

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

LUJÁCIA FELIPES

CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO
ENVOLVENDO USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA

MARINGÁ

2006

LUJÁCIA FELIPES

**CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO
ENVOLVENDO USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik

MARINGÁ

2006

LUJÁCIA FELIPES

**CONCEPÇÕES SOBRE A SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO
ENVOLVENDO USUÁRIAS DE UMA UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Aprovada em 24 de novembro de 2006

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias

Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes

Aos meus pais, pelo incondicional amor que recebi, apoio nos mais variados momentos e incentivo para realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por concluir mais uma etapa na minha vida.

Agradeço ao meu querido irmão Jair sempre companheiro.

Às minhas queridas Amigas: Jaciane Klassmann, Maria de Fátima Merino, Ângela Zoletti, Cremilde Radovanovic, Graciana Grespan e Bruna Pusch que, de uma maneira ou outra, sempre me ajudaram, me apoiaram e estiveram presentes em todos os momentos do meu mestrado. A Silvia de Paula, coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade Paranaense, por deixar que eu realizasse meu sonho e principalmente, por acreditar em mim.

Agradeço ao meu orientador e amigo, professor Tomanik, pela orientação na elaboração deste trabalho. Por ter despertado em mim, uma profunda admiração pela Ciência. Pelo constante incentivo, sempre indicando a direção a ser tomada nos momentos de maior dificuldade, que não foram poucos... e por ter carregado “a Cruz” sem ter deixado-a cair.

A querida a amiga e professora Maria Angélica pelas “orientações de Enfermagem”, e principalmente pelo ombro amigo.

A todos os professores, funcionários e alunos do Mestrado de Enfermagem, em especial ao secretário Marco Aurélio, e todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação, dando-me força, incentivo e principalmente, acreditando em mim e na conclusão deste trabalho.

E, especialmente aos meus pais, por tudo dito e não dito e simplesmente pelo amor oferecido, que nunca me faltou, e que é responsável por tudo que tenho, e hoje sou.

“Outras Frequências

Seria mais fácil fazer como todo mundo faz
O caminho mais curto, produto que rende mais
Seria mais fácil fazer como todo mundo faz
Um tiro certo, modelo que vende mais

Mas nós dançamos no silêncio
Choramos no carnaval
Não vemos graça nas gracinhas da tv
Morremos de rir no horário eleitoral

Seria mais fácil fazer como todo mundo faz
Sem sair do sofá, deixar a ferrari pra trás
Seria mais fácil, como todo mundo faz
O milésimo gol sentado na mesa de um bar

Mas nós vibramos em outra frequência
Sabemos que não é bem assim
Se fosse fácil achar o caminho das pedras
Tantas pedras no caminho não seria ruim”
(Engenheiros do Hawaii).

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

RESUMO

A bacia do rio Paraná é uma das mais importantes do Brasil e merece ser estudada não só pelos seus aspectos físicos e biológicos, mas também pela especial atenção à sua população. Em função a sua importância, vários estudos vêm sendo realizados neste local, servindo de dados e subsídios para o desenvolvimento do presente trabalho. Foi realizado um estudo no município de Porto Rico, localizado na região noroeste do estado do Paraná, às margens do rio Paraná. Este estudo tem como objetivo conhecer e compreender as concepções sobre o processo saúde-doença que norteiam ações dos profissionais e usuárias dos serviços de saúde, inseridos na Unidade do Programa Saúde da Família de Porto Rico. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. O estudo foi desenvolvido em três partes. Na primeira, realizou-se um estudo sobre os motivos de consultas médicas da UPSF de Porto Rico, sendo coletado dados referentes aos atendimentos referente aos meses de maio, junho, julho e agosto de 2004. Na segunda parte, foram realizadas observações, a partir do acompanhamento presencial das rotinas (atividades na unidade e visitas domiciliares aos moradores da região estudada) e conversas com os profissionais. Na terceira parte, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais, para procurar compreender as concepções compartilhadas sobre saúde e doença pelas usuárias que mais freqüentavam a Unidade do Programa Saúde da Família de Porto Rico. Para a análise dos dados, utilizou-se o referencial teórico da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados mostram que tanto a presença da doença, quanto às dificuldades para a sua cura, são vistas como normais e quase que inevitáveis. Apesar da busca por novos avanços na compreensão da saúde e da doença, numa concepção que leve em consideração o ser humano, em seus aspectos bio-psico-sociais e cognitivos, a visão dos profissionais da Unidade e dos usuários ainda está centrada essencialmente na identificação e no tratamento das doenças. Prática embasada no modelo biologicista. Com os dados colhidos, concluiu-se que, tanto os profissionais, como os usuários da Unidade do Programa Saúde da Família, dedicam-se principalmente à cura das doenças já manifestadas, ao invés da prevenção ou à promoção da saúde.

Palavras-chaves: Processo saúde-doença. Saúde da família. Representações sociais.

FELIPES, Lujácia. **Conceptions about health and disease: a study case involving users of a Family Health Program unit.** 2006. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

ABSTRACT

The Paraná River basin is one of the most important of Brazil and deserves to be studied not only by its physical and biological aspects but, also by the special attention to the population. Many studies have been performed in this place due to its importance, thus used as basis and subsidy to the development of this present paper. A study was performed in Porto Rico Municipality located in the Northwest region of Paraná State on the boards of Paraná River. This study aims to know and understand the conceptions about the health-disease process that are involved in the actions of the professionals and users of the health System of the Family Health Program Unit of Porto Rico. It is an exploratory descriptive study based on the Social Representations Theory. The study was performed in three parts. In the first was performed a study about reasons of medical of the FHPU of Porto Rico with data collected in may, June, July and August of 2004. In the second part observations were made from the present routine following (activities in the unit and visits to the houses of the region dwellers) and talk with the professionals. In the third part the Social Representations Theory was used to try to understand the shared conceptions about health and disease by the users that most attended the unit of Porto Rico. Bardin theoretical reference of content analysis was used to analyze the data. The results show that both the presence of the disease and the difficulties for its cure are seen as normal and almost inevitable. Despite the search for new advances in the comprehension of health and disease in a conception that takes into consideration the human being, with his bio – physic – social and cognitive aspects, the professional view of the Unit and the users are still centered essentially in the identification and treatment of the Disease. It is a practice based on the Biologicist model. It was summarized, with the data collected, that both the professionals and the users of the Family Health program Unit devote mainly to the cure of the diseases that have already shown instead of preventing or promoting Health.

Key words: Disease and health process. Family health. Social representations.

FELIPES, Lujácia. **Concepciones sobre la salud y enfermedad: un estudio envolviendo usuarias de una unidad de Programa Salud en la Familia.** 2006. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2006.

RESUMEN

La cuenca del Rio Paraná, es una de las más importantes del Brasil y merece ser estudiada no solo por sus aspectos físicos y biológicos, pero también por la especial atención a su población. En función de su importância, vários estudios están siendo realizados en este local, sirviendo de datos y subsídios para el desarrollo del presente trabajo. Fue realizado un estudio en el município de Porto Rico, ubicado en la región noroeste del estado del Paraná, a orillas del Rio Paraná. Este estudio tiene como objetivo conocer y comprender las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad que orientan acciones de los profesionales y usuarias de los servicios de salud, inseridos en la Unidad del Programa Salud de la Familia de Porto Rico. Tratase de un estudio descriptivo explotado, fundamentado en la Teoria de las representaciones sociales. El estudio fue desarrollado en três partes. En la primera, se realizó un estudio sobre las razones de consultaciones médicas la UPSF de Porto Rico, siendo recogido datos referentes a los meses de mayo, junio, julio y agosto de 2004. En la segunda parte, fueran realizadas observaciones, a partir del acompañamiento presencial de las rutinas (actividad en la unidad y visitas domiciliarias a los moradores de la región estudiada) y conversas con los profesionales. En la Tercera parte, se utilizó la teoria de las representaciones sociales, para procurar comprender las concepciones compartilladas sobre salud de la familia de Porto Rico. Para la analisis de los datos, se utilizó el referencial teórico de la análise del contenido de Baralin. Los resultados muestran que tanto la presencia de enfermedad, cuanto a las dificultades para su cura, son vistas como normales y casi que inevitables. A pesar de la búsqueda por nuevos avances en la comprensión de salud y de la enfermedad, en una concepción que lleve en consideración el ser humano en sus aspectos bio-psico-sociales y cognitivos, la visión de los profesionales de la unidad y de los usuários todavía está centralizada esencialmente en la identificación y en el tratamiento de las enfermedades. Práctica embasada en el modelo biologicista. Con los datos recogidos, se concluyó que tanto los profesionales, como los usuários de la Unidad del Programa Salud de la Familia, se dedican principalmente a cura de las enfermedades ya manifestadas, al invés de la prevención o a la promoción de la salud.

Palabras-llaves: Proceso salud-enfermedad. Salud de la familia. Representaciones sociales.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO: OS PONTOS DE PARTIDA	12
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	OBJETIVOS	18
2	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	19
2.1	OS CONCEITOS E AS PRÁTICAS NOS UNIVERSOS REIFICADOS	19
2.1.1	Mudanças de paradigmas e o atendimento à saúde no Brasil: o Programa Saúde da Família	24
2.2	OS CONCEITOS E AS PRÁTICAS NOS UNIVERSOS CONSENSUAIS	28
2.2.1	A saúde e as representações sociais	34
3	ANTECEDENTES E DETALHAMENTO DO PROCESSO DE PESQUISA	36
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
3.1.1	Primeiro conjunto de ações	36
3.1.2	Segundo conjunto de ações	37
3.1.3	Terceiro conjunto de ações	38
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL	40
3.3	UM POUCO DA HISTÓRIA E DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO	41
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	44
3.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS	44
4	ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA UNIDADE DO PSF NA CIDADE DE PORTO RICO-PARANÁ	45
5	AS CONCEPÇÕES DO SISTEMA OFICIAL	53
6	AS CONCEPÇÕES DO GRUPO DE USUÁRIOS	58
6.1	CONCEPÇÕES SOBRE AS DOENÇAS	58
6.2	A IDENTIFICAÇÃO DOS ESTADOS DE DOENÇA	60
6.3	CAUSAS ATRIBUÍDAS ÀS DOENÇAS	62
6.4	AÇÕES PREVENTIVAS	64
6.5	AÇÕES CURATIVAS	66
6.6	RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	67
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM USUÁRIAS	69

8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICES	84
	ANEXOS	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da frequência de procura por atendimento médico, na UPSF, Porto Rico-Pr, maio a agosto 2004	46
Tabela 2	Distribuição dos motivos de consulta segundo as faixas etárias dos usuários da UPSF, Porto Rico-Pr, maio a agosto, 2004	47
Tabela 3	Distribuição de consultas no sexo feminino, faixa etária e diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10)	49
Tabela 4	Distribuição de consultas no sexo masculino, faixa etária e diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10)	50

1 INTRODUÇÃO: OS PONTOS DE PARTIDA

Um dos pontos de partida, de cunho pessoal deste trabalho, foram minhas experiências como aluna do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá e, especialmente, como participante de um Projeto de Extensão, denominado *Promovendo a Vida*, realizado na Vila Esperança, um bairro da mesma cidade.

Este Projeto tinha características multidisciplinares e visava atuar frente às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidade. Faziam parte de nossas atividades no Projeto, tanto o atendimento curativo e medicamentoso quanto as tentativas de promoção de saúde e de orientação para a prevenção de doenças. Estas últimas atividades incluíam, por exemplo, palestras, realização de atividades físicas dirigidas, orientações para mudança de hábitos alimentares e de higiene.

Participei deste Projeto durante todo o período da Graduação. No decorrer da sua execução, enfrentamos situações inesperadas e dificuldades, trazidas, por exemplo, pela pouca adesão da comunidade (e de algumas pessoas em especial), aos processos de mudanças de comportamentos que propúnhamos, com o objetivo de promoção da melhoria da qualidade de vida deles próprios.

Situações como estas, despertavam dúvidas e indagações, que surgiam, não apenas para mim, mas também nos vários colegas em atividade no projeto. Afinal, nossa atuação diante dos problemas orgânicos podia obedecer a modelos mais ou menos previsíveis, mas como atuar de forma a promover os tão desejados níveis de bem-estar mental e social? Como cuidar deles? Como agir?

Por mais que as formas de atuação, de cuidar e de agir fossem abordadas em sala de aula, no contato com a realidade as respostas que dispúnhamos sempre pareciam insuficientes.

Outras vezes, no lugar de dúvidas, nos sentíamos inconformados: afinal, por que as pessoas agiam de forma tão pouco adequada, se comparado ao conhecimento sobre prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde que havíamos aprendido na graduação? Ou por que, mesmo depois de muito esforço nosso, as pessoas não passavam a agir da forma como deveriam (ou que nós pensávamos que deveriam)?

Aos poucos, foi ficando clara a idéia de que os processos de busca, manutenção ou promoção da saúde, envolviam grupos diferentes de atores e que cada um destes grupos parecia perceber a realidade de uma forma diferente. Nosso saber, portanto, não era o único, nem deveria ser imposto como tal.

Exemplificando esse cenário, pudemos perceber que para os professores e estudantes a qualidade de saúde decorria de uma série de fatores do cotidiano do indivíduo, como alimentação, lazer, atividade física, higiene, dentre tantos outros.

Já para as pessoas que atendíamos, a qualidade da saúde era entendida essencialmente como a ausência de sinais e sintomas de doenças. Ainda que eles tivessem informações de que a adoção de alguns hábitos como o controle do peso e a redução da ingesta de gorduras preveniam doenças, nem sempre agiam de forma coerente com estes conhecimentos.

Muito do que, para nós, era cientificamente correto, por exemplo, a realização de atividade física regular e moderada e a existência de períodos de lazer. No entanto, esta nem sempre era aceita como boa ou desejável pela população que atendíamos ou pretendíamos atender. Como isto podia acontecer? O que fazer diante disto?

Após a conclusão do curso de Graduação, ingressei, ao mesmo tempo, em duas atividades diferentes: o Curso de Mestrado e a vida profissional. Estas duas atividades viriam a convergir, logo em seguida.

Durante alguns meses, atuei em uma Unidade do Programa Saúde da Família em Paíçandu, Paraná. Ali, pude perceber com mais intensidade a presença de um outro grupo de atores: os administradores dos serviços de saúde.

Por várias vezes, as decisões tomadas por eles me pareciam pouco voltadas para os objetivos que havíamos aprendido a buscar na Universidade, visto que enfatizavam muito mais os aspectos quantitativos da atuação dos profissionais de saúde, como o número de atendimentos, curativos e exames, em detrimento, muitas vezes, da qualidade da assistência e da educação em saúde.

Esta me pareceu uma outra forma de perceber a mesma realidade. Por isto, compreender ou, ao menos, buscar compreender, estes diferentes “olhares”, cada vez mais, me parecia um desafio que deveria ser enfrentado.

Por tudo isto, a oportunidade surgida após o ingresso no Mestrado, de estudar os diferentes universos de pensamentos, me pareceu um caminho proveitoso e interessante. Afinal, aprendemos na Graduação que o diagnóstico é determinante para a ação, ou seja, é preciso conhecer o melhor possível uma realidade, antes de atuar frente a ela. Este pode ser considerado um segundo ponto de partida, o teórico.

Com base no estudo sobre os universos de pensamentos, vimos que o ser humano tem a capacidade de observar, sentir, questionar e interpretar dados, fatos e acontecimentos.

A partir destas operações, o ser humano torna-se sujeito, pois ele cria sua própria

história, com base em suas percepções do mundo. Tudo isso só é possível se podemos registrar em nossa memória o que conhecemos.

Segundo Rúdio (1981, p. 19)

[...] toda experiência, externa ou interna, deixa em nós um *signal* do que aconteceu, denominado *idéia* ou *conceito*. Estes dois termos, sinônimos, indicam a forma mais simples do pensamento e pela qual *conhecemos* as coisas e estas ficam *representadas* em nossa mente (Grifo do autor).

Ou seja, o ser humano elabora e transforma os conceitos e estes são formados ou aprendidos no decorrer do seu desenvolvimento, através da educação formal ou de maneira informal e acidental e ficam, em boa parte, armazenados na memória.

Ocorre que os conceitos não são utilizados ou considerados isoladamente. Eles fazem parte de redes onde são combinados a partir da similaridade dos objetos e fatos conhecidos. Com essa capacidade de formação e caracterização, o ser humano cria representações mentais de objetos, acontecimentos e pessoas (LOMÔNACO et al., 2001).

Para Lomônaco et al. (2001) cada conceito constitui uma representação mental que possibilita aos indivíduos e grupos humanos reduzirem a complexidade do seu ambiente. Assim, se tivéssemos que responder individualmente, por exemplo, a todas as árvores com as quais entramos em contato no decorrer de nossa vida, teríamos de criar milhares de representações mentais – uma para cada árvore vista – e também memorizar milhares de rótulos ou nomes para cada uma de nossas representações.

Para Tomanik (2004), um conceito reúne toda uma série de informações sobre o objeto, como suas características, funções, restrições de uso, etc. Assim, se a cada vez que nos referíssemos a um objeto, tivéssemos que apresentar tudo o que conhecemos dele, cada mínima conversa se tornaria um processo longo e quase que interminável. Por isso, tendemos a sintetizar todos os conjuntos de informações que compõem um conceito em uma palavra ou em um pequeno grupo delas.

Após esta operação, ainda de acordo com Tomanik (2004, p. 119) cada palavra se transforma em “[...] uma espécie de forma taquigráfica, resumida, de exprimir toda uma série de impressões e informações sobre um objeto ou processo qualquer”.

Os graus de precisão e de detalhamento dos conceitos nem sempre são os mesmos. Assim, na chamada linguagem popular, que é a linguagem do nosso dia a dia e utilizada em nossas conversas, os conceitos empregados englobam, normalmente, significados amplos e variáveis.

Nela, muitas vezes uma mesma palavra pode ser utilizada como referência a vários

objetos e acontecimentos diferentes (TOMANIK, 2004). Um exemplo dessa variação pode ser dado pela utilização da palavra *manga*, que tanto pode caracterizar uma fruta, como uma parte de uma roupa.

Em nossa vida cotidiana, os conceitos têm origem, normalmente, nas experiências vividas e são repletos de significados afetivos. Assim, por apresentarem significados pessoais, os conceitos de linguagem popular podem variar de uma pessoa para outra e, especialmente, de um grupo para outro. Já nas formas de linguagem típica das ciências, estas características de afetividade e de variação são tidas como pouco aceitáveis.

Por isto, boa parte dos esforços empreendidos pelos cientistas busca tornar os conceitos utilizados por eles cada vez mais claros, bem definidos e capazes de refletir os fenômenos que tentam descrever, para que não sejam interpretados de diferentes formas (TOMANIK, 2004).

Com base em diferenciações como estas, Moscovici¹ (1981 apud SÁ, 1993, p. 28), considera “[...] coexistirem nas sociedades contemporâneas duas classes distintas de universos de pensamentos: os *universos consensuais* e os *universos reificados*”.

Os universos consensuais de pensamentos são aqueles constituídos através das conversações livres e espontâneas e a partir das vivências cotidianas de todas as pessoas.

Neles,

[...] a sociedade se vê como um grupo feito de indivíduos que são de igual valor e irredutíveis. Nessa perspectiva, cada indivíduo é livre para se comportar como um ‘amador’ e um ‘observador curioso’, [...] que manifesta suas opiniões, apresenta suas teorias e tem uma resposta para todos os problemas. [A Arte da conversação] cria gradualmente núcleos de estabilidade e maneiras habituais de fazer coisas, uma comunidade de significados entre aqueles que participam dela (MOSCOVICI, 1981 apud SÁ, 1993, p. 29).

Já, nos universos reificados,

[...] é que se produzem e circulam as ciências e o pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico e metodológico, sua teorização abstrata, sua compartimentalização em especialidades e sua estratificação hierárquica (SÁ, 1993, p. 28).

Ao contrário do que ocorre nos processos típicos dos universos consensuais,

[...] nos universos reificados, a sociedade se vê como um sistema com

¹ MOSCOVICI, S. On Social Representation. In. FORGAS, J. P. (Ed.). **Social cognition**: perspectives on everyday understanding. Londres: Academic Press, 1981.

diferentes papéis e categorias, cujos ocupantes não são igualmente autorizados para representá-la e falar em seu nome. O grau de participação é determinado exclusivamente pelo nível de qualificação. [...] Há um comportamento próprio para cada circunstância, um estilo adequado para fazer afirmações em cada ocasião e, claro, informações adequadas para determinados contextos (MOSCOVICI, 1981, p. 186-187 apud SÁ, 1993, p. 29).

Isto nos abria largas possibilidades para tentarmos compreender as diferenças (e mesmo as semelhanças) entre as formas de pensar e, especialmente, de agir, propostas pelas ciências e as adotadas pelas pessoas e grupos que nos dispúnhamos a atender.

O terceiro ponto de partida, prático, foi constituído pelo fato de que a cidade de Porto Rico, no Estado do Paraná, por ser a mais próxima de uma importante área ecológica, que engloba o último trecho ainda não represado do rio Paraná em território brasileiro e extensas planícies inundáveis, vem sendo alvo de constantes estudos, realizados especialmente por grupos de pesquisadores ligados à Universidade Estadual de Maringá.

Esses estudos têm englobado, desde aspectos climáticos, geomorfológicos e biológicos até alguns processos psicossociais vividos pelas populações humanas da região.

Passando a participar de uma destas equipes de pesquisa, o Grupo de Estudos Socioambientais da Universidade Estadual de Maringá (GESA/UEM), coordenado pelo orientador de minha Dissertação, procurei somar o meu trabalho ao que os participantes do Grupo já vinha realizando.

Assim, além do aprofundamento dos estudos sobre os Paradigmas Científicos e as Representações Sociais, que compunham as bases teóricas desta pesquisa, nos propomos a conhecer e, especialmente, a compreender as concepções sobre a saúde e a doença, que estariam permeando as ações empreendidas pelos representantes do sistema oficial de saúde no município e por um segmento de usuários deste sistema.

Como os conceitos, e as concepções mais amplas, mantêm relações estreitas com as condições concretas que procuramos refletir, nosso trabalho foi desenvolvido ao longo de dois eixos temáticos, cada um deles envolvendo a) um conjunto de considerações teóricas; b) um nível de investigação bibliográfica, de cunho mais amplo e destinado a caracterizar o contexto, dentro do qual cada um dos grupos empreendia suas ações ou evidenciava suas concepções e; c) um nível de investigação direta, voltado para a obtenção das informações que nos permitissem conhecer e compreender as concepções de cada um dos grupos.

Um dos eixos, focado nos Universos Reificados de pensamentos, compreendeu, a) o estudo dos Paradigmas Científicos e dos reflexos dos mesmos, nas definições e práticas das chamadas Ciências da Saúde, b) a descrição do surgimento e das propostas de ação do

Programa Saúde da Família (PSF), como sendo parte do qual atuam os agentes oficiais da Unidade que foi estudada e c) o levantamento e análise das ações empreendidas profissionalmente por estes agentes. A partir destas análises foram deduzidas as concepções que sustentam estas práticas.

O outro eixo, focado nos Universos Consensuais, incluiu, a) o estudo da Teoria das Representações Sociais, b) o levantamento de informações sobre a história, as condições ambientais, de vida e de trabalho da população do Porto Rico e c) a obtenção, tratamento e análise de depoimentos sobre os processos de saúde-doença apresentados por algumas cuidadoras, que haviam procurado com maior frequência, durante o período do estudo, aquela Unidade de Saúde. A partir destes depoimentos, procuramos descrever as Representações compartilhadas por elas, sobre aqueles processos.

Um estudo sobre as características do atendimento ambulatorial daquela população também foi realizado, e serviu como parte das informações do segundo nível, para ambos os eixos.

Na parte final, procuramos unir todas estas informações, numa tentativa de síntese que permitisse aumentar a compreensão (nossa e dos que se dispuserem a ler o texto) sobre como esses dois eixos interagem e sobre a complexidade dos processos de busca da saúde ou de enfrentamento das doenças.

1.1 JUSTIFICATIVA

Com base no que foi arrolado anteriormente e nos resultados do estudo de Bercini (2003), trabalho pioneiro na região, que mostrou como as Representações Sociais compartilhadas pelas esposas dos pescadores profissionais, retratavam a saúde-doença como um processo multidimensional, no qual se mesclavam tanto elementos típicos de sua cultura como população tradicional (elementos místicos e religiosos), quanto outros, bem mais próximos aos universos reificados de conhecimento. Bem como, pela aproximação aos saberes científicos, que não as impedia – e, ao contrário, as incentivava – a alimentar pensamentos e comportamentos fatalistas sobre o surgimento de doenças e de dependência em relação aos serviços oficiais, nos impulsionou a buscar novos conhecimentos acerca da população da região.

Neste sentido, dando continuidade ao trabalho de Bercini (2003) e visando contribuir

com os objetivos que vêm norteando a atuação do NUPELIA, do GEMA e, mais especificamente do GESA, na região, o presente processo de pesquisa representou uma tentativa de centralização das informações sobre as doenças predominantes no município de Porto Rico e ampliação dos conhecimentos sobre as concepções e as práticas relacionadas à manutenção, recuperação ou obtenção de condições de saúde, compartilhadas e adotadas por outros segmentos da população local.

1.2 OBJETIVOS

De forma geral, estabelecemos como nosso objetivo, conhecer e compreender 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) de Porto Rico.

Especificamente, pretendemos:

- Levantar dados sobre as doenças que incidiam com maior frequência sobre os habitantes daquela localidade;
- Identificar as concepções sobre a os processos de saúde-doença que norteavam as ações empreendidas pelos profissionais da área da saúde que ali atuavam de forma permanente;
- Levantar e compreender as concepções sobre os processos de saúde e doença manifestadas por aquelas pessoas, cujo comparecimento a UPSF, tivesse sido o mais frequente no período imediatamente anterior à realização da pesquisa.
- Analisar os pontos de convergência, divergência e de complementaridade entre estes três conjuntos de informação.

Nossa expectativa é a de que esta compreensão constitua, por sua vez, um novo ponto de partida.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Neste capítulo serão apresentados os fundamentais teóricos utilizados no desenvolvimento desse estudo. Iniciaremos com os conceitos e as práticas nos universos reificados e posteriormente apresentaremos os conceitos e a prática nos universos consensuais.

2.1 OS CONCEITOS E AS PRÁTICAS NOS UNIVERSOS REIFICADOS

Segundo Kuhn (1998), os conceitos desenvolvidos e utilizados por cientistas obedecem a modelos teóricos pré-estabelecidos, chamados de Paradigmas. O mesmo autor (1987, p. 13) define paradigmas como sendo “[...] as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”.

Um Paradigma científico, é um conjunto de formulações previamente estabelecidas sobre o que é o objeto a ser estudado, e sobre quais são as características importantes a serem pesquisadas nele. Esses pressupostos, orientarão toda a atividade dos grupos que estudam aquele objeto, uma vez que, além de delimitarem o objeto de estudo, servem como indicadores dos problemas que precisam ser investigados e dos métodos e procedimentos que devem ser adotados para estas investigações.

Tomanik (1993, p. 80), analisando a visão de Kuhn, afirma que, além de orientar toda a atividade científica, a utilização de um paradigma

[...] libera o cientista das discussões sobre estes pressupostos, permitindo que ele inicie suas investigações de um ponto à frente daquelas discussões, ou que dê continuidade ao trabalho de outros colegas que se basearam nos mesmos princípios.

Segundo Kuhn (1998, p. 60), com a adoção de um paradigma, os cientistas restringem seu campo de atuação

[...] uma comunidade, ao adquirir um paradigma, adquire igualmente um critério para a escolha de problemas que, enquanto o paradigma for aceito, poderemos considerar como dotados de uma solução possível. Numa larga

medida, esses são os únicos problemas que a comunidade admitirá como científicos ou encorajará seus membros a resolver.

O paradigma, além de estabelecer critérios de escolha dos problemas a serem investigados, deve assegurar as soluções desses problemas. Porém, de acordo com Kuhn (1998, p. 24),

[...] algumas vezes um problema comum, que deveria ser resolvido por meio de procedimentos conhecidos, resiste ao ataque violento e reiterado dos membros mais hábeis do grupo em cuja área de competência ele ocorre.

Outras vezes,

[...] um segmento da comunidade científica entende que o paradigma adotado é incapaz de explicar um aspecto da natureza considerado importante. Essa consciência do fracasso é um pré-requisito para a instauração de uma situação de crise. Generalizando-se essa consciência surgem paradigmas alternativos em competição, objetivando cada um deles a reorganização da ciência nos seus termos (SANTOS, 1979, p. 61).

Instalada a crise, se continuarem surgindo problemas não resolvidos por meio das regras e procedimentos definidos pelo paradigma anterior e, especialmente, se um dos novos paradigmas revela-se especialmente produtivo, este termina por substituir o antigo. Para Kuhn (1998) este processo de substituição de paradigmas caracteriza uma revolução científica.

Segundo o mesmo autor, após uma revolução, o novo paradigma não traz consigo apenas um aperfeiçoamento do antigo, mas implica em uma superação dele e na substituição de seus métodos e aplicações.

Para Santos (1979), o novo paradigma deve ser capaz de oferecer respostas a problemas conhecidos e que não puderam ser resolvidos de outra maneira pela ciência e também àqueles aos quais já havia soluções disponíveis, com base no paradigma anterior.

A maioria dos paradigmas, adotados pelos grupos de cientistas atuais, são embasados na filosofia positivista (VILELA, 1996). Esta vertente de pensamento filosófico, enfatiza principalmente a razão e a preocupação com as relações entre os seres humanos e a natureza, substituindo a antiga visão medieval, denominada Teocentrismo, que enfatizava as relações entre Deus e a humanidade, a partir da qual, os fenômenos e os acontecimentos eram explicados pela fé (TOMANIK, 1993).

Com o Positivismo, o ser humano pôde superar uma concepção que o colocava como totalmente dependente das vontades divinas, passando a valorizar sua própria capacidade de conhecer e transformar a realidade (PEREIRA; GIOIA, 1988).

A filosofia positivista, apresenta como características de raciocínio, entre outras, o mecanicismo e o reducionismo. Através da primeira, a estrutura e o funcionamento dos organismos vivos são comparados aos de uma máquina. A segunda consiste na proposição de que objetos, fenômenos e significados complexos podem ser sempre reduzidos às suas partes constituintes mais simples, para melhor serem conhecidos (BERCINI, 2003).

As chamadas Ciências da Saúde, vêm sendo também *influenciadas* pelas propostas positivistas. Para Capra (1982), a partir da concepção mecanicista, típica do Positivismo, o corpo humano passou a ser considerado como uma máquina, cujo bom funcionamento depende principalmente do funcionamento adequado de cada uma de suas peças, ou componentes. De forma coerente, a doença passou a ser vista como um mau funcionamento de alguma parte do mecanismo biológico, sendo papel dos profissionais da saúde consertar o defeito do componente danificado.

Segundo Capra (1982), estudiosos da saúde constataram, por um lado, que o ser humano é não apenas um organismo, mas um ser complexo, e não souberam o que fazer diante dessa complexidade. Por outro lado, adotaram a concepção de que os seres humanos seriam melhor estudados, a partir do conhecimento de suas partes componentes. Com isto, cada grupo de pesquisadores pode concentrar-se em uma parte específica do ser humano e as ciências da saúde tornaram-se cada vez mais subdivididas em especialidades.

Ainda de acordo com o mesmo autor, isto possibilitou a elaboração de um rol extremamente grande de conhecimentos, o desenvolvimento de práticas e formas de intervenções complexas e eficientes. Porém, ao mesmo tempo, e graças ao mesmo reducionismo, os profissionais de saúde perderam a capacidade de ver o paciente como ser humano e completo.

Essa prática reducionista pode ser observada no modelo ainda adotado atualmente pela maioria dos profissionais da saúde, o chamado modelo biomédico. Este modelo destaca a saúde e a doença, como fenômenos apenas biológicos, sendo a função da ciência somente eliminar a doença, sem levar em consideração aspectos como as condições de vida das populações atendidas (MINAYO, 1999).

Para Traverso-Yépez (2001), apesar dos aspectos sociais e ambientais serem influenciadores quanto à origem, manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer, o modelo atual do sistema de saúde, e o entendimento acerca da doença, não os levam em consideração ou atuam pouco sobre eles.

Considerando os aspectos sociais e ambientais, os profissionais podem conhecer as condições em que vivem e que levaram pacientes a ficarem doentes e, a partir do

conhecimento destas condições, elaborar e apresentar propostas e formas de ação para a manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, adequadas a cada paciente.

Para Traverso-Yépes (2001) nas últimas décadas, nos países em desenvolvimento, houve uma mudança no perfil epidemiológico, visto que aumentaram as doenças crônicas, como o câncer, diabetes e hipertensão, e diminuíram as doenças infecciosas. Essa diminuição ocorreu devido à utilização de medidas preventivas e promocionais.

Porém, para a diminuição das doenças crônicas também são necessárias medidas de prevenção e promoção. Para Queiroz (1986, p. 312), as doenças crônicas não são tratáveis apenas pela intervenção tecnológica, como medicações e cirurgias. “Muitos autores têm considerado não só essas doenças, mas também as infecciosas como de múltipla causalidade, na qual o corpo, mente e meio ambiente [...] interagem para produzir a doença ou curá-la”.

Segundo Dubos² (1986 apud QUEIROZ, 1986, p. 312),

o ser humano traz com ele a maior parte dos germes causadores de grande parte das doenças a maior parte do tempo. Essas doenças, no entanto, só se manifestam quando a resistência a elas diminui ou quando a suscetibilidade a elas aumenta, o que remete necessariamente às condições sociais que as propiciam.

Diante desta complexa interação de fatores, segundo Capra (1982, p. 98),

os médicos acham-se hoje incapazes de entender, ou de curar, muitas das mais importantes doenças atuais. Há um consenso crescente entre eles de que muitos dos problemas com que nosso sistema médico se defronta provêm do modelo reducionista do organismo humano em que esse sistema se baseia.

Ciente de fatores como estes, alguns profissionais da área da saúde já reconhecem a necessidade de novos avanços na compreensão da saúde e da doença, buscando avaliar não apenas os aspectos físicos, mas também os aspectos emocionais, sociais, econômicos e cognitivos das pessoas que atendem.

Essa mudança, pode ser observada também na busca por melhorias no atendimento, já que muitos profissionais de saúde procuram atender seus pacientes conforme as necessidades individuais destes.

Têm sido freqüentes os estudos, sobre formas mais integrais de cuidados com a saúde (WALDOW, 2004) e a implantação desse tipo de atenção, já pode ser observada em programas nacionais de atendimento (BRASIL, 2006).

² DUBOS, R. J. **Man Adapting**. New Haven: Yale University Press, 1965.

Capra (1982) propõe, para as ciências da saúde, um novo paradigma e novos conceitos que ultrapassem a concepção atual. Nesse novo paradigma o ser humano não pode ser reduzido às suas partes, ele deve ser visto em sua totalidade, ou seja, a partir de uma visão holística.

O mesmo autor afirma ainda, que para novos avanços e para uma compreensão mais ampla do ser humano, não é necessário abandonar o pensamento positivista, já que este, em suas especialidades, trouxe muitos avanços na área da saúde, mas sim procurar integrar esse conhecimento a vários outros.

Segundo Capra (1982, p. 14), a adoção deste novo paradigma implica em

[...] uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental em nossos pensamentos, percepções e valores. Os primórdios dessa mudança, da transferência da concepção mecanicista para a holística da realidade, já são visíveis em todos os campos [...].

Com base nesse novo paradigma, Capra (1982, p. 233) propõe uma redefinição de saúde. Não como a ausência de doença, mas como “[...] uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social”.

De forma coerente com essa nova definição, Minayo (1999, p.15) considera que

a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significado. Pois, saúde e doença exprimem, agora e sempre, uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total.

As propostas de mudanças de paradigmas, vêm se refletindo na produção das práticas de atenção à saúde pública, as quais, no Brasil, têm como modelo norteador o Sistema Único de Saúde – SUS, em especial, pelos seus princípios e sua forma de gestão.

2.1.1 Mudanças de paradigmas e o atendimento à saúde no Brasil: o Programa Saúde da Família

De acordo com Costa (2002), após as duas grandes guerras mundiais, os países mais poderosos, econômica e militarmente, desencadearam um processo acelerado de integração dos mercados financeiros e comerciais, que resultou numa espécie de mundialização da economia. Este processo, denominado globalização, visava e visa, efetivamente, a captação de capital pelos países centrais, em especial, os Estados Unidos da América, em detrimento dos países periféricos.

O mesmo autor afirma ainda, que o processo de globalização camuflou os seus reais objetivos de tal forma que a população, que se apresentava revoltada frente às condições insatisfatórias de vida, causadas por fatores como pobreza, atentados terroristas, conflitos por territórios e poder, incorporou a idéia da globalização como recurso para a superação daqueles fatores e a promoção de novas formas de relações humanas, pautadas na ética e na justiça social. Assim, reivindicações por melhoras nas condições de vida e nas formas de relações, passaram a ocorrer paralelamente e em conjunto com as discussões sobre a ampliação da produção industrial e dos mercados consumidores.

Segundo Buss (2000), eventos como a Carta de Ottawa, a Conferência de Alma Ata, o Julgamento de Nüremberg e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, evidenciam aquela junção de interesses.

No Brasil, com o advento da globalização, as manifestações por melhores condições de vida e igualdade social foram intensificadas. Especificamente na área da saúde, a Reforma Sanitária expressou a mobilização da comunidade reivindicando melhor assistência à saúde (PAIM, 2003).

Neste cenário, consolidou-se a VIII Constituição Brasileira, de 1988, que teve como enfoque o direito à vida e à cidadania, inserido no ideal de redemocratização do país, dado pelos contextos político, econômico e social vigentes. Junto à Constituição de 1988 foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, baseado na concepção de que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas nos níveis de promoção, proteção e recuperação que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Apesar da sua aprovação em 1988, a efetivação do SUS teve início apenas no final de 1990, a partir da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e 8.142/90.

Estas, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sua organização e o seu funcionamento. A saúde é tida como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as ações indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado tem o dever de atuar nas condições de vida da população mediante políticas econômicas e sociais, visando a redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de meios que assegurem acessos universal, igualitário e integral (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, destacam os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde, tais como a construção de modelo de atenção instrumentalizado pela epidemiologia, regionalização e controle social. De acordo com essas leis, a saúde não deve ser definida somente como ausência de doenças. Mas, ela deve ser analisada levando em consideração fatores presentes na vida das pessoas como: condições sócio-econômicas, ambientais, educacionais, culturais, dentre outras (CORDEIRO, 1996).

Para Carvalho e Santos (2002), além de ações curativas, o SUS deve desenvolver, sobretudo, ações que visam à promoção da saúde e prevenção de doenças.

O SUS foi criado como instrumento norteador da assistência à saúde, voltado para os princípios da universalidade, integralidade e equidade (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001)

A universalidade determina o acesso dos indivíduos e das comunidades aos recursos e tecnologias de saúde, abrangendo todas as pessoas e em todo o território nacional (GOUVEIA; PALMA, 1999). Desta forma, poderiam ser minimizadas as diferenças existentes na saúde, entre os grandes centros e os pequenos municípios, bem como entre os indivíduos ou comunidades mais abastados e os menos favorecidos financeiramente.

Para Vilela e Mendes (2003), a integralidade é atribuída à concepção holística do ser humano, determinando a atenção a todas as necessidades de saúde em âmbito individual e coletivo. Este princípio, implica em atuar na promoção, prevenção e recuperação da saúde, segundo os contextos de vida dos sujeitos, dentre eles, o econômico, o cultural, o social e o cognitivo. A equidade, conforme aborda Lucchese (2003), tem como fim a prestação de serviços à saúde, de acordo com as necessidades peculiares a cada indivíduo e comunidade, de forma a permitir que todos tenham direitos à assistência e que esta seja personalizada.

Além dos princípios, o SUS adotou como característica um modelo de gestão participativo, descentralizado e hierarquizado (NEGRI, 2002).

No que se refere à gestão participativa, o SUS objetiva o envolvimento da população tanto na elaboração das diretrizes como na definição de aplicação dos recursos financeiros no

município (CARVALHO, 2006).

A gestão descentralizada, visa à autonomia dos municípios referente à elaboração dos planos de atuação, segundo as necessidades de cada localidade. Contudo, os municípios devem ter como alicerce dos planos, os princípios do SUS (CARVALHO, 2006).

Quanto à hierarquia da gestão, encontram-se determinadas às esferas federal, estadual e municipal, que são interligadas, porém com responsabilidades específicas. À esfera federal estão atribuídas as funções de criar as diretrizes para a saúde, bem como repassar as verbas orçamentária e financeira às demais esferas (CARVALHO, 2006).

A função da esfera municipal, consiste em implantar as ações de saúde propostas pela esfera federal, aplicando os recursos financeiros, conforme as suas especificidades regionais (CARVALHO, 2006).

Já a esfera estadual, assume uma função intermediária entre a federal e a municipal, porém essa função não se encontra bem definida (COHN; ELIAS, 1999).

Apesar do SUS contemplar um modelo de assistência à saúde com potencial para produzir ações resolutivas frente aos problemas do processo saúde-doença, mediante a promoção à saúde e a prevenção de doenças, ele teve seu desempenho comprometido pela falência do sistema de saúde e pelo modelo médico-assistencial privatista (PAIM, 2003).

Este, responde aos interesses das organizações farmacêuticas e biomédicas e é caracterizado pelas intervenções na doença mediante terapias medicamentosas, execução de procedimentos cirúrgicos rentáveis à indústria e ao profissional da saúde. Enfim, ações que fomentam a indústria da saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILAS BÔAS, 1998).

Interligado ao modelo médico-assistencial privatista, vincula-se o paradigma biologicista, que segundo Mendes (1996), preocupa-se com o atendimento em escala e centraliza a atenção na consulta médica como ação para tratar a enfermidade, através da clínica e da tecnologia.

Na tentativa de mudança do modelo médico-assistencial privatista e do paradigma biologicista, foram estruturados os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o intuito de atender especialmente às regiões norte e nordeste do país, e de Saúde da Família (PSF) através da NOB 96, objetivando a concretização de um modelo de vigilância em saúde, que atenda as necessidades sociais e individuais de saúde da comunidade (CARVALHO, 2006).

O PACS foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1991 e possui como seus elementos e como papel central de sua constituição, o enfoque na família e não no indivíduo, e o agir preventivo, preparando a concepção de oferta programada. O principal intuito na

criação do PACS foi diminuição dos índices de morbi-mortalidade materna e infantil na Região Nordeste (BRASIL, 2006b)

O objetivo formal do PACS, é a prevenção de agravos à saúde. Contudo, as características de sua estrutura organizacional limitam sua atuação nos níveis de prevenção e promoção. Uma vez que os recursos humanos de que dispõe, consistem em pessoal treinado para a execução de orientações técnicas, isto implica em que a atuação dos agentes fique restrita aos processos sobre os quais eles tenham sido instruídos, como, por exemplo, diabetes, hipertensão, desnutrição e outros (CARVALHO, 2006).

Devido às limitações do PACS, sentiu-se a necessidade de um programa de maior resolutividade e que envolvesse formas de atuação curativas, preventivas e promocionais. Para tanto, foi criado o PSF, no qual são inseridos vários profissionais da saúde (CARVALHO, 2006).

As PSF são, ou devem ser compostas, pelo menos, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS varia de acordo com o número de pessoas incluídas na área de abrangência. Cada ACS acompanha em média 3450 pessoas (mínimo de 2400 e máximo de 4500) de um determinado território. Cada ACS fica responsável por seu território, sendo função de toda a equipe, realizar a recuperação, a promoção e a prevenção (BRASIL, 2006).

Implantado em 1994, o PSF possui hoje uma cobertura de 44,4% da população brasileira (78,6 milhões de pessoas), atingindo 4.986 municípios do Brasil. No total são 18.706 ESF (BRASIL, 2006b).

Os incentivos no PSF compreendem um valor financeiro por equipe, que aumenta progressivamente, em termos absolutos e por equipe, em função da cobertura populacional alcançada (CARVALHO, 2006).

O PSF tem como princípios a universalidade, a garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar e multiprofissional, prevenção e promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, bem como vínculo com a população e enfoque na família (BRASIL, 2006a).

De forma geral, o PSF objetiva principalmente a reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da atenção básica, definindo as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2006). Especificamente o PSF objetiva

[...] prestar, na unidade de saúde e no domicílio, atenção integral, contínua, resolutiva e de boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento do vínculo entre

os profissionais de saúde e a população; contribuir para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da doença; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto expressão da qualidade de vida; proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2006).

Segundo seus princípios e objetivos, o PSF firma os princípios do SUS, visto que focaliza sua atenção na promoção de qualidade de vida e propõe práticas de saúde que integram ações individuais e coletivas. Suas práticas são e necessitam estar voltada às famílias. Os profissionais das ESF precisam partilhar uma visão integral do indivíduo, família e comunidade para que possam relacionar uns com os outros (VIANA, DAL POZ, 1998).

Para Mendes (1996) o PSF pode ser considerado um paradigma da produção social da saúde, devido às ações que são direcionadas às famílias e à comunidade, e realizadas de formas contínua, ativa e personalizada. Além do aspecto curativo, considerado de baixo custo, privilegiando a intersetorialidade, a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Assim, ao menos em suas concepções e planejamento, o PSF deve, ou deveria, possibilitar a transição dos processos de atendimento à saúde, de um modelo mecanicista e reducionista, para um outro paradigma, de procura pela assistência integral.

2.2 OS CONCEITOS E AS PRÁTICAS NOS UNIVERSOS CONSENSUAIS

As representações sociais envolvem um processo típico de organização de conhecimentos populares, advindos de diferentes aspectos que formam a história dos seres humanos. Dentre eles, os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

Para Minayo (1995, p. 89), representação,

[...] é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais as representações são definidas como categorias do pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

As representações mentais não são apenas reproduções automáticas daquilo que foi visto ou vivido. Para Spink (1995, p.7), representação “[...] é tanto re-apresentação – e, portanto, cópia fiel da realidade - como interpretação”. Em outras palavras, representar significa também interpretar o que está, ou já esteve presente.

A leitura das definições apresentadas, pode sugerir que a elaboração das representações mentais seja uma tarefa individual. Não podemos nos esquecer, porém, que os membros de um grupo, comunidade ou sociedade trocam experiências, comunicam-se e pensam juntos sobre todos aqueles assuntos e temas que lhes parecem ou são importantes. Assim, compartilham e reformulam suas representações, fazendo com que estas superem o âmbito individual.

Segundo Spink (1993) estas interpretações compartilhadas sobre a realidade foram denominadas por Moscovici, em 1961, como Representações Sociais.

Sobre este conceito, de acordo com Sá (1993) Jodelet elaborou uma definição sintética que vem sendo amplamente aceita e utilizada pelos estudiosos da área. Segundo esta definição, as Representações Sociais são “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET³, 1989 apud SÁ, 1993, p. 32).

Esta definição nos remete à necessidade de compreender, de forma mais clara, uma série de conceitos direta ou indiretamente relacionados a ela.

A realidade é um desses conceitos. Duarte Júnior (2000, p. 8) nos mostra como sabemos e refletimos pouco sobre este tema. Embora ele esteja presente, com frequência, em nossos diálogos e preocupações cotidianas.

Realidade. Todos usamos rotineiramente esta palavra nos mais diferentes contextos e áreas de atuação e, no entanto, quase nunca paramos para pensar em seu significado, no que encerram essas suas nove letras. E não paramos porque, assim à primeira vista, o conceito nos parece tão óbvio que consideramos desnecessário qualquer questionamento ao seu respeito. Todavia, segundo uma asserção que já se tornou popular, o óbvio é o mais difícil de ser percebido.

Ilustrando esta última afirmação, Duarte Júnior (2000, p. 9, grifo do autor) acrescenta ainda que, expressões como

[...] “realidade é como o mundo é” ou “realidade é aquilo como as coisas são” [...] não dizem nada nem esclarecem qualquer dúvida, pois, afinal, como é que o mundo é? Como as coisas são? E elas serão sempre de uma mesma forma ou podem variar, de acordo com a maneira como são olhadas e apreendidas?

Isto nos leva a refletir se, afinal, existe uma realidade única e independente, da

³ JODELET, D. Représentations Sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. **Les Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

interpretação dos seres humanos, como nos acostumamos a pensar, ou ela é o resultado de uma série de elaborações mentais compartilhadas por eles?

Segundo Tomanik (2004, p. 85) a realidade, para os seres humanos, não é simplesmente um fato ou um conjunto de fatos; é um processo que envolve ações e interpretações feitas por eles mesmos. Os seres e objetos existem e são independentes da interpretação humana, porém, “[...] o homem não se relaciona com as coisas tal como elas são, mas tal como ele as considera”.

Segundo Régis de Moraes (1988, p. 86, grifo do autor),

[...] a realidade (para o homem) é aquilo que ela significa globalmente; ora as coisas só terão significado *para alguém*, e assim mesmo tal significado recebe larga contribuição das nossas *interpretações psicológicas*, que são traduções mentais (subjetivas) dos dados naturais que impressionam os nossos sentidos.

Aquilo que chamamos de realidade, portanto é, ao menos em grande parte, o conjunto das nossas representações.

Para Duarte Júnior (2000), a concepção da realidade varia de acordo com as diferentes maneiras do ser humano se relacionar com o mundo. O mundo é um conceito humano, um conjunto de tudo aquilo que tem nome. O ser humano utiliza as palavras para nomear e classificar objetos e coisas e quando atribui nomes a eles, tais elementos passam a fazer parte de seu conhecimento e a compor a sua realidade. Portanto, real, para o ser humano, é aquilo que ele conhece e nomeia.

O ser humano apreende sensorialmente um objeto, e expressa sua capacidade de ir além do que vê, atribuindo características a esse objeto. Ele tem a possibilidade de transferir para um objeto ou uma ação algo, que só existe em seus pensamentos. Este processo é denominado, por Berger e Luckmann (2001), como objetivação.

Segundo Sá (1993), a objetivação é a transformação de um conceito abstrato em algo concreto como, por exemplo, a utilização de uma pedra como arma de caça. A matéria bruta, depois de ser interpretada, passa a ser um objeto útil e incorporado ao campo do conhecimento humano com funções, significados e características que não possuía originalmente.

O ser humano compartilha essas objetivações. Para Tomanik (1993, p. 95, grifo do autor) esse compartilhamento permite ao ser humano,

[...] viverem num mundo comum (capaz de transmitir a sensação do “conhecido” e do “familiar”) e ao mesmo tempo distinguirem, naquele

mundo e através dele, o “eu” do “outro” e até mesmo o “nós” e os “outros”. Graças às objetivações, portanto, o mundo do homem (nosso mundo) se apresenta ao homem (a nós) como uma “realidade”.

Para Tomanik (1993, p. 104), a partir desta capacidade de construir seu mundo através do compartilhamento das objetivações, o ser humano

[...] não tem como viver num mundo à parte delas. Qualquer mínimo gesto seu é e será sempre mediado por aquelas atribuições e mesmo as transformações que propuser, as dúvidas que porventura levantar ou as fugas que tentar empreender sempre as terão como base. O mundo com certeza existe e não depende dele para isto: só não lhe é acessível sem essa mediação.

Para Duarte Júnior (2000, p. 36) a realidade

[...] não é simplesmente construída, mas socialmente edificada. A construção da realidade é um processo fundamentalmente social: são comunidades humanas que produzem o conhecimento de que necessitam, distribuem-no entre seus membros e, assim, edificam a sua realidade.

Portanto, apesar de ser vista normalmente como um fato, ou um conjunto de fatos, a realidade é um processo que inclui tanto concepções pessoais compartilhadas quanto elaborações coletivas. Para Berger e Luckmann (2001), o desenvolvimento e a disseminação dessas elaborações, envolvem outros três processos: o conhecimento, a linguagem e a socialização.

O conhecimento, pode ser definido como a capacidade que o ser humano tem de ter certeza de que um fenômeno existe e de quais são suas características. Em outras palavras, o ser humano julga conhecer algo quando admite que esse algo é real e consegue distingui-lo das outras coisas (BERGER; LUCKMANN, 2001). Para o indivíduo e as comunidades humanas real é aquilo que é conhecido.

Segundo os mesmos autores, as várias linguagens desenvolvidas pelo ser humano, especialmente linguagem verbal, são utilizadas como forma de expressar tudo aquilo que existe no âmbito do conhecimento dos indivíduos, integrando o seu mundo. Através delas os seres humanos relacionam-se e se comunicam com seus semelhantes.

Por essa razão a compreensão da linguagem é essencial para a compreensão da realidade da vida cotidiana, visto que na vida cotidiana, através das diferentes linguagens, o ser humano interpreta a realidade, compartilha e aperfeiçoa suas interpretações. Aceitas e adotadas coletivamente, estas interpretações podem ser consideradas como verdadeiras. A partir delas, os fatos do mundo podem parecer ao ser humano como coerentes e ordenados.

Através da linguagem, elaboramos, registramos e expressamos nossas representações sobre as coisas do mundo. Através dela, podemos assimilar e transmitir às gerações seguintes os significados, experiências, conhecimentos, crenças e normas que nossa sociedade desenvolver. Berger e Luckmann (2001) denominam este processo de apreensão de saberes sociais como socialização.

A socialização, é o meio pelo qual “[...] tornamo-nos humanos, aprendemos a ver o mundo como vêm nossos semelhantes e a manipulá-lo prática e conceitualmente através dos instrumentos e códigos empregados em nossa cultura” (DUARTE JÚNIOR, 2000, p. 78).

A socialização permite que o indivíduo faça parte de uma sociedade, compartilhe os significados e aprenda as normas de conduta desenvolvidas por ela. Com base nestes compartilhamentos e através da linguagem, os indivíduos podem interagir com os de seus grupos e conversar sobre assuntos de seus interesses.

Segundo Sá (1993, p. 25), há uma grande quantidade de assuntos “[...] que, nas relações interpessoais do dia-a-dia, prendem a atenção, o interesse e a curiosidade das pessoas, demandando sua compreensão e forçando seus pronunciamentos”.

Esses pronunciamentos, que incluem ações, afirmações e explicações coletivamente desenvolvidas e aceitas, mesmo que apenas temporariamente, são considerados por Moscovici (1976, p.50) como as Representações Sociais. Estas, não devem ser consideradas “[...] como ‘opiniões sobre’ ou ‘imagens de’, mas como ‘teorias’, ‘ciências coletivas’ *sui generis*, destinadas à interpretação e elaboração do real”.

Segundo Abric (2000, p. 28), a Representação Social, funciona

[...] como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social [...] vai determinar seus comportamentos e suas práticas. A representação é um guia para a ação, ela orienta as ações e as relações sociais.

As representações sociais são formadas a partir de processos que transformam algo não familiar em familiar, promovendo um consenso em torno do novo. Segundo Moscovici⁴ (1984 apud SÁ 1993, p. 38), esses processos são a objetivação, já vista anteriormente e a subjetivação ou ancoragem. Ancorar é classificar e denominar “coisas que não são classificadas nem denominadas, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras”.

Através da ancoragem, atribuímos significados e destacamos, subjetivamente,

⁴ MOSCOVICI, S. The phenomenon of social representations. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (Ed.). **Social representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

características do novo objeto ou fato e, juntamente com estas operações mentais, relacionamos o novo, o que é estranho, com objetos, imagens e situações conhecidas, que já foram denominadas e classificadas. Assim, o que era novo pode passar a ocupar um lugar em um mundo que já era familiar, somando-se às Representações Sociais já existentes e, eventualmente, contribuindo para modificá-las (SÁ, 1993).

As Representações Sociais são utilizadas na dinâmica das relações e das práticas sociais. Para Abric (2000), elas respondem a quatro funções essenciais: de saber, de identificação, orientação e justificação. Isto significa: a) que elas permitem compreender e explicar a realidade; b) identificam o campo social em que um indivíduo ou grupo se situa e, assim, permitem que eles reconheçam quem são e possam ser reconhecidos da mesma forma; c) guiam os comportamentos e as práticas individuais e coletivas, definindo o que é obrigatório, lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social e, d) fornecem, ainda, justificativas para tomadas de decisões e comportamentos, permitindo que seus autores expliquem ou possam considerar como justos e aceitáveis, suas condutas em uma situação ou face, a seus parceiros.

O fenômeno das Representações Sociais ocorre em ocasiões e lugares nos quais as pessoas se encontram e se comunicam. Ele só existe se houver comunicação, através de falas e gestos. Para que se formem as representações sociais, é necessário que as pessoas tenham conversado sobre o assunto, discutido com os demais, pertencentes aos seus grupos (SÁ, 1993).

A realidade vivida e os problemas enfrentados em comum pelo grupo, constituem a base das Representações e sustentam as características coletivas das mesmas. Por isto, se pretendemos conhecer as representações sociais de um indivíduo ou grupo, devemos conhecer sua história e a realidade vivida por eles.

Por outro lado, os sentimentos, emoções e a importância de um assunto para cada um, determinam ou possibilitam a existência de pequenas diferenças, na forma e no conteúdo das mesmas representações para diferentes participantes do grupo (MOREIRA; OLIVEIRA, 2000).

Apesar destas diferenças, como cada grupo possui características próprias. Através da identificação das suas representações sociais, podemos conhecer e compreender o que seus participantes pensam sobre determinado tema, seu modo de vida e necessidades e, dessa forma, oferecer propostas e ações que funcionem e sejam coerentes com seus interesses e pretensões.

2.2.1 A saúde e as representações sociais

Como vimos, nos universos reificados de conhecimentos, os conceitos, definidos, discutidos e registrados de forma sistemática, tendem a ter graus bem maiores de permanência e de estabilidade em relação aos conceitos típicos das linguagens populares.

Apesar disto, com a mudança de paradigmas, conceitos científicos que permaneceram aceitos por longo tempo, podem ganhar novos significados. É o que vem acontecendo, por exemplo, com o conceito de saúde. Hoje, além de incluir significados biológicos e físico-químicos, ele passa a abranger também, aspectos psicossociais que incluem, entre outros, as condições de vida dos grupos e as aspirações das pessoas.

Isto implica que, no nível do conhecimento consensual, as concepções de saúde e doença de uma população podem variar em relação às de outra, especialmente porque essa concepção está diretamente relacionada com as condições em que estas populações vivem. Assim, indivíduos que possuem condições de vida semelhantes, possuirão concepções sobre saúde e doença semelhantes, pois “saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente [...]” (MINAYO, 1999, p. 15).

Diante desta possível diversidade, as concepções e o conhecimento de um indivíduo ou de um grupo devem ser considerados para a realização de ações em saúde e principalmente na promoção da saúde, já que estas, estão intimamente ligadas a aspectos psicossociais.

Promoção da saúde, é um tipo de atividade que busca a mudança no estilo de vida das pessoas. Ela pode ser realizada por profissionais da área da saúde através de atividades de orientação e acompanhamento, que auxiliam as pessoas a adotar hábitos saudáveis (como o controle da alimentação e a realização de atividades físicas adequadas), e a evitar hábitos não saudáveis como o uso de cigarros e álcool, por exemplo (RADOVANOVIC et al., 2004; WAIDMAN et al., 2003).

Assim, a prática das ciências da saúde podem deixar os limites confinados dos consultórios, hospitais e postos de atendimento e ganhar também os espaços amplos da vida social, do trabalho e das conversações cotidianas. Isto requer, dos cientistas da saúde, a adoção e o domínio de outros instrumentos metodológicos, diferentes dos tradicionalmente utilizados e complementares a eles.

Segundo Bercini (2003, p.12) “[...] considerações sobre a saúde de um indivíduo, família ou comunidade devem incluir conhecimentos integrados sobre as condições sociais,

ambientais, econômicas e políticas em que o indivíduo ou o grupo vivem”.

No mesmo sentido, de acordo com Minayo (1999, p. 233), devemos entender as concepções populares sobre saúde e doença como

[...] frutos e manifestações de condicionamentos sócio-históricos que se vinculam a acesso a serviços, tradições culturais, concepções dominantes veiculadas e a inter-relação de tudo isso. Saúde/doença são um fenômeno social não apenas por que elas expressam certo nível de vida ou por que correspondem a certas profissões e práticas, mas porque elas são manifestações da vida material, das carências, dos limites sociais e do imaginário coletivo.

Assim, após a adoção de um novo paradigma, a atuação dos profissionais da área da saúde precisa levar em consideração não apenas os aspectos biológicos e o corpo do indivíduo, mas também o ambiente no qual ele vive e aquilo que pensa, sente e deseja.

Por isso, autores como Minayo (1999), Cardoso; Gomes (2000) e Bercini (2003) afirmam que, cada vez mais, estudos no campo da saúde vêm incorporando e utilizando teorias como a das Representações Sociais já que, através desses estudos, podemos conhecer as concepções e os saberes do indivíduo e/ou da população estudada sobre determinado assunto. Tomanik (1997, p. 418) afirma que através das representações sociais podemos

[...] desvendar a “realidade” tal como socialmente instituída por esse grupo e assim compreender suas ações e reações. Essa compreensão, por sua vez, é indispensável para a elaboração coletiva de alternativas de ação *para e com* o grupo, em face da problemática vivida por ele.

Para Spink (2003, p. 49) o estudo das representações de um indivíduo ou grupo é relevante, já que elas

[...] orientam a ação. Se quisermos influenciar a ação (seja esta ação a busca de atendimento, a automedicação ou até mesmo os estilos de vida) precisamos antes compreender o que embasa a ação. A palavra de ordem, no caso, não é educar, mas conscientizar, tornando transparente o que era opaco e enfatizando os aspectos criativos do pensamento individual.

Assim, a realização de estudos deste tipo, abre ao menos duas possibilidades. Uma delas é a da diminuição da distância social entre os grupos estudados e os dos profissionais, pela valorização e o aproveitamento dos conhecimentos produzidos pelos primeiros. A outra, é a da elaboração de propostas e a efetivação de práticas mais compatíveis com as expectativas e anseios de cada grupo (SPINK, 1993).

3 ANTECEDENTES E DETALHAMENTO DO PROCESSO DE PESQUISA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza quanti-qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais.

Segundo Minayo e Sanches (1993, p. 240), as abordagens quantitativas e qualitativas se complementam, já que “[...] ambas as abordagens são necessárias, porém, em muitas circunstâncias, insuficientes para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares”.

Para Minayo (2004), os métodos qualitativos de estudos, utilizados originalmente nas ciências sociais, e as formulações teóricas desta área de estudo, buscam a historicidade dos fatos, o caráter ideológico e interativo dos fenômenos, como parte de uma visão do social, que não se esgota na visibilidade e na descrição quantitativa dos fenômenos, opiniões, crenças, valores, representações e relações. A pesquisa qualitativa tem a função de compreender a lógica humana dos acontecimentos.

Minayo (2004) afirma ainda, que todo processo social é fruto de acontecimentos históricos. Assim, se pretendemos não apenas conhecer, mas, de fato, compreender o que é a saúde e o que é ter saúde para um indivíduo, devemos buscar conhecer também, as situações que podem e que, provavelmente, contribuíram para a elaboração e o compartilhamento dessas concepções.

Nosso trabalho formal de coleta de informações foi dividido em três conjuntos de ações, detalhadas a seguir.

3.1.1 Primeiro conjunto de ações

O primeiro conjunto, consistiu na ampliação do estudo sobre os motivos de consultas da UPSF de Porto Rico. Lá, foram coletados dados referentes aos atendimentos de maio, junho, julho e agosto de 2004. Este estudo foi realizado no mês de julho de 2005.

Como estratégia para coleta dessas informações, utilizamos os dados presentes em

fichas preenchidas por profissionais médicos, os Boletins Diários de Produção (ANEXO A), que contém registros de cada atendimento realizado. Posteriormente, em posse dos dados foi preciso buscar a identificação dos atendidos em seus respectivos prontuários. Vale destacar que o prontuário nesta UPSF é do tipo familiar.

As variáveis utilizadas foram os dados presentes nos Boletins: idade e sexo dos pacientes e queixa principal e/ou motivo de consulta.

Para a tabulação dos dados, adotamos critérios propostos por Rouquayrol (1993), que classifica como infância, o período compreendido entre 0 a 9 anos, como adolescência a fase de 10 a 19 anos, a idade adulta entre 20 a 59 anos e como idosos as pessoas com idade de 60 anos ou mais.

Como já vimos, os dados contidos nos Boletins referiam-se apenas às atividades realizadas pelos médicos e não pelo conjunto dos profissionais que atuavam ali. Apesar desta limitação, constituíam indicadores dos motivos que levavam os usuários a procurar os serviços da unidade.

A coleta das informações foi feita manualmente em planilha e, posteriormente, transcrita no programa Excel. Os dados foram transformados em tabelas e gráficos e posteriormente analisados. Tanto como um conjunto de informações, quanto em suas relações com as condições ambientais e de vida da população já descritas em outros trabalhos, como os de Bercini (2003), Tomanik e Godoy (2004).

Vale destacar que os diagnósticos foram categorizados com base no Código Internacional de Doenças - CID10 - (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1993).

3.1.2 Segundo conjunto de ações

Quanto ao segundo conjunto de ações, pretendíamos obter informações sobre como agiam os agentes locais oficiais de saúde – todos os profissionais que atuam na UPSF - para, com base nas mesmas, termos condições de deduzir as concepções subjacentes àquelas práticas.

Esta parte do estudo foi realizada no período de julho e agosto de 2006, totalizando seis dias de visitas ao serviço, com uma média de seis visitas domiciliares aos frequentadores da UPSF e 24 horas de observação das atividades dos profissionais.

Vale ressaltar, que nosso objetivo não incluía qualquer forma de avaliação individual ou coletiva dos profissionais, nem seria interessante que, no decorrer de nossos contatos, eles sentissem estar sendo avaliados, já que isto poderia interferir em nossas relações e mesmo nas informações que poderíamos obter. Por isto, optamos por não realizar gravações ou registros imediatos das informações que obtínhamos. As anotações pertinentes foram realizadas no final do dia, após a saída da UPSF.

No período de observação, foram realizadas conversas informais na tentativa de compreender e justificar as ações empreendidas por eles. Por exemplo, conversamos sobre suas atividades, dificuldades que encontravam em sua atuação profissional e formas como vinham enfrentando estas dificuldades.

Apesar de não ter sido realizada uma observação sistemática, seguiu-se um roteiro pré-estabelecido de observação que contemplava: o comportamento do profissional na visita domiciliar e no atendimento individual do paciente na UPSF, as orientações realizadas, a demonstração de interesse e compromisso com o paciente / família e o enfoque do atendimento (prevenção, promoção, cura e reinserção).

3.1.3 Terceiro conjunto de ações

Após a 2ª etapa da coleta de dados do processo de pesquisa, passamos a utilizar a Teoria das Representações Sociais, para compreender as concepções compartilhadas sobre saúde e doença pelas cuidadoras das famílias, que mais haviam tido seus participantes atendidos pelos médicos, de acordo com os dados obtidos no estudo ampliado sobre os motivos de consultas médicas (primeiro conjunto de ações).

Na tentativa de identificar a frequência das famílias na busca por consulta médica, utilizamos o número de prontuários presentes nos Boletins Diários de Produção. Combinando os números dos prontuários das famílias com as informações sobre o sexo e a idade, pudemos distinguir as pessoas que haviam sido atendidas, dentro dos grupos familiares.

Com base no resultado das famílias que mais buscaram a UPSF para atendimento, selecionamos uma amostra inicial de 35 famílias, que utilizaram a UPSF por mais de quatro vezes, durante o período estudado.

Após, selecionada a amostra pelo número de prontuário familiar, identificamos as famílias e juntamente com uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), localizamos a casa das

famílias selecionadas e comunicamos as mesmas acerca da pesquisa.

Posterior a nossa apresentação às famílias, explicávamos nossos objetivos e solicitávamos a colaboração da pessoa que era identificada como mãe ou a principal responsável pela casa para participar da pesquisa.

Independente de qual familiar que mais buscou o serviço de saúde para consultas médicas, optamos por entrevistar a mãe ou mulher, por serem estas, na opinião de alguns autores, as que possuem o maior conhecimento sobre as condições de saúde de sua família. “[...] A mulher é detentora de conhecimentos sobre saúde, além de possuir o papel social do cuidado dos membros da família, principalmente crianças, doentes, incapacitados e idosos” (BERCINI, 2003, p. 41).

Ao contrário dos critérios que adotamos na fase anterior, nesta, gravamos as entrevistas e identificamos as autoras das respostas. Seus depoimentos, embora individuais, foram considerados, em nossas análises, como elucidadores das Representações Sociais compartilhadas pelo grupo, uma vez que elas são moradoras de uma localidade relativamente pequena e haviam passado, recentemente, por situações semelhantes, de sucessivas buscas pelo mesmo serviço de atendimento à saúde.

Em função destas experiências, tomamos as doenças como tema inicial de nossas entrevistas, considerando que, a partir dele, obteríamos também informações a respeito das concepções do grupo sobre o tema complementar da saúde.

As entrevistas, semidiretivas, foram realizadas a partir de um roteiro básico (APÊNDICE A) contemplando os seguintes aspectos:

- a) avaliação feita pelo entrevistado, sobre as condições gerais e atuais de saúde do seu grupo familiar;
- b) doenças familiares ocorridas e as mais freqüentes causas atribuídas a estes processos;
- c) práticas preventivas e/ou curativas adotadas, razões da adoção e resultados esperados e obtidos a partir da mesma;
- d) concepções gerais sobre o processo saúde-doença.

Apesar de serem selecionadas 35 famílias para a entrevista, foram sujeitos da pesquisa somente 14 delas. Isto se deveu à saturação dos dados obtidos na 10ª entrevista. No entanto, para a confirmação chegou-se ao número total de análises de 13 famílias. Uma delas foi descartada pela sua superficialidade na entrevista.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

A bacia do rio Paraná é uma das mais importantes do Brasil e deve ser estudada, não só pelos seus aspectos físicos e biológicos, mas também levando em consideração o ser humano que vive em seus entornos (BERCINI, 2003).

O segmento da bacia, compreendido entre a foz do rio Paranapanema (na divisa entre os estados de São Paulo, Paraná e Mato Grosso do Sul) e as proximidades da cidade de Guaira,

[...] constitui-se no último trecho não represado do rio Paraná em território brasileiro. Neste trecho o rio apresenta [...] reduzida declividade [...] ora com extensa planície aluvial e grande acúmulo de sedimentos em seu leito, dando origem a bacias e pequenas ilhas (mais de 300), ora com grandes ilhas e planície alagável mais restrita (AGOSTINHO; ZALEWSKI, 1996, p. 1).

Em função de sua importância, vários estudos vem sendo realizados neste trecho da bacia, especialmente através do Núcleo de Pesquisas em Limnologia, Ictiologia e Aqüicultura da Universidade Estadual de Maringá (NUPELIA/UEM) que iniciou suas atividades naquela região em 1986. Ao NUPELIA associaram-se o Grupo de Estudos Multidisciplinar do Ambiente (GEMA), que pesquisa aspectos físico-químicos e o Grupo de Estudos Socioambientais (GESA), que está voltado ao estudo das populações humanas e de suas relações com o ambiente (TOMANIK; CHAVES FILHO; LUCAS, 1997). Estes dois últimos grupos são igualmente vinculados à Universidade Estadual de Maringá.

Os projetos realizados pelo NUPELIA, GEMA e GESA visam tanto à preservação do ambiente quanto à melhoria das condições e da qualidade de vida das populações humanas da região. Principalmente daqueles grupos cuja subsistência está relacionada mais diretamente ao ambiente regional (TOMANIK; GODOY, 2004).

Os trabalhos daqueles grupos de estudos contribuíram, tanto de forma direta quanto indireta, para a criação de áreas que visam à proteção dos ecossistemas locais. São elas: a Área de Proteção Ambiental das Ilhas e Várzeas do rio Paraná, o Parque Nacional da Ilha Grande e o Parque Estadual das Várzeas do rio Ivinheima (PAIOLA; TOMANIK, 2002).

Trabalhos realizados anteriormente por pesquisadores do GESA mostram, entre outros fatores, as condições de vida dos habitantes do município de Porto Rico, revelando as condições socioeconômicas dos moradores da cidade (TOMANIK; GODOY, 2004), as Representações Sociais dos pescadores sobre o ambiente e a pesca (TOMANIK, 1997), as

condições do homem e do meio ambiente (GODOY; EHLERT, 1997) e as Representações Sociais das esposas de pescadores sobre processos de saúde-doença (BERCINI, 2003).

As informações obtidas através dos trabalhos anteriores serviram de dados e subsídios para o desenvolvimento do presente estudo, visto que contemplam conhecimentos relacionados à história e ao contexto de vida da população de Porto Rico. Estes conhecimentos contribuíram para reflexões sobre as diferentes esferas que constituem as condições de vida e de saúde dessa população.

3.3 UM POUCO DA HISTÓRIA E DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO

Como vimos, as Representações são formas de interpretação da realidade e, embora, não sejam uma reprodução literal da mesma, sofrem influência e decorrem dela. Por isto quando estudamos as Representações Sociais de uma população, é conveniente conhecer, igualmente, a história, a situação atual e as características da mesma, e do local em que ela vive.

O município de Porto Rico está localizado na região noroeste do estado do Paraná, às margens do rio Paraná e tem como limites os municípios de Querência do Norte, São Pedro do Paraná, Loanda, Santa Cruz de Monte Castelo e Bataiporã (que faz parte do estado do Mato Grosso do Sul). Porto Rico apresenta verões quentes e invernos com geadas pouco frequentes (PARANACIDADE, 2005).

Segundo estudos realizados, sobre o processo de ocupação da região, até o final do século XIX ela era habitada principalmente por grupos indígenas. Imigrantes de outros estados e mesmo de outras localidades do Estado do Paraná, vieram em maior número para a região especialmente a partir da década de 1950, incentivados por um projeto do Governo do Estado, que visava à ocupação, o desmatamento e o preparo de áreas de terra para a cultura cafeeira (ROSA; 1997).

No entanto, em sua maioria, os lotes de terra ofertados na região foram adquiridos por pessoas que não pretendiam morar nela. Assim, os migrantes tornaram-se, em sua maioria, arrendatários ou parceiros nas terras ocupadas. Esses moradores tinham o sonho de ter seu cultivo próprio, mas apenas um reduzido número deles era proprietário de pequenos lotes (TOMANIK, 1997).

Entre 1955 e 1965, devido a uma superprodução mundial de café, foi estabelecida

uma política nacional de erradicação de cafeeiros. O processo de colonização foi alterado, provocando uma reorganização das propriedades. Os arrendatários tiveram que entregar suas terras, os proprietários que possuíam pequenos lotes tiveram que vender suas propriedades para proprietários mais abastados, já que a atividade principal, na região, passou a ser a pecuária extensiva, que utiliza grandes espaços contínuos, e pouca mão de obra, o que produziu grandes taxas de desemprego na região (ROSA, 1997). Com isso, a partir da década de 1970, houve, ali, um duplo processo de migração: do campo para a cidade e da região para outras localidades.

Tomanik (1997) relata que existem pessoas na região que ainda procuram extrair seu sustento, através de formas tradicionais de trabalho, como o artesanato e a pesca. Segundo Rosa (1997, p. 390) a pesca, na região, quando utilizada como atividade principal de subsistência, não proporciona bons resultados:

os poucos que ainda se mantêm na atividade pesqueira, além de terem seus rendimentos diminuídos pela escassez de pescados de valor comercial, ainda enfrentam problemas com a fiscalização do IBAMA e IAP, além da falta de compradores para sua produção.

Tomanik (1997) relata que além da escassez de peixes, as dificuldades vividas pelos pescadores incluem também os baixos preços oferecidos pelo comércio e a dificuldade de armazenamento do pescado.

Outra parte da população, adaptou-se ao mercado de trabalho no centro urbano, atuando em estabelecimentos públicos, de serviço ou comerciais. Grande parte das mulheres trabalha como lavadeiras, empregadas domésticas e/ ou babás.

Ocorre que as modificações ambientais introduzidas na região, tais como a construção de barragens de grande porte e o desmatamento da mata ciliar, podem ocasionar a completa extinção da atividade pesqueira comercial, tendo em vista a gradativa diminuição das áreas em que a pesca ainda é viável.

O represamento das águas do rio Paraná, que se dá principalmente em benefício da produção industrial, vem ocasionando a extinção de várias espécies de peixes. Fato que desequilibra toda uma estrutura ambiental anteriormente existente e essencial para a manutenção do modo de vida dos pescadores da região (PAIOLA; TOMANIK, 2002).

Atento a estas modificações do meio ambiente, o Governo Federal, em setembro de 1997, criou a Área de Proteção Ambiental das Ilhas e Várzeas do Rio Paraná. No entanto, a população ribeirinha passou a encontrar dificuldades em se adaptar à nova legislação que, muitas vezes, limita demasiadamente o manejo ambiental daquelas áreas de pesca, em prol da

preservação ambiental (GODOY; EHLERT, 1997).

Agregado a todos esses fatores ressalta-se que, no período em que a pesca é legalmente vedada (período de defeso), os pescadores da região passam por delicada situação financeira, pois, além de não obterem rendimentos, não conseguem se inserir no mercado de trabalho extra-ribeirinho.

Tal fato, pode ser atribuído à restrita atuação da colônia de pescadores de Porto Rico, ou ainda em virtude da baixa expressividade econômica da exploração do Rio Paraná, que embora possua grande potencial, não é adequadamente utilizado (GODOY; EHLERT, 1997).

Segundo o censo realizado em 2001, por Tomanik e Godoy (2004), a população do núcleo urbano de Porto Rico era de 1411 moradores. Destes, 710 eram homens e 701 mulheres.

Sucessivos Censos realizados pelo IBGE demonstram uma queda acentuada da população dos municípios e zonas rurais da região de Porto Rico. Conforme pesquisa realizada em 2001 por Tomanik e Godoy (2004), foram constatadas intensas perdas populacionais em algumas ilhas da região, chegando até a 97% de redução num período de duas décadas. Provavelmente, essas pessoas migraram para o núcleo urbano de Porto Rico, em busca de melhores condições de trabalho.

No período de 1993 a 2001, houve um aumento de 25% da população do núcleo urbano de Porto Rico. Esse aumento foi maior (89%) na faixa etária entre 40 e 49 anos e menor (0,7%) na faixa etária de 10 a 19 (TOMANIK; GODOY, 2004).

Para Godoy e Ehlert (1997), com o êxodo rural, a oferta relativa de emprego no setor urbano diminuiu. Assim, a população mais jovem que possui melhores condições de competir em outros mercados de trabalho, migrou para outros municípios, diminuindo a população dessa faixa etária naquele núcleo urbano.

Tomanik e Godoy (2004) constataram também, que diferente das famílias nucleares, cujos componentes são pai, mãe e filhos, boa parte das famílias de Porto Rico apresentam um processo de solidariedade social, incluindo agregados como primos, ,genros e outros.

Estudo realizado em Porto Rico por Tomanik (1997, p. 402) demonstrou que a população da faixa etária de 20 a 29 anos apresenta escolaridade média correspondente

[...] a algo em torno da quinta a oitava séries incompletas. Na faixa seguinte (30 a 39 anos), a média de escolaridade fica ainda próxima, embora ligeiramente abaixo. Já para as pessoas que têm entre 40 e 49 anos, a média cai para uma escolaridade em torno da primeira à quarta séries incompletas. Esta medida tende a diminuir ainda mais, à medida que aumentam as faixas de idade.

A atenção básica municipal à saúde conta com um hospital de pequeno porte com

oito leitos: um para Clínica Cirúrgica, dois para Ginecologia e Obstetrícia, quatro para Clínica Médica e dois para Pediatria. Porto Rico possui também uma Unidade do Programa Saúde da Família (UPSF) e uma EPSF. A unidade possui um médico da família, um ginecologista, um clínico geral, dois pediatras, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (BERCINI, 2003).

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram gravadas, transcritas, lidas, relidas, ressaltados pontos relevantes. O material obtido a partir da transcrição das gravações foi submetido à análise temática, segundo Bardin (1977), a fim de obtermos e compreendermos as Representações Sociais sobre a saúde e a doença compartilhadas pelas entrevistadas.

Para Bardin (1977, p. 105) a análise temática “[...] consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Após transcrição das entrevistas, leitura e re-leitura, o material obtido foi agrupado conforme a natureza das respostas e dividido em núcleos temáticos, de acordo com o que cada um deles tinha em comum e o significado central dos depoimentos, em que foram encontradas cinco categorias temáticas: concepções sobre as doenças, a identificação dos estados de doença, causas atribuídas às doenças, ações preventivas, ações curativas e resolutividade dos serviços de saúde.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram levados em consideração, todos os preceitos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, dispostos na portaria 196/96 do MS. Para melhor compreensão da população estudada, solicitamos sua participação livre e consciente no trabalho, havendo esta concordância, foi solicitada a autorização para a gravação sonora das entrevistas.

O projeto de pesquisa, como um todo, foi submetido previamente à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá e recebeu o parecer favorável nº 203/2005 (ANEXO B).

4 ATENDIMENTO AMBULATORIAL DA UNIDADE DO PSF NA CIDADE DE PORTO RICO-PARANÁ

As informações sobre doenças mais frequentes que acometem uma determinada população, coletadas nos serviços de saúde, são fundamentais para a avaliação da saúde da mesma. Quando analisadas, contribuem para o entendimento das condições de vida e saúde de seus indivíduos, da avaliação da assistência prestada a eles e da estrutura dos serviços oferecidos à comunidade.

No nosso trabalho, informações como estas, servem como auxiliares para o estabelecimento do contexto dentro do qual as concepções sobre os processos de saúde-doença são elaboradas, especialmente pelos usuários, ou atuam (mais especificamente, mas não de forma exclusiva) direcionando as atividades dos responsáveis oficiais pelo sistema de saúde.

A opção por trabalhar com fontes secundárias e, mais especificamente, com os Boletins Diários de Produção, se deu em decorrência da possibilidade de acesso a um grande número de informações já registradas e disponíveis sobre a população atendida na unidade.

Segundo Carvalho et al. (1993), os dados primários são aqueles oriundos de inquéritos domiciliares, nos locais de trabalho, escolas, etc. São secundários, os dados disponíveis em prontuários de hospitais, ambulatorios, serviços de emergência, clínicos e consultórios, sejam eles públicos ou privados. Ambos, permitem a visualização do atendido e do atendimento.

Durante o período estudado, foram registrados 596 procedimentos médicos. Considerando, conforme Tomanik e Godoy (2004), que a população da cidade de Porto Rico era de, aproximadamente, 1400 pessoas, aqueles dados apontavam a realização de um número de atendimentos equivalente a 42,6% da população do núcleo urbano, em um período de um mês.

Além disso, é preciso considerar que o número de atendimentos à população era ainda maior, uma vez que as atividades realizadas pela equipe de enfermagem não foram contempladas neste estudo.

No período estudado 31,8% dos atendimentos foram prestados a famílias que compareceram a UPSF apenas uma vez. As demais famílias apresentaram registros de até nove consultas no período estudado. A tabela 1 caracteriza a distribuição da frequência de procura por atendimento médico.

Tabela 1 – Distribuição da frequência de procura por atendimento médico, na UPSF, Porto Rico-Pr, maio a agosto 2004.

Frequência	Nº de prontuários analisados	%
9	1	0,4
8	6	2,0
7	8	2,4
6	14	3,5
5	40	8,4
4	56	9,4
3	132	16,6
2	304	25,5
1	756	31,8
Total	1317	100

Fonte: Boletins diários de produção da UPSF, Porto Rico- Pr.

A população em idade adulta foi a que mais recebeu atendimento médico (981) – vide gráfico 1 – no período analisado. Seguida pelas crianças (715), adolescentes (428) e idosos (237). Em um total de 20 registros não constava a idade dos pacientes.

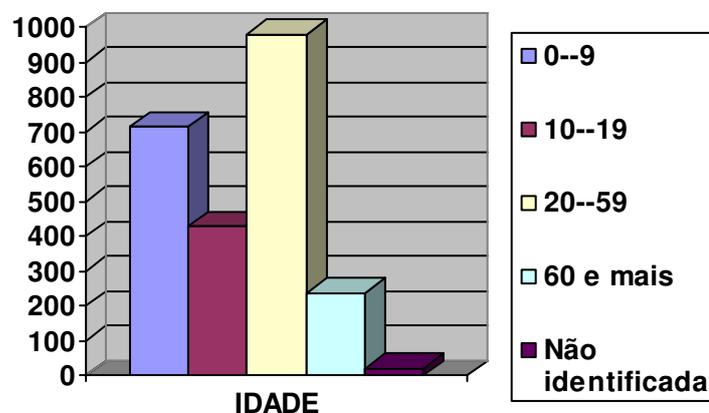


Gráfico 1 – Número de atendimento segundo as faixas etárias.

O maior número de atendimento aos adultos, pode ser devido ao fato de ter sido utilizado no presente trabalho, um intervalo maior para compor esta faixa etária.

A quantidade de atendimento aos adultos foi menor apenas nas doenças infecciosas e parasitárias, e nas doenças da pele. Sobre esse tema, Whaley e Wong (2005), afirmam que as doenças infecciosas e parasitárias têm maior prevalência em crianças devido à imunidade diminuída e aos comportamentos das mesmas.

As consultas para idosos ocorreram em maior número, em relação aos adultos, nas doenças relacionadas aos distúrbios nutricionais, endócrinos e metabólicos. Isso porque, no

ser humano com idade igual ou maior que 50 anos, ocorrem alterações fisiológicas; em especial, nos aparelhos digestório e endócrino (SANTOS, 2001).

As famílias consultadas tinham sido acometidas principalmente por doenças do trato respiratório. Dos 827 diagnósticos referentes a doenças respiratórias os principais foram de gripe (230), amigdalite (266) e de Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS; 224). Traqueobronquites, traqueolites e pneumonias estão entre as demais doenças respiratórias registradas.

A elevada frequência das doenças do aparelho respiratório, no presente estudo, não surpreende, na medida em que essas queixas geralmente predominam em estudos de morbidade ambulatorial, de acordo com Alcântara e Rozov (1994). A tabela 2 mostra a distribuição dos motivos de consulta segundo a faixa etária dos indivíduos.

Tabela 2 – Distribuição dos motivos de consulta segundo as faixas etárias dos usuários da UPSF, Porto Rico-Pr, maio a agosto, 2004.

Diagnóstico (CID-10)	0 a 9	10 a 19	20 a 59	60 ou+	n/i*	Total
Doenças do Sistema Respiratório	423	153	202	42	7	827
Sinais e Sintomas Mal Definidos	63	30	107	19	4	223
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	24	124	42	5	210
Doenças do Aparelho Geniturinário	29	39	98	10	-	176
Doenças do Aparelho Digestivo	40	25	58	18	1	142
Doenças Infecciosas e Parasitárias	55	40	33	4	-	132
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	27	31	42	9	2	111
Doenças do Aparelho Circulatório	4	8	52	25	-	89
Transtornos Mentais e comportamentais	-	5	51	24	-	80
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	16	5	32	5	1	59
Doenças do Ouvido e da apófise mastóide	9	8	19	10	-	46
Doenças do Sistema Nervoso	3	5	28	10	-	46
Doenças do Olho e anexos	6	4	12	1	-	23
D. do Sangue e dos órgãos hematopoéticos	5	6	8	1	-	20
Doenças Nutricionais, Endócrinas e Metabólicas	-	1	9	6	-	16
Gravidez, Parto e Puerpério	-	26	64	-	-	90
Neoplasias	-	1	4	1	-	6
Diagnósticos não identificados	20	17	38	10	-	85
Total	715	428	981	237	20	2381

Fonte: Boletins diários de produção da UPSF, Porto Rico- PR.

* n/i: não identificados

Os Sinais e Sintomas Mal Definidos foram citados em 223 de todos os registros. Tosse, dor abdominal, cefaléia e vômito foram os principais desses sintomas, totalizando 193 dos 223 diagnósticos citados.

De acordo com Medronho (2002, p. 47), os Sinais e Sintomas Mal Definidos estão

contidos no capítulo XVIII da 10ª revisão do Código Internacional de Doenças (CID) que refere-se a “[...] sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Para o autor, esses sinais isolados não permitem a precisão no diagnóstico de doenças.

As doenças do Sistema Osteomuscular aparecem em 210 dos 2381 registros. A faixa etária mais atingida foi justamente a de indivíduos adultos em idade produtiva. É possível que estes dados estejam relacionados ao contingente de trabalhadores locais que, segundo Tomanik e Godoy (2004), atuam na pesca, na agricultura e na construção civil, já que estas são atividades que exigem grande esforço físico.

Na medida em que doenças como estas interferem, no desempenho profissional, estes dados sugerem a necessidade ou a conveniência de uma linha de ação na qual, a partir da busca de informações sobre o ambiente de trabalho dos pacientes, sejam realizados trabalhos de orientação à comunidade sobre a frequência de exercícios e de outras atividades preventivas, o que poderia melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Dos registros de 2381 atendimentos, em 85 não foi possível identificar o diagnóstico descrito, devido à grafia incompreensível do profissional que realizou a consulta. Esses dados foram categorizados como diagnóstico não identificado e estavam presentes nos atendimentos oferecidos a 55 mulheres e 30 homens.

Dentre a população do estudo, as pessoas do sexo feminino foram as mais atendidas, totalizando 1495 consultas.

Scochi (1994), em estudo realizado no município de Maringá (Estado do Paraná) aponta que em relação ao sexo e idade dos usuários dos serviços de saúde, também foi constatada a predominância de mulheres nos atendimentos ambulatoriais. Em seu estudo, pessoas do sexo feminino, foram alvo de 60,3% dos atendimentos. Percentual próximo ao encontrado em nosso levantamento. Estudos realizados anteriormente, como os de Lebrão et al. (1991, p.25), também apontaram a existência de uma predominância de atendimentos ao público feminino.

Para Carvalho et al. (1993), a maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres, pode ser devido, em parte, à menor inserção da mulher no mercado formal de trabalho, tendo esta maior disponibilidade de tempo para os cuidados pessoais. Os autores apontam, ainda, que as mulheres têm melhor percepção do seu processo saúde-doença e que o horário de atendimento não facilita o acesso da população masculina adulta, ao serviço.

A frequência das mulheres pode ser explicada também, pela sua constituição fisiológica, que favorece o desenvolvimento de doenças do aparelho geniturinário

(REZENDE, 2002). Dos 176 atendimentos por doenças do aparelho geniturinário, 135 foram para as mulheres. Na fase reprodutiva também ocorre uma maior frequência na busca por serviços ginecológicos e obstétricos. No nosso estudo constatamos que 90 atendimentos foram destinados ao acompanhamento pré-natal, o que contribuiu para o aumento da proporção de atendimentos destinados às mulheres.

Em Porto Rico, no período compreendido por este estudo, as crianças foram exceção em relação à predominância do sexo feminino nos atendimentos. Nesta faixa etária, dos 715 atendimentos 371 foram de meninos. Nas demais faixas etárias as mulheres predominavam.

Não estavam identificadas as faixas etárias de 14 pessoas do sexo feminino e 6 pessoas do sexo masculino. As tabelas 3 e 4 mostram a distribuição dos motivos de consulta segundo a faixa etária e sexo dos indivíduos.

Tabela 3 – Distribuição de consultas no sexo feminino, faixa etária e diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Diagnóstico (CID-10)	0 a 9	10 a 19	20 a 59	60 ou+	n/i*	Total
Doenças do Sistema Respiratório	200	78	144	26	4	454
Sinais e Sintomas Mal Definidos	30	22	81	12	4	149
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	7	14	85	26	2	134
Doenças do Aparelho Geniturinário	14	28	87	6	-	135
Doenças do Aparelho Digestivo	19	14	44	11	1	89
Doenças Infeciosas e Parasitárias	27	22	17	2	-	68
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	15	17	32	7	2	73
Doenças do Aparelho Circulatório	3	5	43	16	-	66
Transtornos Mentais e comportamentais		3	37	15	-	55
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	10	3	23	3	1	38
Doenças do Ouvido e da apófise mastóide	4	6	10	5	-	26
Doenças do Sistema Nervoso	1	3	15	6	-	25
Doenças do Olho e anexos	3	2	2	1	-	8
D. do Sangue e dos órgãos hematopoéticos	2	3	7	1	-	13
Doenças Nutricionais, Endócrinas e Metabólicas	-	1	8	5	-	14
Gravidez, Parto e Puerpério	-	26	64	-	-	90
Neoplasias	-	-	2	1	-	3
Diagnósticos não identificados	9	10	30	6	-	55
Total	344	257	731	149	14	1495

Fonte: Boletins diários de produção da UPSF, Porto Rico- Pr.

*n/i: não identificados.

Tabela 4 – Distribuição de Consultas no sexo masculino, faixa etária e diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10).

Diagnóstico (CID-10)	Número de consultas por faixa etária (anos) e sexo masculino					
	0 a 9	10 a 19	20 a 59	60 ou+	n/i*	Total
Doenças do Sistema Respiratório	223	75	58	16	3	373
Sinais e Sintomas Mal Definidos	33	8	26	7	-	74
Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	10	39	16	3	76
Doenças do Aparelho Geniturinário	15	11	11	4	-	41
Doenças do Aparelho Digestivo	21	11	14	7	-	53
Doenças Infecciosas e Parasitárias	28	18	16	2	-	64
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	12	14	10	2	-	38
Doenças do Aparelho Circulatório	1	3	9	9	-	23
Transtornos Mentais e comportamentais	-	2	14	9	-	25
Doenças da Pele e Tecido Subcutâneo	6	2	9	2	-	21
Doenças do Ouvido e da apófise mastóide	5	2	9	5	-	20
Doenças do Sistema Nervoso	2	2	13	4	-	21
Doenças do Olho e anexos	3	2	10	-	-	15
D. do Sangue e dos órgãos hematopoéticos	3	3	1	-	-	7
Doenças Nutricionais, Endócrinas e Metabólicas	-	-	1	1	-	2
Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	-	-	-
Neoplasias	-	1	2	-	-	3
Diagnósticos não identificados	11	7	8	4	-	30
Total	371	171	250	88	6	886

Fonte: Boletins diários de produção da UPSF, Porto Rico- Pr.

*n/i: não identificados

A predominância no atendimento às mulheres ocorreu mesmo, na maioria dos casos, no envolvimento de diagnósticos comuns a ambos os sexos. Os diagnósticos específicos das mulheres como Gravidez, Parto e Puerpério, representaram apenas 3,8% de todos os atendimentos do período.

Proporções maiores de pessoas do sexo masculino só ocorreram nos casos de pedidos de atestados, atendimentos em puericultura e das doenças oftalmológicas. Os atendimentos a indivíduos com diagnóstico de neoplasias apresentaram o mesmo percentual entre os sexos.

As crianças, inclusas na faixa etária apreendida entre 0 a 9 anos, foram usuárias de 715 consultas no período, tendo como diagnóstico mais freqüente, as doenças do aparelho respiratório. Dos 827 diagnósticos de doenças respiratórias, 423 envolviam menores de até nove anos.

Talvez estes dados estejam relacionados com o período considerado no estudo, que compreendeu alguns dos meses nos quais, normalmente, as temperaturas são mais baixas. Isto

sugere a conveniência da realização de levantamentos com maior período de abrangência, que possam trazer informações sobre as relações entre as variáveis climáticas e a procura pelos serviços locais de saúde.

De acordo com Whaley e Wong (2005, p.524) “as infecções agudas do trato respiratório são as causas mais comum de doenças na infância [...]”. Segundo esses autores, as crianças pequenas apresentam essas infecções de quatro a cinco vezes no ano. Alcântara e Rozov (1994) também fazem referência a estas tendências, destacando que as doenças respiratórias são as mais freqüentes na infância, afetando crianças de todos os níveis sociais e econômicos.

Dentre as doenças respiratórias, que totalizam 827 consultas, as de maior prevalência em todas as idades, foram a Gripe (230), IVAS (224), Amigdalite (202) e Traqueobronquite (51). Os demais diagnósticos totalizaram 120, sendo eles faringites, pneumonias e coriza entre outros.

Segundo Barata et al. (1996), infecções respiratórias agudas (IRA) constituem uma das principais causas de morbidade no mundo. Para a autora, essas infecções apresentam um fator gerador de demanda de serviços de saúde muito importante em todos os países.

Entre as doenças infecciosas, as parasitárias e verminoses foram as mais freqüentes, principalmente nas idades de 0 a 9 anos, com 7,7% dos casos nessa faixa etária.

Entre os idosos, houve prevalência das doenças osteomusculares e de problemas respiratórios, cada um compreendendo 17,7% dos atendimentos nessa faixa etária.

Para Nicholson (1997), em pessoas acima de 60 anos, as infecções respiratórias se destacam como uma das principais causas de mortalidade e importante causa de morbidade. De acordo com o autor, nas últimas décadas, a incidência de infecções agudas do trato respiratório cresceu globalmente e a taxa de incidência anual de pneumonia aumentou em indivíduos acima de 65 anos, em diversos países.

Ainda em relação às infecções respiratórias, Mathias e Melo-Jorge (2005) colocam que ao analisar os coeficientes de internação e mortalidade por causas, segundo sexo e idade, na cidade de Maringá, observou-se valores ascendentes a medida em que avançou a idade, sendo mais evidentes para as doenças dos aparelhos circulatórios e respiratórios.

No presente estudo, os problemas relacionados ao aparelho geniturinário representaram 7,4 % dos diagnósticos, sendo as mulheres as mais atendidas com queixas referentes a estas doenças.

Bercini (2003), em estudo realizado sobre o quadro da saúde da população de Porto Rico, salienta que a morbidade hospitalar no município não foge muito da realidade do Estado

e do país. Porém, o número de casos de mulheres internadas por problemas geniturinários é superior a estas médias.

Analisando a mortalidade em Porto Rico, entre os anos de 1990 a 1998, Bercini (2003, p. 36) constatou que

o Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) de Porto Rico vem aumentando ao longo dos anos, passando de 3,2 por 1000 habitantes, em 1980, para 7,3 por 1000 habitantes, em 1999 [...] Podemos considerar, então, que a população do município, atualmente, sendo composta por indivíduos adultos e idosos [...] tenha uma tendência a apresentar maiores coeficientes de mortalidade.

O mesmo estudo constatou que “a mortalidade proporcional, segundo o sexo, no município, revelou um percentual maior de óbitos do sexo masculino (70%)” (BERCINI, 2003, p. 37).

Ainda segundo Bercini (2003), depois das doenças do aparelho circulatório, as causas externas (principalmente afogamentos), foram as principais causas de morte no município, diferente do Estado, em que essas causas de morte ocupam o terceiro lugar. É fácil supor que a proximidade do rio Paraná seja o elemento determinante desta diferença de dados.

Em Porto Rico, as mortes por causas externas ocorreram com uma leve predominância de pessoas do sexo masculino. As demais causas de morte e os indicadores de saúde locais, não se diferenciaram do restante do país.

Bercini (2003) propõe a implementação de medidas preventivas e educativas para a diminuição das mortes por causas externas, além de novos estudos sobre as condições de saúde das mulheres e medidas de prevenção para as condições de saúde das mesmas. Os dados que obtivemos, embora não incluam as taxas e causas da mortalidade, corroboram estas propostas.

5 AS CONCEPÇÕES DO SISTEMA OFICIAL

Em decorrência, parece correto supor que as ações empreendidas por estes profissionais, no exercício de sua profissão, decorrem muito mais do que é determinado externamente e do que é possível, e muito pouco do que eles próprios preferiam ou supõem que deveriam fazer. Em outras palavras, suas ações refletem muito mais as concepções que norteiam o sistema de administração de serviços públicos no qual estão inseridos, do que as concepções pessoais.

Os profissionais responsáveis, oficialmente, pelo atendimento à saúde fazem parte de um sistema formal, hierarquicamente estruturado e controlado. Isto implica em que as ações destes profissionais, em sua maior parte, são executadas a partir de objetivos, metas e planos elaborados, muitas vezes, sem sua participação direta e são avaliados, também, com base em critérios estabelecidos em outras instâncias administrativas ou políticas.

Da mesma forma, os recursos de que dispõem e mesmo a composição das equipes de que fazem parte nem sempre são os necessários ou os ideais para as atividades que deveriam realizar. Além disso, a maioria das decisões sobre a aquisição e distribuição dos recursos ou sobre a contratação de pessoal para a composição das equipes também são tomadas sem que os profissionais que atuam em contato pessoal com os usuários do sistema tenham influência direta sobre elas.

Paralelamente a esta estrutura formal hierarquizada, os sistemas oficiais de saúde seguem, ainda que parcialmente, os paradigmas científicos vigentes.

Como pessoas, os profissionais da saúde possuem suas convicções e preferências. Como participantes da comunidade em que vivem, percebem e vivenciam os problemas que atingem a coletividade e eles próprios.

Porém, não faria sentido buscarmos as concepções pessoais dos trabalhadores da área da saúde da unidade em torno da qual realizamos nossos estudos, já que tanto a estrutura formal do sistema quanto os paradigmas vigentes, provavelmente se sobrepunham a elas. Como já dissemos, tampouco pretendíamos estabelecer qualquer forma de avaliação de desempenhos individuais.

Ao contrário, quando nos propusemos a identificar as concepções sobre os processos de saúde-doença que norteiam as ações empreendidas pelos profissionais locais da área da saúde, tínhamos em mente as concepções estabelecidas e adotadas pelo sistema de saúde como um todo.

Por isto, tomamos o cuidado de, em nenhum momento, em nossas observações e análises, particularizar ou personalizar as ações evidenciadas pelos profissionais.

Pudemos observar, enquanto estávamos realizando este estudo, que as visitas eram desenvolvidas pelas ACS e não presenciávamos estas atividades sendo efetivadas pelos demais profissionais da equipe.

Segundo uma das agentes comunitárias de saúde, as visitas realizadas tinham, como objetivo principal, o de orientar quanto ao uso de medicamentos. Para essa agente, formas de atuação frente a prevenção de doenças e a promoção da saúde não eram desenvolvidas porque, mesmo com essas ações, os pacientes não mudavam de comportamento. Isto indica que as visitas domiciliares tinham cunho curativo, em detrimento da promoção e prevenção, fato este que vem contrariar a política de saúde proposta pela implementação do PSF (BRASIL, 2006).

No acompanhamento das visitas vimos, que, nelas, eram abordadas questões relacionadas à medicação, sendo enfatizado o horário e a dosagem adequados. Algumas visitas também objetivavam agendar consultas médicas, em especial, aos indivíduos hipertensos.

Outro aspecto observado foi que as pessoas que mais buscaram os serviços na UBS eram visitadas com maior frequência pela equipe de ACS. Partindo do pressuposto que há um maior investimento no atendimento a determinada população, espera-se que o resultado mais plausível seria a melhora do quadro, com conseqüente diminuição da procura na UBS. No entanto à observação percebeu-se que isso não acontece. Podemos inferir a esse aspecto duas questões: a) a ênfase do atendimento realmente está na doença e essa é priorizada para todo tipo de procedimento e b) pode estar relacionada a ineficácia ou resolutividade do serviço. A frequência destas visitas, aliada aos conhecimentos mútuos anteriores, entre as agentes, gerando maior intimidade nas relações.

A intimidade tem o potencial de aproximar as pessoas e, por esse motivo, é um ponto positivo para os serviços de saúde. Porém, verificamos que, nas visitas, esta intimidade servia apenas como oportunidade para que fossem abordados temas alheios à saúde, como por exemplo, as conduta de outras pessoas, ficando em segundo plano as conversas e práticas educativas em saúde.

O conjunto das informações que obtivemos na observação mostra a Unidade do Programa Saúde da Família de Porto Rico não é diferente de outras Unidades com as quais já tivemos contato. Nelas, as formas de atuação adotadas não fogem ao paradigma biologicista, que alicerça as formas predominantemente curativas de assistência. A partir deste paradigma

os agentes oficiais produzem ações centradas na recuperação da saúde, mediante a eliminação de sinais e sintomas de doenças. Isto é confirmado por Levcovitz, Lima e Machado (2001) ao referirem que existem divergências entre as propostas do Programa e as formas como ele vem sendo executado.

Como exemplos da atuação centrada na doença, podemos mencionar a valorização da atenção aos procedimentos curativos, desenvolvidos no ambiente domiciliar ou mesmo o estabelecimento de prioridade de atendimento aos indivíduos portadores de doenças diagnosticadas.

Neste cenário de atuação curativa, a assistência à saúde do indivíduo limita-se ao órgão doente e ao sintoma presente, em detrimento de formas mais sistêmicas de atenção, voltadas tanto para a integralidade quanto para a singularidade dos usuários.

Tendências como estas não são próprias apenas de algumas unidades de saúde e já foram verificados em outros estudos (ALVES, 2005).

Quanto a integralidade e singularidade do ser, os agentes oficiais de saúde têm, muitas vezes, dificuldade de contemplá-las em seu trabalho. Segundo Mattos (2004, p. 1415), o respeito à integralidade envolve articular as ações de assistência à saúde com as necessidades de vida das pessoas, não somente levando em consideração o conhecimento técnico-científico, mas o conhecimento do “[...] modo de andar a vida daqueles com quem interagimos nos serviços de saúde”. E nessa vida estão implícitas as peculiaridades que tornam esse indivíduo singular. Para tanto, a assistência à saúde necessita adotar um atendimento personalizado, cuja finalidade compreende a resolução de problemas de saúde-doença aparentes, mas se amplia para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

Conforme afirma Gondim (2002), a atuação preventiva e de promoção exige dos agentes oficiais habilidades que ultrapassam os conhecimentos técnicos especializados e científicos e que incluem habilidades cognitivas, atitudinais e comportamentais. Essas habilidades auxiliam na mudança de concepções e ações dos profissionais da área, contribuindo para a eficiência e resolutividade de suas atuações.

Contudo, muitos Programas de Saúde da Família, inclusive o de Porto Rico, vêm encontrando dificuldades em atuar de forma preventiva e de promoção, e suas ações ainda refletem a concepção de que a terapia medicamentosa consiste na ação mais resolutiva de atenção à saúde.

Observamos que mesmo as atividades preventivas mais frequentes, como por exemplo, a imunização, em muitas situações, acontecem não pela demanda espontânea de usuários dos serviços de saúde. Os usuários buscam pela vacinação quando se deslocam à

unidade de saúde à procura de outro serviço, como a consulta médica.

Isto sugere que, para os usuários, os processos de imunização ainda não são tidos como isoladamente importantes ou eficientes. Eles são valorizados, sim, mas não a ponto de justificarem, por si só, uma visita à Unidade.

A existência de práticas como estas indica a necessidade de desenvolvimento de ações educativas, que visem mostrar a importância das práticas preventivas, parte essencial das atividades da ESF.

Por outro lado, não raramente, vivenciamos algumas ações preventivas desenvolvidas de modo fragmentado. Como um exemplo desta afirmação, podemos citar que o exame das mamas bem como as orientações à saúde da mulher não são desenvolvidos em conjunto ao exame de colpocitologia oncótica (preventivo de câncer de colo uterino). Este tipo de fragmentação é típico dos esquemas reducionistas e imediatistas do paradigma tradicional e biologicista, da atuação em saúde.

Especificamente ao Programa de Saúde da Família, as ações de cunho preventivo e de promoção encontram-se prejudicadas também pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, pois como já vimos, de acordo com Carvalho (2006), com frequência seus conhecimentos se limitam ao desempenho frente à doença. Desta forma, necessidades de saúde podem passar despercebidas, por eles.

Diante desta situação, cabe ao enfermeiro realizar, de forma sistematizada e contínua, um programa de educação em serviço que tenha como finalidade capacitar os agentes comunitários de saúde a identificar e intervir sobre os aspectos geradores de doença bem como atuar na prevenção e promoção da saúde.

Porém, os enfermeiros e outros agentes oficiais, detentores de conhecimentos mais amplos e aprofundados, muitas vezes, encontram-se envolvidos em uma série de outras atividades e não têm condições de assumir mais esta tarefa. Assim, a atuação do Programa permanece centrada em práticas curativas.

De forma coerente com estas tendências gerais, a maior parte das ações dos agentes oficiais da Unidade do Programa de Saúde da Família de Porto Rico encontrava-se centrada na consulta médica. Como exemplos dessa atenção, podemos mencionar a prioridade no agendamento, na pré-consulta, nos horários e número de consultas.

Mesmo as visitas domiciliares eram priorizados para os indivíduos que manifestavam alguma doença, especificamente, hipertensão e diabetes.

Ainda nas visitas domiciliares, verificamos que as orientações dos Agentes Comunitários se limitavam ao uso correto da medicação prescrita pelo médico, em detrimento

de outros medicamentos como anti-helmínticos, contraceptivos ou vacinas. Também não eram realizadas orientações que envolvessem a promoção da saúde.

Os demais profissionais, excluídos os Agentes Comunitários, não se ausentavam da Unidade, em seus períodos de trabalho.

Assim, as ações empreendidas pela equipe da Unidade que analisamos parecem ser derivadas de concepções fragmentadas, reducionistas e mecanicistas sobre os processos de saúde-doença. Entretanto, a origem dessas concepções advém de uma série de estruturas maiores, que passam, como já vimos, pelos sistemas oficiais e chegam até a própria forma de organização da sociedade.

O conjunto destas informações indica que, embora o Programa de Saúde da Família tenha sido elaborado a partir de uma outra concepção sobre a saúde e os cuidados, na prática reflete, ao menos em boa parte das Unidades de execução, os mesmos modelos que pretendia superar.

Outra razão possível é a predominância, ainda hoje, e mesmo nos cursos universitários da área da saúde, do modelo biomédico. Formados segundo este modelo, é possível que os profissionais tenham dificuldade em atuar de outras formas que não as previstas por ele.

6 AS CONCEPÇÕES DO GRUPO DE USUÁRIOS

Das nossas 13 entrevistadas, uma era pescadora e outra trabalhava em uma pousada. As demais não trabalhavam fora de suas casas. Dessas, duas eram aposentadas. A faixa etária das entrevistadas era entre 20 a 60 anos e destas, duas procuraram a unidade para consulta durante o período estudado. Nas famílias das demais, haviam sido atendidos os filhos, em 9 famílias, o marido e um neto.

As doenças mais citadas nas entrevistas e que foram apresentadas pelas entrevistadas como motivos da procura pela UPSF, foram doenças respiratórias (13), alergia (3), febre (3), cefaléia (2), diarreia (2), rotavírus (2), infecção do ouvido (1) e úlcera gástrica (1).

A maior frequência de referências às doenças respiratórias não surpreende, por serem essas as principais causas de procura por consulta médica identificadas na pesquisa sobre morbidade. Por outro lado, a predominância destas patologias acabou direcionando, em grande parte, os depoimentos das entrevistadas como veremos nos agrupamentos seguintes.

6.1 CONCEPÇÕES SOBRE AS DOENÇAS

Tal como já registrado por Bercini (2003) em um grupo semelhante, as entrevistadas classificam as doenças vivenciadas por elas e seus familiares de acordo com a gravidade percebida e os transtornos produzidos por essas afecções. A maioria das doenças citadas durante as entrevistas, é apreendida pelas entrevistadas, que são também cuidadoras, como doenças simples, que fazem parte do dia-a-dia das pessoas. Às vezes, essas doenças são consideradas, pelas entrevistadas, como normais.

Nesta escala de gravidade, as gripes, talvez por sua frequência ou talvez por serem percebidas como pouco perigosas, alcançam uma classificação bastante baixa. Ora são classificadas como doenças “que não são sérias” (séria, aqui, pode ser o equivalente a perigosas, ou capazes de colocar a vida de seus portadores em risco):

[...] as doenças assim... quando não é doença séria, não é só gripe, essas coisas, então, esse tempo ajuda a ficá doente mesmo [...] (M₁).

Em outros momentos, elas sequer são consideradas como doenças.

[...] uma gripe, um mal-estar, isso pra mim não é doença, isso é uma coisa que todo mundo tem (M₁₁).

Algumas das entrevistadas chegam a referir-se às gripes em termos depreciativos, que demonstram a pouca gravidade atribuída a este tipo de doença:

Por causa de uma doencinha besta. É a gripe, só uma gripe mesmo (M₁₄).

No outro extremo, doenças que são de difícil tratamento ou até mesmo incuráveis, que deixam as pessoas acamadas, impedindo a realização de atividades do seu cotidiano e que implicam em risco à vida, são consideradas como verdadeiras doenças e classificadas, por algumas entrevistadas como “doença, doença!”. Neste caso, a repetição dos termos parece servir para destacar o grau de gravidade percebido.

A única coisa que a gente pega é gripe, doença, doença, doença mesmo nada! Só na gripe, a gripe vem, não tem jeito mesmo! (M₆).

Graças a Deus nunca teve doença, doença!! Por que doença pra mim é um câncer, uma AIDS, isso pra mim é doença [...] Um doente pra mim é uma pessoa acamada, por exemplo, um doente com câncer, ele é um doente, muitas vezes não tem cura, né? (M₁₁).

Numa outra dimensão, as doenças são percebidas e classificadas de acordo com a intensidade dos transtornos que produzem no cotidiano das famílias, ou do potencial que apresentam para isto. Quando perguntadas, sobre a saúde dos demais membros da família, algumas entrevistadas citam que a família não possui problemas de saúde. Porém, logo em seguida informam sobre alguma doença, como se esta fosse normal, fazendo parte do seu dia-a-dia.

É... problema... agora esse tempo é problema, gripe, alergia, alergia respiratória, mas do mais. Agora ultimamente não (M₁).

Tá bem! Tudo jóia, graças a Deus. Só ele [filho], esses tempo atrás só gripe, o clima do tempo, como criança normal, fora isso nada (M₅).

Outras patologias, que devem ser consideradas como mais sérias, mas que já fazem parte do cotidiano das famílias, também são lembradas com dificuldade, e citadas como se fossem pouco graves.

Tá bem, só o A. que tem problema, ele toma remédio controlado por causa que ele tem convulsão, né? Por causa de febre (M₄).

Tá beleza, tá beleza, tá tudo jóia. Tem, tem sim, meu cunhado tem problema, ele é deficiente mental [...] (M₁₃).

Por outro lado, alterações mais severas ou intensas das atividades tidas como normais e esperadas para cada pessoa ou grupo, atuam como definidoras da gravidade das patologias, como já vimos com relação ao câncer ou a outras doenças que levam seus portadores a permanecerem acamados.

6.2 A IDENTIFICAÇÃO DOS ESTADOS DE DOENÇA

As alterações na rotina servem, também, como elementos para a identificação inicial da presença de algumas formas de doença.

O indivíduo, quando está doente, muda de comportamento. Quando comportamentos considerados normais são substituídos por outros não frequentes, levanta-se, de imediato, a suspeita da existência de alguma doença. As crianças são os principais personagens nessa relação de mudança, em que o não querer brincar e a ausência de alegria são sinônimos de doença.

[...] a pessoa fica lá meia... não qué brincá, a criança não qué brincá, então a gente já vê que tá doente [...] (M₁).

Fica muito quieto, né? Muito triste, porque eles são bagunceiro, e quando fica muito quieto é porque tá doente (M₄).

Ou igual por exemplo o meu filho quando ele tá quieto alguma coisa é, ele não pára! Não pára de jeito nenhum! (M₅).

Além da mudança nas atividades, as disposições para agir e a expansividade emocional, também atuam como elementos denunciadores das alterações na saúde. A doença, é vista como sinônimo de tristeza, ela deixa as pessoas abatidas, sem disposição. Esse sentimento de tristeza é facilmente observável pelos membros cuidadores da família.

Fica muito quieto, né? muito triste [...] (M₄).

Pelo aspecto dela, quando a gente acostuma com uma pessoa, daí quando ela chega meia triste, meia cabisbaixa, né? Alguma coisa acontece, né? (M₅).

[...] uma que a pessoa fica meio abatida, mais pra baixo, daí dá pra vê que tá doente (M₈).

Hum... quando tá [...] tá abatido, com aquele ar de cansado, pra mim é doente (M₁₃).

Mudanças na expressão facial, associadas às alterações comportamentais também são consideradas como indicadores de doenças.

Criança, você já sabe, ela gosta de brincá, pula pra lá, pula pra cá e já começa a ficá meio triste, já começa a encostá, deitá, né? Senta, fica muito quetinha, a gente já nota, pelo jeito, assim... o sembrante (M₇).

Além disso, os sinais e sintomas das doenças podem ser percebidos através de características físicas, que não são consideradas normais para a cuidadora. O olhar e a cor da pele, são destacados nas falas das entrevistadas.

É no zóio, né filha? Fica o olho branco, fica com o olho morto, fica com o olho descaído (M₃).

[...] a gente olha parece que tá pálido, uma hora a gente tem uma febre e já vai logo procurá, porque febre é a primeira coisa que tem que procurá, porque se tá doente e não tem febre não tem tanto perigo, mas quando tem febre tem que vê logo. Hoje mesmo minha neta veio aqui [...] e ela falou: hoje eu não tô com coragem, mas quando ela entrou eu já vi que ela tava com o olho meio assim... meio roxo e já faz uns três dia que ela toma remédio pra garganta [...] (M₉).

[...] quando tá pálido, tá muito amarelo [...] (M₁₃).

Apesar desta variedade de sinais, porém, as alterações no comportamento parecem constituir o principal conjunto de sinais considerados. Nos adultos, a incapacidade de movimentação é tida como elemento não apenas indicador da presença de uma doença, mas também definidor da própria caracterização dela.

A expressão “estar de cama” ou “acamada” é muito utilizada para definir quando uma pessoa está doente.

A pessoa, das veis, só sentado, deitado, dá outra hora deitado, não qué come, aí a gente nota que aquela pessoa não tá bom, né? (M₃).

Quando tá desanimado, quando vai pegá o serviço parece que não tem coragem [...] (M₉).

Um doente pra mim é uma pessoa acamada [...] (M₁₁).

6.3 CAUSAS ATRIBUÍDAS ÀS DOENÇAS

Quando perguntamos “Por que você acha que essa pessoa ficou doente?” a maioria das entrevistadas relacionou as causas das doenças com o ambiente em que vivem.

Especialmente no caso das doenças respiratórias, as causas são atribuídas ao macro ambiente físico, ou seja, à exposição a fatores externos e às condições climáticas, principalmente às variações da temperatura e da umidade do ar.

Agora eu vou culpar todo tempo, esse esfria-esquenta, mas eu acho que é normal uma infecção de garganta, acho que é normal. [...] as doença assim, só essas coisas de inverno [...] (M₁).

Acho que foi essa mudança do tempo, eu acho que é, porque na mesma hora que tá frio, vem esse calorzão. Esse calorzão e agora esse tempo frio, chove, esquenta, esfria, o corpo da gente não guenta, né? (M₂).

Ah, não sei, eu acho que é por causa do tempo assim, muito seco, não chove muito, acho que é por isso. Ela fica bem atacada quando tá bem seco (M₁₂).

Já para outras entrevistadas, as doenças estão relacionadas principalmente com os micro-ambientes, ou seja, com as condições específicas de suas casas ou do entorno das mesmas.

Olha! É por causa que lá onde eu moro, lá onde eu moro tem muito pernilongo, né? como o doutor disse que ele [filho] tem alergia de pernilongo eu acho que deve ser isso, né? (M₅).

O médico fala que a gente tem que evitar cachorro, gato, poeira e não tem como! Porque veja o nosso barraco! Tem pedaço de terra, tem pedaço de ladril, não tem como [...] (M₁₀).

Sempre relacionando as doenças e suas causas com o macro-ambiente e principalmente a temperatura, as entrevistadas acrescentam, ainda, que a falta de cuidados e de atenção, principalmente por parte de outras cuidadoras de suas crianças, são outros fatores que contribuem para o surgimento especialmente das doenças respiratórias.

Aí dá! Se ele [filho] ficar em casa ele não fica doente, porque na creche eles dão muito banho, e deixa as criança tomá banho sozinho também, as professoras são muito desligadas, sei lá, desse tamanho tomar banho sozinho, você acha?! (M₉).

Ela fica com minha mãe de manhã, então, ela faz tudo que ela qué, você entendeu? Então com o frio ela fica muito assim descalça, minha mãe deixa

ela fazê tudo que ela qué. Tomar água gelada é assim... é gripe, é garganta, outra coisa não tem, você entendeu? Então eu acredito que seja isso, alguma extravaganza mesmo... sorvete essas coisas (M₁₁).

Apenas uma entrevistada relacionou a doença e suas causas com fatores internos. Para ela, a doença é ocasionada pelo desequilíbrio, como se o ser humano fosse completo e a ausência ou o mau funcionamento de um elemento provocasse a doença.

Acho que alguma coisa deve tá errada no organismo pra ficá doente, falta de alguma coisa, né? Não sei porquê, de repente você tá boa, de repente você tá doente (M₂).

A velhice é vista também como uma causa de patologias. Para uma entrevistada, algumas doenças como a hipertensão arterial, fazem parte do envelhecimento. Esta forma de concepção, coincide com o imaginário popular, que associa a velhice à doença.

De uma forma ou de outra, apesar de alguns pronunciamentos divergentes, a maior parte das entrevistadas mostrou acreditar que os fatores externos são os principais causadores das doenças em suas famílias.

Este pode ser um raciocínio derivado do tipo de patologia que elas enfrentam com mais frequência e que vinham enfrentando pouco antes das entrevistas. Talvez diante de outros quadros pudessem manifestar outras atribuições ou dar ênfases maiores a algumas das que foram citadas apenas de passagem nestes seus depoimentos.

Estas possibilidades parecem receber sustentação pelo estudo de Bercini (2003), que detectou uma gama maior de explicações sobre as causas das doenças, emitidas por um grupo relativamente semelhante ao de nosso estudo.

A população estudada, em nenhum momento relacionou as doenças e suas causas com a presença de microorganismos, tais como bactérias, vírus ou fungos, talvez por não ser orientada adequadamente durante o atendimento médico, ou, até mesmo por classificar suas doenças como normais, já que a maioria das entrevistadas relata que as demais doenças, classificadas por elas como graves, não fazem parte de sua realidade.

Estas concepções sobre a origem das patologias aparecem estritamente associadas às formas de prevenção tidas como possíveis e citadas pelas entrevistadas.

6.4 AÇÕES PREVENTIVAS

De acordo com as concepções das entrevistadas, as doenças podem ser provocadas especialmente pelas condições externas e/ou climáticas, e, para a prevenção, é necessário evitar a exposição a essas condições, principalmente às oscilações da temperatura. Como já vimos, é possível que essas medidas de prevenção tenham sido as mais citadas, por estarem associadas às doenças mais frequentes na população estudada.

Prá não ficá doente? A gente, a gente evita assim... negócio de friagem, tomá friage, mode de gripe, essas coisa [...] (M₃).

[...] eu não deixo ficá no sereno, não ficar descalço, não ficá no vento (M₄).

[...] eu tô evitando de ele tomá sereno, saí a noite com ele (M₆).

Ai, eu evito muito frio, não dá água gelada prá ele [filho], as vezes eu nem dô banho nele, ontem mesmo eu nem dei banho nele, tava muito frio (M₈).

Os cuidados com a alimentação também são considerados, pelas entrevistadas, como medidas importantes para a prevenção de doenças. Dietas equilibradas, com frutas e vitaminas, são apontadas como elementos importantes para a manutenção da saúde.

Pra não ficar doente? É... a gente tenta... tenta fazê, cuidá da alimentação, [...] (M₁).

A gente cuida assim... pra se alimentá mais, compra alguma coisa que a gente não tem, não só arroz e feijão, comida seca, a gente compra mais uma vitamina, comprá alguma fruta e vê se se alimenta mais [...] (M₉).

Por outro lado, eventuais tentativas de controle ou de diminuição de alimentos possivelmente nocivos à saúde não são citadas, pelas entrevistadas.

Para algumas delas, a limpeza do ambiente domiciliar é a principal forma de evitar doenças. Esta medida foi citada pelas entrevistadas que vinham enfrentando ou que tinham enfrentado recentemente, em seus grupos familiares, alergias respiratórias.

Ah, tem que mantê quase tudo bem limpinho, sem poeira, por causa dela, tem que tá tudo sem poeira dentro de casa. Quando ela vai dormir tem que por toalha úmida, passá pano no quarto, pra evitá a poeira, senão... (M₁₂).

Outras medidas ou estratégias de prevenção não foram citadas, no decorrer das entrevistas.

Para uma entrevistada, as noções de prevenção de doenças são passadas de geração a geração, de mãe para filho. Essas noções, estão relacionadas principalmente, com os cuidados com as condições externas e a alimentação.

Pra não ficar doente? É... a gente tenta... tenta fazê, cuidá da alimentação, cuidá pra não ficá se expondo muito com o pé no chão gelado, essas coisas de mãe, de mãe, que vem de lá de trás, a mãe vai passando pros filhos (M₁).

Foi possível perceber também, a presença da religiosidade, permeando as concepções destas mulheres sobre a saúde. De acordo com esta forma particular de pensamento, o ser humano não é capaz de prevenir doenças e só Deus pode fazê-lo.

Nóis pede ajuda de Deus, né? Só Deus pra nos livrá de doenças, né? É verdade que ele já levou todas nossas doenças, todas as nossas enfermidades, como é que diz lá na bíblia nós somos sarados, nós procura o maior possível prá crianças prá não ficar doente (M₇).

Algumas entrevistadas não conseguem formular ações de prevenção. Outras, consideram difícil a proposição de qualquer alternativa, seja devido às condições em que vivem, seja porque consideram a presença de doenças, especialmente a da gripe, como inevitáveis.

Aí é meio difícil, né? É meio difícil, né? Porque a gente trabalha, levanta cedo, né? Porque vai, eu levanto cinco horas da manhã...todo dia, seis hora tem que tá lá naquela esquina pra pegá o ônibus, de vez em quando tá chovendo, de vez em quando tá frio, então, todo jeito você sai do ambiente quente e vai né? (M₂).

[...] a gripe vem, não tem jeito mesmo! (M₆).

Apesar da equipe de saúde, oferecer algumas orientações, sobre a prevenção de doenças, observamos, durante uma de nossas visitas, que nem sempre as medidas propostas são adotadas, pois havia, dentro do domicílio, cinco cachorros. A entrevistada dessa casa ainda afirmou:

O médico fala que a gente tem que evitá cachorro, gato, poeira e não tem como! (M₁₀).

Ao final da entrevista, quando perguntamos “O que vocês fazem para não ficar doente?” a entrevistada em questão apenas respondeu

Agora você apertou mesmo! É uma resposta que eu não tenho [...] (M₁₀).

6.5 AÇÕES CURATIVAS

Uma vez instalada a doença, a procura por serviços oficiais de saúde é considerada, para algumas entrevistadas, a primeira opção para a cura.

Nóis procura mais... nós procura mais levá no posto de saúde (M₇).

Eu levo no médico, e se não melhorá eu levo de novo, até ir melhorando (M₈).

A utilização de medicações é vista como a principal forma de cura para as doenças. As entrevistadas raramente relacionaram a cura com cuidados simples, que podem ser realizados em casa, como a higienização.

[...] daí eu dei remédio pra ele [filho], e daí aquele remédio não foi bom, daí eu levei no médico de novo daí ele tá tomando remédio de novo (M₅).

Ah, eu tomei remédio, tomei comprido da coceira que eu tava, usei pomada, meu esposo também tomou [...] E pra ele [filho] eu dei remédio, inalação que o médico sempre pede (M₁₃).

Por vezes, em casos mais simples, a prática da automedicação é adotada como medida imediata, para atenuar os sintomas até a realização do atendimento médico.

Eu levo ao posto, eu levo. Quando dá febre a noite, por exemplo, eu dou sempre um antitérmico, um paracetamol, uma dipirona e sempre no dia seguinte eu levo ao médico (M₁₁).

Uma entrevistada relata que, além da procura por serviços oficiais de saúde e o uso de medicamentos padronizados, a utilização de remédios caseiros, como os chás, é considerada também uma forma eficaz para a cura de doenças.

A gente faz remédio, vai no hospital. Eu sempre faço remédio caseiro, chá de guaco, chás... ajuda... ajuda bastante (M₂).

Diante de casos graves, porém, as medidas prescritas pelos setores oficiais de

atenção à saúde são seguidas à risca, mesmo que isto implique em fazer frente, às vezes, a altos custos de medicamentos.

Ele [marido] ficou em Loanda, internado uns dois, três dia, daí veio uns comprimidos muito caro, que custa parece 40 reais e vinha seis comprimido, ele teve que tomar bastante. Aí ele foi se sentido bem, foi pegando força de novo, tomo muito sangue também lá, e não pareceu nada até agora. A gente tem sempre um pouco de cisma, mas não tem problema nada. Ele ficou bom, mas tomou muito remédio (M₉).

O paciente em questão havia sido acometido por uma úlcera gástrica.

6.6 RESOLUTIVIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

De uma forma geral, as situações em que os serviços locais de atendimento à saúde não conseguem atender ou atenderam de forma pouco eficiente aos problemas apresentados por elas ou seus familiares, são vistas com naturalidade pelas entrevistadas.

Por um lado, devido à complexidade de alguns quadros e à falta de recursos e de especialistas, alguns problemas de saúde não podem ser resolvidos na UPSF local. Para a realização de exames mais complexos e consultas especializadas, é necessário o deslocamento para cidades vizinhas ou a procura por atendimentos particulares.

[...] na semana passada eu fui no dentista, daí ele falou que eu tenho que ir em Loanda pra fazer um raio X [...] (M₃).

[...] quando a gente não tem... eles não dão pra tratá, eles mandam pra fora, os dois médicos que trabalha aqui eles manda prá fora. [...] Aqui mais eu é a vista, porque eu não enxergo quase dessa vista. Aqui não tem, daí eu tenho que pagá oculista. Tem oculista também, mas como foi muito rápido que subiu a pressão do olho daí eu precisei ir logo no oculista pago [...] (M₉).

Assim, as limitações de pessoal e de equipamentos, parecem ser aceitas sem questionamentos e servem para justificar a falta de atendimentos a situações mais complexas ou de maior urgência.

Por outro lado, diante de situações mais simples, os serviços locais são vistos como ora eficientes, ora nem tanto. Alguns relatos apontam a necessidade de sucessivos retornos ao atendimento médico para a melhora ou cura da doença.

Sarô, ela [filha] tá até boa já. A menina sarô, graças a Deus. Mas eu não resolveu (M₂).

[...] eles me dá remédio mas parece que aquele remédio não combate, não sara, e me empata eu comê e engoli as coisa [...]. Eu já fui no posto umas par de veis, mas não resolve nada [...] (M₃).

Demorô, a primeira vez, tipo, ele voltava pra passá outros remédio pra ele [filho] e agora dessa vez deu uma melhorada boa (M₆).

Apesar disto, a forma tranqüila como estes depoimentos são feitos e a falta de manifestações de inconformismo com este tipo de situação, permite supor que procurar a unidade, por mais de uma vez, para resolver os problemas de saúde, é considerado um caminho normal para a cura da doença e que, para essas cuidadoras, é natural que os problemas não sejam resolvidos nos primeiros atendimentos.

Toma uns remedinho, as veis eu levo ele [filho] umas duas veis na semana no posto, daí eu falo pro doutor: passa logo uns dois remédio que eu não vou ficá vindo aqui direto, passa um remedinho de vez em quando, agora que ele melhorou um pouco. Eu levo no médico, e se não melhorar eu levo de novo, até ir melhorando [...] as vezes não sara e tem que levá de novo (M₈).

Não é tudo, as veis, não é toda veis que você vai no médico que dá certo, mas tem que i, né? Tem que i toma um remédio e você melhora (M₁₀).

Assim, parece completar-se um quadro no qual se confirma um alto grau de fatalismo nas concepções das entrevistadas, sobre os processos de adoecimento e de cura. Por um lado, o surgimento de doenças é inevitável ou dificilmente evitável. Por outro, a cura, embora possa ocorrer de forma eficaz e rápida algumas vezes, em outras, depende de uma série de tentativas e de persistência na busca da solução. E não há nada que possa ser feito diante disto, também.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS COM USUÁRIAS

Para melhor compreensão faremos uma pequena explanação sobre as condições de vida da população de Porto Rico com base em estudos já realizados na localidade. Posteriormente, faremos a análise e discussão das entrevistas seguindo a ordem apresentada no capítulo anterior.

Porto Rico não difere, em muitos aspectos, de tantas outras pequenas cidades do interior do país. Em função das transformações na economia, vem deixando de oferecer oportunidades de trabalho, especialmente nas atividades agrícolas e, com isto, seus habitantes vêm sendo forçados a migrar, seja da área rural para a urbana, seja dali para outros centros maiores.

Em Porto Rico, além disso, a construção das grandes barragens, e a implantação das áreas de preservação ambiental, contribuíram para intensificar e acelerar estes processos.

De acordo com dados do IBGE reunidos por Sá (2002), a população total do município de Porto Rico, que era de 6.192 habitantes em 1970, havia sido reduzida para 2.550, em 2000. Em 30 anos, o município perdeu 58,8% de seus moradores.

O processo de esvaziamento populacional foi muito mais intenso na zona rural do município: dos 5.167 moradores desta área, em 1970, restavam apenas 909 em 2000, o que significa um decréscimo de 82,4%. O número de moradores do núcleo urbano, por sua vez, aumentou em 60,1%, passando de 1.025 para 1.641.

Estudos como os de Tomanik e Godoy (2004), mostram que a quantidade de postos de trabalho em Porto Rico não cresceu, a ponto de acolher plenamente os novos moradores urbanos. Além disso, uma parcela dos que hoje moram na cidade, é formada pelos antigos habitantes das ilhas.

Estes adotavam, anteriormente, formas de produção voltadas muito mais para a subsistência de seus grupos familiares do que para as transações comerciais. Além disso, as formas de trabalho a que estavam acostumados envolviam, quase sempre, considerável esforço físico, utilização de ferramentas e de tecnologias simples e grande dependência das condições naturais.

Isto significa que estão pouco preparados para as exigências típicas das ocupações que, nos meios urbanos, oferecem melhor remuneração e condições de trabalho, mas que exigem graus bem maiores de capacitação profissional.

Segundo os mesmos autores, boa parte dos moradores tem que se sujeitar, quando consegue uma colocação no mercado de trabalho local, às ocupações temporárias, que exigem pouca capacitação profissional, mas que oferecem baixa remuneração. Os serviços temporários contratados pela Prefeitura representam, hoje, uma importante fonte de renda, na cidade. A alternativa de procurar melhores condições de trabalho e de vida em outras cidades de maior porte não parece viável, já que, além de suas qualificações profissionais pouco adequadas, eles sofrem ainda as limitações da baixa escolaridade.

As trajetórias de vida das entrevistadas e, especialmente, a falta de perspectivas, são fatores que provavelmente atuam fazendo com que eles se conformem e se submetam às condições em que vivem e que, de acordo com Tomanik (1997) tenham trocado a autonomia de que dispunham anteriormente, pela condição de dependência dos poderes públicos em que vivem hoje.

Todas estas condições, associadas ao domínio provavelmente limitado dos conhecimentos científicos, podem estar contribuindo para produzir e para manter o relativo conformismo que as mulheres que entrevistamos evidenciaram, em relação aos serviços oficiais de saúde.

A ciência, através dos serviços oficiais, oferece a elas soluções que, por vezes, são indispensáveis, como diante das doenças tidas como graves. Estas soluções são eficientes, em alguns casos e situações. Em outras, nem tanto.

Elas, porém, como responsáveis pelos cuidados com a saúde de suas famílias, não têm como questionar ou discutir as prescrições e as explicações oferecidas pelos portadores do saber oficial. Ao contrário, dependem delas.

O mesmo estilo de concepção fatalista, parece ser estendido para a avaliação dos resultados esperados e obtidos graças à atuação dos profissionais da área da saúde: o número de retornos é citado como algo normal e como que inevitável, embora, por vezes, se queixem deles. Porém, resolvido o problema, aquela forma de não concordância parece desaparecer.

Por isto, o máximo que podem fazer é adicionar, ao que esta forma de saber afirma, algumas contribuições vindas do saber de seu próprio grupo, como as recomendações feitas, anteriormente, por suas mães ou então, alguns chás. Com isto, resgatam, ainda que em parte, seu passado, sua importância, como alguém que também tem conhecimento a oferecer e suas identidades, como cuidadoras, como participantes da história de suas famílias e de seu grupo social.

Assim, as Representações Sociais que compartilham sobre os processos de saúde-doença, embora influenciadas e limitadas pelo conhecimento oficial, ainda mantêm suas funções essenciais de saber, orientação, justificação e identificação.

O mesmo deve ocorrer em relação a outras concepções e práticas, ainda ligadas aos processos de saúde-doença, mas que se chocam com os conhecimentos oficiais. Em suas formas anteriores de trabalho e de contato com a natureza, a presença e a proximidade de animais domésticos era comum. Talvez por isso ainda haja animais dentro de algumas casas.

Em relação às concepções expressas pelas mulheres nas entrevistas, percebemos a revelação da existência de uma concepção sobre os processos de saúde-doença que é, ao mesmo tempo, mecanicista e fatalista.

Suas concepções parecem mecanicistas, na medida em que restringem as doenças aos eventos localizados em partes específicas do corpo e em ocasiões ou momentos também limitados. Além disso, parecem fatalistas, na medida em que tomam o surgimento destes quadros, embora indesejáveis, como naturais e praticamente inevitáveis.

As entrevistadas, pareceram concentrar suas preocupações apenas nas patologias apresentadas por elas ou por seus familiares, sem procurar estabelecer relações entre estes estados e noções mais gerais sobre o funcionamento integrado do organismo. Mesmo quando as perguntas eram referentes à saúde, esta era citada muito brevemente e apenas como uma situação que podia ser ou que havia sido rompida pelas doenças. Saúde, portanto, aparecia apenas como uma ausência momentânea de doenças.

Esta concepção consensual pode ser explicada a partir de pensamentos e reflexões científicas sobre o conceito de saúde dos próprios profissionais, por exemplo. Almeida Filho (2000) coloca que em relação ao conceito de saúde existe uma lacuna, ou seja um “ponto cego” a ser desvendado, pois em todas as disciplinas que constituem o campo da saúde apresentam dificuldade em construir conceitualmente o objeto da saúde, pois há uma série de concentração no conceito de modelo de patologia, com uma forte inspiração mecanicista mostrando-se incapaz de alcançar os processos relativos à vida, a saúde e tudo que faz parte da vida humana (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 6).

As concepções sobre a doença expressadas pelas mulheres, por sua vez, ficaram restritas a algum mau funcionamento orgânico, mesmo que este seja, às vezes, provocado por alterações ambientais, como as mudanças climáticas, ou as condições ambientais desfavoráveis, como a presença de pernilongos ou as condições pouco satisfatórias de moradia.

Apesar de questionado, o paradigma biologicista ainda não deixou de ser adotado. Observamos que é ele que orienta a realização de grande parte das pesquisas, a atuação dos profissionais da área da saúde e a formação dos novos membros das várias comunidades de especialistas desta área.

O novo paradigma que, de acordo com Capra (1982), considera a saúde como o resultado de um equilíbrio dinâmico dos vários aspectos que compõem a vida e que valoriza o ser humano como sujeito transformador da sua saúde, embora reconhecido como superior e necessário, ainda parece longe de consolidar-se como dominante. Talvez por isto esteja mais presente nas propostas, que nas práticas.

Em relação à prevenção de doenças, em seus depoimentos, as entrevistadas afirmam considerar que a exposição a condições adversas de tempo ou o contato com o ar, a terra ou a água, quando estes estão frios, são potencialmente perigosos. Reconhecem, ainda, que o contato com a poeira e animais também pode ser nocivo, nos casos de alergia.

Além disso, verificamos que, especialmente para as mulheres, a atividade física era intensa, mas essencialmente voltada para o trabalho e o cumprimento de seus deveres domésticos. Provavelmente, por isto, os exercícios físicos, voltados ao lazer e à prevenção, mas que não fazem parte de seus papéis como mãe, esposa ou trabalhadoras, sequer foram citados.

Entre as entrevistadas, percebemos que, idéias como a de que apenas a vontade divina é capaz de prevenir o surgimento de doenças, mesmo fatalistas, refletem uma concepção de que os processos de saúde-doença não ficam restritos ao funcionamento biológico do organismo. Crenças em um destino previamente traçado por forças superiores e incontroláveis, são igualmente típicas da cultura das populações tradicionais. Como agricultores e ilhéus, eles não controlavam as chuvas, o clima e as enchentes. Hoje controlam menos ainda o meio urbano. Não é de estranhar, portanto, que as entrevistadas, cuidadoras da saúde dos seus grupos familiares, sejam fatalistas em relação ao surgimento de doenças e que adotem poucas medidas de prevenção.

Mesmo reconhecendo esta interferência das condições ambientais e de vida na determinação dos agravos à saúde, as entrevistadas não evidenciaram, em nenhum momento, preocupações sobre a necessidade de mudanças em seu estilo de vida ou em seu ambiente, como formas de prevenir o surgimento de novos quadros de doenças.

No entanto, declaram-se impotentes para evitar todas estas condições, por uma série de razões. Uma delas, a principal, são as limitações econômicas, que as obrigam a exercer

trabalhos em que ficam expostas às variações climáticas ou as impedem de morar em uma casa com melhores condições.

Outra razão alegada, é o fato de que, talvez por essas limitações, em alguns casos não são elas que cuidam dos filhos o tempo todo e, assim, não podem exercer de forma plena os cuidados necessários para a manutenção da saúde dos mesmos. Através desta alegação, mais uma vez, consideram que as condições para a manutenção da saúde fogem do seu controle.

Outras possibilidades de prevenção e de cuidados, tais como mudanças no estilo de vida, diminuição ou eliminação do consumo de substâncias potencialmente nocivas ou a realização de exames preventivos, se conhecidas por elas, parecem não ser reconhecidas como úteis ou necessárias, já que não foram citadas.

Ao finalizar essa análise e compará-la com os conjuntos de ações realizados, percebemos a correlação entre os atendimentos identificados (maio prevalência em doenças respiratórias) enfoque curativista nas ações dos profissionais. Isto parece refletir nas falas das entrevistadas que foram focadas nas doenças, principalmente nas doenças respiratória e na cura, dando pouco ênfase á promoção e prevenção em saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois de tantos percalços no decorrer desse estudo, dá-nos a impressão de que ele poderia ter sido deferente em todo o seu processo, e se começássemos novamente talvez o iniciáramos de uma outra forma. Provavelmente isso se deva pela maturidade alcançada durante esses quase três anos.

Apesar da felicidade de estar terminando uma etapa tão esperada da vida, parece que ela poderia estar sendo mais bem apresentada do que de fato o está e, a vontade de recomeçar é grande. Mas o tempo e uma série de outras coisas impedem que isto aconteça.

Inicialmente, gostaríamos de dizer o quanto esse processo científico interferiu em nossa vida, mesmo que de forma dolorosa e sofrida, porém, de grande aprendizado, pois os resultados aqui apresentados nos deixaram satisfeitos, pois atenderam nossos objetivos substantivos e contribuíram para um novo conhecimento na área de saúde. Esperamos assim com o resultado desse estudo, apoiar outros profissionais que pretendam trabalhar com essa temática.

Quanto aos objetivos propostos - conhecer e compreender as concepções sobre o processo saúde-doença que norteiam as ações dos profissionais e usuárias dos serviços de saúde, da UPSF de Porto Rico - acreditamos que todos foram alcançados.

Em relação ao método, realizar o estudo em três etapas no permitiu uma visão mais ampla nos oferecendo subsídios para inferir sobre as questões consensuais sobre saúde e doença, expressadas pelas entrevistadas.

Em relação aos resultados obtidos, observamos que as atividades realizadas pela equipe do Programa são centradas, essencialmente, na identificação e no tratamento das doenças. São orientadas pelos sintomas e voltadas para a superação de suas causas mais próximas. Práticas como estas são típicas do paradigma biologicista, cuja superação é vista como necessária, pelo paradigma holístico.

Estas contradições podem ser explicadas, ao menos em parte, por estarmos vivendo o início de um processo de revolução científica, em que o paradigma biologicista, apresenta sinais claros de crise. Nos meios científicos, como vimos, esta crise é evidenciada mesmo quando programas nacionais de atenção à saúde, como é o caso do PSF, são planejados com base em outro paradigma.

Outro fator a ser considerado é a forma como as atividades realizadas pelos profissionais ligados ao Programa são avaliadas. Em nossa experiência, pudemos observar

que os relatórios exigidos, além de numerosos, prendem-se a aspectos puramente quantitativos das ações realizadas, o que direciona e restringe as possibilidades de ação daqueles profissionais. Como exemplo desse fato, podemos citar a valorização da quantidade de verificações da pressão arterial, em prejuízo das orientações sobre os outros cuidados com a saúde.

Princípios como os da universalidade, integralidade e equidade parecem muito distantes de serem atingidos uma vez que, na verdade, raramente são buscados.

Além disso, agindo como participantes dos universos reificados de conhecimentos, nos quais as possibilidades de participação e de manifestação são estabelecidas de modo hierárquico e rígido, segundo a qualificação formal dos interlocutores, os profissionais da área da saúde tendem a dedicar pouco esforço às formas de estímulo à participação da comunidade, especialmente nos processos de planejamento das ações. Tendem a agir, ainda, de forma a dividir pouco seus conhecimentos. Assim, os vários processos que vêm ocorrendo no âmbito de cada um dos universos de conhecimentos, tendem a combinar-se.

Desvalorizando seus conhecimentos consensuais, a população leiga espera que os agentes oficiais saibam como cuidar de sua saúde. Presos, ainda, ao paradigma biologicista, os profissionais dedicam-se muito mais à cura de problemas já manifestados, que à prevenção ou a promoção.

Focam sua atuação, portanto, mais na doença que na saúde. Assistida segundo este modelo, a população o assimila e passa, também a agir segundo ele. Passa, ainda, a esperar e a cobrar dos profissionais que ajam desta forma.

Mantendo seu saber verticalizado, os profissionais, por sua vez, reafirmam os papéis reservados aos dois grupos de atores, retroalimentando, mais uma vez, o círculo.

Assim, os conteúdos do paradigma passam além dos limites do universo reificado de conhecimentos e passam a fazer parte dos processos de socialização da população atendida.

Por isso, é importante adotar medidas que incluam orientações e práticas, que visem promover mudanças no estilo de vida e que incluam a adoção de comportamentos saudáveis e medidas de prevenção de doenças.

Acreditamos, que ao trabalhar com a promoção e a prevenção, é possível haver uma diminuição na frequência de procura por atendimento na UPSF e isso conseqüentemente irá repercutir no cumprimento de seus objetivos básicos e principalmente na forma de vida da comunidade.

Estas medidas poderiam incluir, desde uma ênfase maior em medidas preventivas, até um processo amplo que envolvesse a participação da população na busca de uma

compreensão mais ampla sobre a saúde e as relações da mesma com outros fatores, como o estilo de vida, as condições de trabalho e as relações sociais.

É preciso, quebrar o encadeamento que existe nas relações que permeiam os processo de busca de melhoras nas condições de saúde. Este é apenas um passo inicial, mas que não pode ser esquecido, se quisermos ao menos buscar formas mais plenas e satisfatórias de relacionamentos.

Afinal, se pretendemos cuidar de seres humanos, temos que buscar compreender o que eles são, o que buscam e porque agem, como interagem e como, nestas interações, transformam-se e transformam seu mundo. A busca destas compreensões atrela-se, ainda, a uma outra: a de que só serão efetivas aquelas mudanças realizadas com os vários atores que co-participam dos processos sociais e não aquelas propostas por uns e para outros.

Acreditamos que seriam necessárias, da parte do sistema oficial, ações bem direcionadas e persistentes, para alterar hábitos e convicções como estes fatalismos, retorno inevitável, dotados de significados e de importância, e ancorados em construções culturais próprias de seus grupos e de seus antepassados. Ao que parece, porém, esforços como estes ou não vem sendo realizados, ou vêm sendo empreendidos de forma pouco eficiente.

A partir dos resultados encontrados em relação ao trabalho dos profissionais, fundamentados no paradigma biologicista, depreendo, então, que há necessidade de preparo do profissional para trabalhar na UPSF. Já que o mesmo prevê atendimento integralizado, priorizando a promoção e a prevenção em saúde.

Acreditamos que, ao investir na capacitação de profissionais para trabalhar nesta área, estaremos contribuindo para a diminuição do número de pessoas com doenças que buscam incessantemente os serviços de saúde e conseqüentemente contribuindo para as famílias da região de abrangência viverem com maior qualidade de vida. Oferecendo a elas a oportunidade de ter sua cidadania garantida, podendo viver com qualidade, contribuir com seu trabalho para o sustento da família, ser respeitada na sua singularidade e ativa na sociedade em que vive.

Enquanto docentes, precisamos estar atentos à formação de profissionais competentes e envolvidos com a questão da promoção a saúde e as questões que envolvem o PSF. É preciso capacitar o acadêmico a cuidar da família no PSF valorizando a sua unicidade, ensiná-lo a ouvi-la na sua singularidade, respeitá-la, desenvolver uma comunicação com ela, apoiá-la e ajudá-la nas suas necessidades.

Essa capacitação é fundamental para que a concepção calcada no paradigma biologicista, em que a doença é o foco principal da assistência, seja substituída pelas propostas inovadoras atuais.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de O. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

AGOSTINHO, A. A.; ZALEWSKI, M. **A Planície alagável do Alto Rio Paraná: importância e prevenção**. Maringá: Eduem, 1996.

ALCÂNTARA, P.; ROZOV, T. Infecções das vias aéreas superiores. In: MARCONDES, A. et al. (Org.). **Pediatria básica**. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 1381-1448.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: o ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Brás. Epidemiol.**, São Paulo, v. 1/3, p. 4-20, 2000.

ALVES, V. S. **A health education model for the family health program: towards comprehensive health care and model reorientation**. Interface (Botucatu). v. 9, no. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414>. Acesso em: 6 abr. 2006.

BARATA, R. de C. B. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 553- 563, dez. 1996.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

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

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal da saúde**: textos básicos. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>> Acesso em: 13 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Agentes comunitários da saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14 abr. 2006

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALDAS, C. P.; SALDANHA, A. L. **Saúde do idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. v. 1.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, M. H. C. de A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 499-506, abr./jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2099.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2005.

CARVALHO, M. S. et al. **Estudo de demanda ambulatorial**: do planejamento à divulgação dos resultados. Rio de Janeiro: Ensp: SDE: Pares, 1993.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciências e saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001, Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 8 abr. 2006

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema único de saúde**: comentários à lei orgânica de saúde (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). 3. ed. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2002. p. 33-53

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde da Família**, [s.l.], v.1, n.1, p.10-15, 1996.

DUARTE JÚNIOR, J. F. **O que é realidade?** São Paulo: Brasiliense, 2000. Coleção Primeiros Passos.

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.

GONDIM, S. M. G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7, n. 2, p.299-309, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 8 abr. 2005.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Rev. Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 139-146, jan./abr. 1999.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 1990, Campinas, SP. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1990. p.143-165.

LEBRÃO, M. L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo, IV- Morbidade referida em entrevistas domiciliares -1983-1984. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 452-460, 1991.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001

LOMÔNACO, J. F. B.; PAULA, F. V. de; MELLO, C. B. de et al. Desenvolvimento de conceitos: o paradigma das transformações. **Psic. Teor. e Pesq.**, São Paulo, v.17, n. 2, p.161-168, maio/ago. 2001. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2006.

LOTUFO, M.; DUARTE, E. C. Avaliação dos serviços de saúde do Município de Cáceres, MT (Brasil): contribuições à programação local. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n.5, p.427-438, out. 1987.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para as desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MATHIAS, T. A. F, MELLO-JORGE, M. H. P. Hospitalização e mortalidade em idosos: um exercício de análise comparativa. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2005.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MEDRONHO, R. **Epidemiologia-história e fundamentos**. São Paulo: Ateneu, 2002. p. 47.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. de S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O cuidado humanizado**. Maringá, 2004. Palestra proferida para os alunos e docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo - qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de O. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p.191-203.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS, J. P (Ed.). **Social cognition: perspective on everyday unberstading**. Paris: Presses Universitaires de France, 1976. 53-75..

NEGRI, B. **A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília, DF: Ed. MS, 2002.

NICHOLSON, K. G. et al. Acute viral infections of upper respiratory tract in elderly people living in the community: comparative, prospective, population based study of disease burden. **Bmj**: British Medical Journal, Edinburgh, v. 25, p.1060-1064, Oct. 1997.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 557-567, 2003.

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, fev. 2002.

PARANACIDADE. **Porto Rico: aspectos econômicos**. Disponível em: <<http://www.paranacidade.org.br/base/econom.asp?codigo=0287950>> Acesso em: 18 jan. 2005a.

PEREIRA, M. E. M.; GIOIA, S. C. Do feudalismo ao capitalismo: uma longa transição. In: ANDERY, M. A. P. A. et al. **Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 1988. p. 157-174.

QUEIROZ, M. S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 309-317, 1986.

RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Caracterizando os problemas de saúde e cuidado domiciliar oferecido às famílias do "Projeto Promovendo a Vida na Vila Esperança". **Acta Scientiarum/Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 27-34, 2004.

REGIS DE MARAES, J. F. **Filosofia da ciência e da tecnologia**: introdução metodológica e crítica. 5. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1988.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogon, 2002.

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.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

RÚDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1981.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SÁ, L. C. T. de. **História local e Ambiente**: recortes históricos sobre o Município de Porto Rico, Paraná. 2002. 89 f. Dissertação (Mestrado em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais)-Departamento de Biologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2002.

SANTOS, I. R. dos. **Os fundamentos sociais da ciência**. São Paulo: Polis, 1979.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem gerontogeriatrica**. 2. ed. São Paulo Robe Editorial, 2001.

SCOCHI, M. J. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.356- 367, jul./set. 1994.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

_____. O estudo empírico das representações sociais. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.

_____. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentido. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde**. IESUS: Brasília, DF, v. 2, n. 2, 7-21, abr./jun. 1998.

TOMANIK, E. A. **Ser e não ser**: a pesquisa em psicologia no Brasil e a questão da cientificidade. 1993. Tese (Doutorado)–Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

TOMANIK, E. A. Elementos sobre as representações sociais dos pescadores “profissionais” de Porto Rico. 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. 415-434.

TOMANIK, E. A.; CHAVES FILHO, M. M. de; LUCAS, S. M. Ocupação do espaço, exclusão e representações: uma contribuição da psicologia social aos estudos ambientais. In: ZANELLA, A.V.; SIQUEIRA, M. J. T.; LHULLIER, L. A.; MOLON, S. I. **Psicologia e práticas sociais**. Porto Alegre: Abrapsosul, 1997. p. 255-268.

TOMANIK, E. A.; GODOY, A. M. G. Demographic studies in the upper Paraná river floodplain. In: AGOSTINHO, A. A. et al. (Ed.). **Structure and functioning of the Paraná river and its floodplain**. Maringá: Eduem 2004.

TOMANIK, E. A. **O olhar no espelho**: “conversas” sobre a pesquisa em ciências sociais. Maringá: Eduem, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul./dez. 2001.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 11-48, 1998.

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.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

WAIMAN, M. A. P.; MARCON, S. S.; RADOVANOVICK, C. A. T.; SILVA, D. M. P. P. da. Promover a vida: uma modalidade de cuidado à saúde na família na comunidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 332-341, 2003.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis: Vozes, 2004.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 524.

APÊNDICES

APÊNCICE A
ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

Identificação da família:

Identificação do respondente:

Qual a razão dos membros da família terem ido ao Posto?

Ele sarou? Como está o problema agora?

Fora isto, como está a saúde da família? (alguém da família teve algum problema de saúde?)

Por que você acha que essa pessoa ficou doente?

O que vocês estão fazendo para curar isto? Por que estão fazendo isto? Está dando certo?

O que vocês fazem para não ficar doente? Por que? Isto dá certo?

Prá você, quando uma pessoa está doente?

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO

Porto Rico, 10 de junho de 2004.

Eu _____ Enfermeira, responsável técnica da Unidade de Programa Saúde da Família de Porto Rico – Pr, autorizo a pesquisadora Lujácia Felipes coletar dados presentes nas fichas preenchidas por profissionais médico, os boletins diários de produção. Os dados serão referentes aos meses de maio, junho, julho e agosto de 2004 e as variáveis serão: idade e sexo dos pacientes, tipo de atendimento realizado, se são casos de primeira consulta ou retorno, queixa principal e/ou motivo de consulta.

Assinatura da responsável técnica e
carimbo da unidade

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Representações Sociais de Saúde dos Usuários da Unidade do Programa Saúde da Família de Porto Rico- PR

O presente trabalho, elaborado como dissertação do curso de Pós Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Universidade Estadual de Maringá, tem por objetivo conhecer as condições atuais de saúde da população de Porto Rico e as Representações Sociais sobre saúde, elaboradas e compartilhadas da população que mais frequenta a Unidade de Programa de Saúde da Família (UPSF).

Necessitamos realizar entrevistas com os usuários e/ou responsáveis da UPSF de Porto Rico. 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 se dará por meio da aplicação de um roteiro de entrevista, com agendamento prévio da pesquisadora. 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. Comprometemo-nos, assim a prestar todas as informações necessárias para seu pleno esclarecimento, agradecendo desde já a sua colaboração.

Eu _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna pesquisadora

_____ **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE,**
participar do mesmo.

Assinatura(do pesquisador ou responsável)

Data ____/____/____

Eu _____ declaro que forneci todas as informações necessárias para esclarecimento sobre o estudo e decisão voluntária da participação das mães ou responsáveis na pesquisa.

Equipe

1 – Nome: Eduardo Augusto Tomanik telefone (44) 32253603
Rua Kingespom, 68 Maringá – CEP 8708090

2 – Lujácia Felipes telefone: (44) 32627837
Rua Paranaguá, 565 Maringá (44) 87020190

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Vivos(COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

ANEXOS

ANEXO A
BOLETIM DIÁRIO DE PRODUÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO RICO

Unidade: _____

Município: _____

Médico: _____ Data ____/____/____

<i>N°</i>	<i>N°Pront</i>	<i>I</i>	<i>R</i>	<i>G</i>	<i>O</i>	<i>Ped</i>	<i>Cm</i>	<i>Sex</i>	<i>0-1</i>	<i>1-4</i>	<i>5/14</i>	<i>15+</i>	<i>Enc</i>	<i>Rx</i>	<i>Elab</i>	<i>Eesp</i>	<i>Ter</i>	<i>Aih</i>	<i>Diag. Provavel</i>	
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
<i>Totais</i>																				

Assinatura e carimbo do Médico: _____

ANEXO B
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**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 0100.0.093.000-05

PARECER Nº 203/2005

Pesquisador(a) Responsável: Eduardo Augusto Tomanik	
Centro/Departamento: Centro de Ciências Humanas / Departamento de Psicologia	
Título do projeto: Representações sociais sobre saúde dos usuários da unidade de Programa Saúde da Família de Porto Rico-PR	
<p>Considerações: Trata-se de um projeto de mestrado, com o objetivo de conhecer as condições atuais da saúde da população de Porto Rico-PR e as representações sociais sobre saúde, elaboradas e compartilhadas da população que mais freqüenta a Unidade de Programa Saúde da Família (UPSF). Para tanto o pesquisador pretende realizar um estudo descritivo sobre o sistema e os serviços de saúde oferecidos à população. Será realizado um estudo de morbidade ambulatorial da UPSF, afirma que esse estudo possibilitará acesso a um grande número de informações sobre a população atendida por aquela unidade. Como estratégia coletará dados em fichas de profissionais médicos, boletins diários de produção ambulatorial. Serão coletados dados referentes aos atendimentos dos quatro meses anteriores aquele no qual os dados foram coletados. Após isso, utilizando-se da Teoria das Representações Sociais, para procurar compreender as concepções compartilhadas sobre saúde os usuários que freqüentam a UPSF, utilizará entrevistas semi-diretivas, segundo um roteiro básico, com quatro itens, com 12 entrevistados. O projeto apresenta curriculum do pesquisador responsável, cronograma e orçamento, autorização do UPSF e o TCLE. Este projeto teve parecer pela pendência (Parecer 146/2005), mas o coordenador respondeu aos questionamentos. Assim por entender que o protocolo atende a Resolução nº 196-96-CNS somos de parecer favorável à aprovação.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (x) para registro () para análise e parecer Data: 15/07/2005	
O pesquisador deverá apresentar Final para este Comitê em 28/02/2006	
<p>O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 103ª reunião do COPEP em 15/07/2005.</p>	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP