODOY, A. M. G.; EHLERT, L.G. Porto Rico: a difícil sobrevivência do homem e do meio ambiente. In: VAZZOLER, A. E. A. M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. **A planície de inundação do alto Rio Paraná**: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos. Maringá: Eduem, 1997. p. 435-451.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G.; Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, 90-99, fev. 2005.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, set./out. 2002.

GRIFFITHS, S. Men's Health. **BMJ**: Brit. Med. J., London, v. 31, no. 2, p. 69-70, 1996.

GUALDA, D. M. R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 297-309, dez. 1995.

GUERRA, V. M.; GOUVEIA, V. V.; PESSOA, V. S.; RIVERA, G. A.; SOUZA FILHO, M. L. de. Inventário de ambivalência em relação aos homens: adaptação brasileira e relação com o gênero. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 47-61, 2004.

HELLER, A.; FÉHER. **A condição política pós-moderna**. São Paulo: Civilização Brasileira, 1998.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization: the patient perspective. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 23, p. 438-460, 1985.

IBGE. **Censo Demográfico**. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/ufs.php?tipo=31>>. Acesso: 10 jan. 2007.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. **População e indicadores sociais**. 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao>>. Acesso em: 3 nov. 2006.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/defaulttabbrasil.shtm?c=1>>. Acesso em: 5 dez. 2006.

JACOB, FILHO, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALEO, NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Ateneu, 1994.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Rev. Adolesc. Latinoam.**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 67-79, mar. 2001.

KRIEGER, N. Gender, sexes and health: what are the connections-and whydoes it matter? **Int. J. Epidemiol.**, [London] v. 32, no. 4, p. 652-657, 2003. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/32/4/652>>. Acesso em: 29 jan. 2007.

LAFER, B.; ALMEIDA, O. P.; FRÁGUAS JÚNIOR, R. et al. Depressão no ciclo da vida. **Rev. Brás. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 149-152, 2000.

LANDIM, F. L. P.; NATIONS, M. K. Cuidado cultural do câncer de mama: o que mulheres brasileiras pobres têm a nos dizer. **Rev. Texto Contexto**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 191-200, abr./jun. 2003.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da saúde**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAURENTI, R.; JORGE, M. P. M. de; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar. 2005.

LEBRÃO, M. L.; CARANDINA, L. MAGALDI, C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.6, p. 452-460, dez, 1991.  
LEININGER, M. (Ed.). **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

\_\_\_\_\_. **Culture Care Theory: a Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices**. J. Transcult. Nurs., Memphis, v. 13, no. 3, p. 189-192, 2002.  
Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/cgi/reprint/13/3/189.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2007.

\_\_\_\_\_. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nurs. Sci. Q.**, Baltimore, v. 1, no. 4, p. 152-160, 1988.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. da. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. Saude Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LOURO, G. L. Gênero, história e educação. **Rev. Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 101-132, jul./dez. 1995.

\_\_\_\_\_. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. E.; WALDOW, V. R (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, A. M. H.; BERNI, N. I. O. de. Feminino e masculino: repercussões na saúde dos adolescentes. In: RAMOS, F. R. S. et al. (Org.). **Projeto acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília, DF: ABEn, 2000. p. 37-45.

LUZ, P. L. da; SOLIMENE, M. C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 45-54, jan./mar. 1999.

MAFFEI, F. H. A. Varizes dos membros inferiores: epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI, F. H. A. et al. **Doenças vasculares periféricas**. Rio de Janeiro: Medsi, 1995. p. 939-949.

MENDONÇA, R. T. **Representações de mulheres idosas usuárias de um serviço de saúde: relações entre consumo de calmantes, gênero e envelhecimento.** 2004. 170 f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: Uma revision sistemática sobre los factores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 819-832, jul./ago. 2001.

MENEZES, A. M. B.; ACHUTTI, A. Fumo ou saúde/ direitos ou deveres? **J. Pneumologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 9, 2000.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In:\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 9-29.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1998. p. 269.

\_\_\_\_\_. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, out./dez. 1988.

MINAYO, M.C. S.; SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993.

MONTEIRO, C. A.; FREITAS, I. C. M. de. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 8-12, 2000.

MONTEIRO, M. F. de; SOBRAL FILHO, D. C.. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev Bras Med Esporte.**, Niterói, v. 10, n. 6, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922004000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 nov. 2006.

NASCIMENTO, E. R. de; FERREIRA, S. Gênero e Saúde: algumas reflexões. In: REDOR, 4., João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: NEDHIR: Universidade Federal da Paraíba, 1995. p. 30-37.

NICHTER, M. **Anthropology and International Health: South Asian Case Studies.** Dordrecht: Kluwer Publications. 1989.

NITSCHKE, C. A. S. et al. Estudo sobre o uso de medicamentos em quatro bairros de Porto Alegre. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 25, p. 184-189, 1981.

OLIVEIRA, E. R. de. Representações sociais sobre doenças: os magos da ciência e os cientistas da magia. In: BOTAZZO, Sergio Carlos; FREITAS, Fernando Torres. **Ciências Sociais e Saúde Bucal: questões e perspectivas**. São Paulo: EDUSC: UNESP, 1998. p. 43-85.

PAIOLA, L. M.; TOMANIK, E. A. Populações tradicionais, representações sociais e preservação ambiental: um estudo sobre as perspectivas de continuidade da pesca artesanal em uma região ribeirinha do rio Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 1, p. 175-180, 2002.

PARANACIDADE. **Porto Rico**: dados gerais. 2005. Disponível em: <<http://www.paranacidade.org>>. Acesso em: 17 dez. 2005.

PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M L. de. Gênero masculino e saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 80-86, 2006.

PAULO, L. G.; ZANINE, A. C. Automedicação no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 34, p. 69-75, 1988.

PORTER, J. M.; MONETA, L. G. Reporting standards in venous disease: an update. **J. Vasc. Surg.**, St. Louis, v. 21, no. 4, p. 635-645, 1995.

PRETI, D. (Org.). **Análise de textos orais**. 4. ed. São Paulo: Humanistas Publicações FFLCH/USP, 1999. (Projetos Paralelos, v. 1.)

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 272-282, jul./set. 1993.

ROSA, M. C. Processo de ocupação e situação atual. In: VAZZOLER, A. E. A. M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. **A planície de inundação do alto Rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: Eduem, 1997. p. 371-394.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monographs**, [s.l.], v. 2, n. 4, p. 328-35, 1974.

SÁ, L. C. T.; TOMANIK, E. A. Historical Reconstruction of the (Re)Occupation of the Northwestern Paraná: Official Versions and Experienced Situations. In: AGOSTINHO, Angelo Antonio; RODRIGUES, Liliana; GOMES, Luiz Carlos; THOMAZ, Sidinei Magela; MIRANDA, Leandro E. (Org.). **Structure and functioning of the Paraná River and its floodplain**. Maringá: Eduem, 2004. v. 1, p. 259-264.

SANTOS, A. F. de; STUEPP, M. A.; SAUCEDO, T. Vivendo o processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família inseridos num contexto cultural. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 175. jan./abr. 1998.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Rev. Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, M. C. da; FASSA, A. G.; VALLE, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, mar./abr. 2004.

SIMÃO, M. **Hipertensão arterial e fatores de risco associados**: estudo entre universitários da cidade de Lubango – Angola, 2005. Tese (Doutorado)-Escola Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIMÃO, M. O. et al. Mulheres e homens alcoolistas: um estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 121-129, 2002.

SPINK, M. J. P. O estudo empírico das Representações Sociais. In: SPINK, M. J. P. et al (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 85-107.

SPONCHIADO, D.; EIDT, N. M.; TOMNIK, E. A. Representações sócias sobre o trabalho elaboradas pela população economicamente ativa de uma comunidade ribeirinha do rio Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 1, p. 181-188, 2002.

TOMANIK, E. A. et al. A vida na região: dados socioeconômicos do núcleo urbano de Porto Rico. In: VAZZOLER, A. E. A. de M. et al. **A planície de inundação do alto rio Paraná**: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos. Maringá: Eduem, 1997. cap. 3, p. 395-414.

TOMANIK, E. A.; GODOY, A. M. G. Estudos demográficos da planície de inundação do alto rio Paraná. In: AGOSTINHO, A. A.; RODRIGUES, L.; GOMES, L. C.; THOMAZ, S. M.; MIRANDA, L. E. **Structure and functioning of the Paraná River and its Floodplain**. Maringá: Eduem, 2004. p. 253-257.

TRAVASSOS, C.; VIACARA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C.M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.133-149, 2000.



TRINDADE, I. S.; HEINECK, G.; MACHADO, J. R. et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 127-130, ago. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. p. 238.

TURATO, E. R. Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede popular de saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 6 ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2002.

VERBRUGGE, L. M. Sex differentials in health. **Public Health Rep.**, Rockville, v. 97, no. 5, p. 417-437, Sept./Oct. 1982.

VILELA, E. M. **Desmedicalizando o conceito de saúde**. 1996. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

VISCOTT, D. A. **A linguagem dos sentimentos**. São Paulo: Summus, 1982.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde Soc.**, [s.l.], v. 9, p. 127-150, 2000.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO BÁSICO DAS ENTREVISTAS**

**1. Identificação e caracterização**

**1.1. Iniciais**

**1.2. Sexo**

**1.3. Idade**

**1.4. Profissão**

**1.5. Rendimentos**

**1.6. Escolaridade**

**1.7. Composição familiar**

**1.8. Você fuma?**

**1.9. Você bebe?**

**2. Você tem ou teve recentemente algum problema de saúde? qual?**

**3. O que você fez para tentar sarar? deu resultado?**

**4. Você tem medo ou se preocupa com alguma doença? qual? por quê?**

**5. Porque você acha que as pessoas ficam doentes?**

**6. Quando uma pessoa tem saúde?**

**7. O que você acha que uma pessoa pode fazer para não ficar doente?**

**8. Você faz alguma coisa para não ficar doente? o quê?**

**9. Você procura ou usa os serviços de saúde?**

Se sim: quais? quando?

Se não: por quê?

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título da Pesquisa: Gênero e Representações Sociais: estudo sobre os fatores que interferem no cuidado à saúde de homens e mulheres em uma cidade de pequeno porte.**

O presente trabalho, elaborado como dissertação do curso de Pós-graduação em Enfermagem (Mestrado), da Universidade Estadual de Maringá, tem por objetivo: compreender as concepções de saúde e doença, as experiências de doença e hábitos de prevenção e os fatores que interferem no itinerário terapêutico adotado por adultos no município de Porto Rico-PR., e analisar se e como as condições de gênero, de trabalho, as Representações Sociais e a oferta interferem na determinação de atendimento nos serviços de saúde entre homens e mulheres residentes no núcleo urbano do município de Porto Rico.

É necessário realizar entrevistas com os moradores da zona urbana de Porto Rico para delas extrair informações que comporão o *corpus* desta pesquisa. As entrevistas serão realizadas pela aluna pesquisadora, registradas em um questionário e gravadas. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo. Os resultados dessa pesquisa servirão para conhecer a cultura e também as necessidades da população, sendo estes subsídios relevantes para a pesquisa em saúde.

A sua participação dar-se-á por meio da aplicação de um roteiro de entrevista. Tal participação não acarretará qualquer tipo de risco ou desconforto, e suas respostas serão analisadas posteriormente, resguardando as identidades no caso de divulgação científica dos resultados. Este estudo tem caráter totalmente **voluntário**, tendo você a liberdade de recusar a participar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização ou ônus. A pesquisadora compromete-se a prestar todas informações necessárias para seu pleno esclarecimento, agradecendo desde já a sua colaboração.

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e entendidas as informações e esclarecidas todas minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna pesquisadora, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar do mesmo.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura (do pesquisador ou responsável)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações necessárias para o esclarecimento sobre o estudo e decisão voluntária da participação dos indivíduos na pesquisa.

Maria de Fátima Garcia Lopes Merino      Telefone: (44) 3025-1646  
 Rua Saint Hilaire, 2302      Zona 5      Maringá-PR

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar pela pesquisadora ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Vivos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

**ANEXO**

**ANEXO A**  
**PARECER Nº 150/2006**



**Universidade Estadual de Maringá**

**Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação**


Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº 0072.0.093.000-6

PARECER Nº 150/2006

<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Eduardo Augusto Tomanik	
<b>Centro/Departamento:</b> Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Psicologia	
<b>Título do projeto:</b> Gênero, trabalho, representações sociais e oferta: estudo sobre os fatores que interferem na diferença de atendimentos à saúde de homens e mulheres em uma cidade de pequeno porte.	
<p><b>Considerações:</b></p> <p>O projeto de pesquisa tem o objetivo de analisar se as condições de gênero, de trabalho, as representações sociais e a oferta interferem na determinação de atendimento nos serviços de saúde entre homens e mulheres residentes no núcleo urbano do município de Porto Rico. A população sob estudo é composta por moradores residentes na zona urbana do município de Porto Rico, com idade entre 20 e 59 anos de ambos os sexos. Será escolhido para participar da pesquisa um morador por quarteirão da cidade.</p> <p>Trata-se de projeto pendente, de acordo com o Parecer nº 098/2006.</p> <p>Os pesquisadores anexaram ao projeto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assim como o instrumento de coleta das informações. Justificativas a respeito do plano amostral utilizado são apresentadas.</p> <p>Diante do fato acima mencionado, de acordo com a resolução 196/96, o comitê local de ética em pesquisas envolvendo seres humanos aprova a execução do projeto.</p>	
Situação: <b>APROVADO</b>	
CONEP: ( x ) para registro ( ) para análise e parecer      Data: 09/06/2006	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 26/01/2007	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 117ª reunião do COPEP em 09/06/2006.</p>	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP