**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE**

MILENA TAKAMIYA SUGAHARA

**Itinerários terapêuticos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa
Família a partir de suas representações sociais**

RIBEIRÃO PRETO

2016

MILENA TAKAMIYA SUGAHARA

Itinerários terapêuticos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir de suas representações sociais

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências. Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Profº Drº Antônio Carlos Duarte de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sugahara, Milena Takamiya

Itinerários terapêuticos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir de suas representações sociais.

Ribeirão Preto, 2016.

109 f.; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Carvalho, Antônio Carlos Duarte de.

1. Itinerários Terapêuticos. 2. Práticas em Saúde. 3. Representações Sociais. 4. Saúde da Família. 5. Bolsa Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MILENA TAKAMIYA SUGAHARA

Itinerários terapêuticos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir de suas representações sociais.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como
requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão – USP, Departamento de Medicina Social

Prof. Dra.:

Assinatura: _____

Instituição:

Prof. Dra.: Janise Braga Barros Ferreira

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão – USP, Departamento de Medicina Social

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Juju,
à minha mãe, ao meu pai e ao Zezinho.

AGRADECIMENTOS

À Universidade de São Paulo.

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Ao Departamento de Medicina Social, todos seus docentes, discentes e funcionários.

À Equipe do Núcleo 5 e às mulheres participantes.

Ao orientador Prof. Antônio Carlos.

À Profas. Janise e Aldaísa, supervisoras do estágio PAE e à Fernanda Bergamini, companheira de programa.

Minha gratidão por participarem de mais uma etapa de minha trajetória profissional.

RESUMO

SUGAHARA, Milena Takamiya. **Itinerários terapêuticos de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família a partir de suas representações sociais**. Ribeirão Preto, 2016. 110 p. Dissertação (Mestrado - Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Os itinerários terapêuticos podem ser compreendidos como todas as práticas que envolvem a manutenção, a promoção e a recuperação da saúde, ou seja, são movimentos desencadeados por grupos ou por indivíduos que mobilizam recursos - institucionais ou outras vias possíveis - para a assistência de suas necessidades de saúde. As práticas que constituem os itinerários terapêuticos não são escolhidas aleatoriamente, mas são influenciadas pelas representações sociais, construídas pelo próprio indivíduo. Neste sentido, a temática abordada visa a compreender os itinerários terapêuticos e as práticas nele contidos a partir das representações sociais de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família em uma comunidade do município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil, que abrange a territorialidade de uma Equipe de Saúde da Família. O material e o método de pesquisa utilizados foram o qualitativo, sendo a técnica de coleta de dados elegida o questionário e a entrevista semiestruturada. Os dados coletados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo. Observou-se que os itinerários terapêuticos constituem-se de uma rede de práticas e não são cadeias sucessivas, necessariamente, mas, sim, um universo de componentes justapostos, sobrepostos e complementares, que dentro das singularidades de cada comunidade, são delineados no imaginário social, a partir de conhecimentos prévios, do contexto e das experiências de vida. As práticas que constituem os itinerários terapêuticos são diversas e plurais, e incluem: práticas de autocuidado, como a automedicação, o uso de preparações caseiras, práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou baseadas na cultura popular e práticas de atividade física, lazer, alimentação e higiene; espiritualidade; meios de comunicação, como a Internet e a televisão; rede de apoio social e outros setores, e serviços de saúde, que incluem o Núcleo de Saúde da Família, os serviços de urgência e emergência, os serviços especializados e a farmácia. Há o predomínio de práticas caracterizadas na centralidade biomédica e farmacolizante, como o uso de serviços de saúde e a automedicação; contudo práticas tradicionais relacionadas à cultura e ao senso comum também existem e enriquecem a diversidade e a pluralidade das trajetórias na assistência das necessidades de saúde da população estudada. As práticas institucionais-formais ou através de outras vias, não foram concebidas pelas entrevistadas como excludentes entre si, sendo perceptível uma confluência entre os saberes técnico-científicos e o senso comum, juntamente com a experiência de vida.

Palavras-chave: Itinerários Terapêuticos, Práticas em Saúde, Representações Sociais, Saúde da Família, Programa Bolsa Família.

ABSTRACT

SUGAHARA, Milena Takamiya. **Therapeutic itineraries of female recipients of the Program Bolsa Família from her social representations.** Ribeirão Preto, 2016. 109 p. Thesis (MA - Community Health) - Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Therapeutic itineraries can be understood as all the practices involving the maintenance, promotion and restoration of health, that is, they are movements triggered by groups or individuals that mobilize resources - institutional or other possible ways - to support their health needs. The practices that constitute therapeutic itineraries are not chosen randomly, but are influenced by social representations built by the individual himself. In this sense, the chosen theme aims to understand the therapeutic itineraries and practices contained in it from the social representations of female recipients of the Program Bolsa Família transfer in a community of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, which covers the territoriality of a Family Health Team. The material and research method used were qualitative, and the data collection technique elected was the questionnaire and the semi-structured interview. The data collected were transcribed and subjected to content analysis. It was observed that therapeutic itineraries constitute a network of practices and are not successive chains, necessarily, but rather a universe of juxtaposed, superposed and complementary components, that within the uniqueness of each community, are outlined in the social imaginary from previous knowledge, from the context and from life experiences. The practices that the therapeutic itineraries are diverse and plural and include: self-care practices, such as self-medication, the use of home-made preparations, specific and / or alternative individual practices and / or based on popular culture and practices of physical activity, leisure, food and hygiene; spirituality; communication media such as the Internet and television; social support network and other sectors and health care, including the Family Health Center, urgent and emergency services, specialized services and the drugstores. There is a predominance of practices characterized in biomedical and pharmacologic centrality, such as the use of health services and self-medication, however traditional practices related to culture and common sense also exist and enrich the diversity and plurality of paths in the care of the health needs of the studied population. Institutional-formal practices or through other means were not considered by interviewees as mutually exclusive, being noticeable a confluence of the technical-scientific knowledge and common sense, along with the experience of life.

Keywords: Therapeutic Itineraries, Practices in Health, Social Representations, Family Health, Program Bolsa Família.

LISTA DE TABELAS

Tabela I - Distribuição das representações sociais dos itinerários terapêuticos em marcadores específicos das entrevistadas.....	58
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Perfil Populacional da territorialidade do NSF 5, segundo microárea, sexo e idade. Ribeirão Preto, 2014.....	37
Quadro II – Caracterização dos participantes da pesquisa.....	38
Quadro III - Perfil dos Arranjos Familiares das entrevistadas.....	39
Quadro IV – Modelo Hipotético de saturação de amostra.....	41
Quadro V – Núcleos de compreensão do conceito de saúde por entrevistadas.....	47
Quadro VII - Núcleos de compreensão da concepção de doença, segundo entrevistadas.....	51

LISTA DE FIGURAS

Figura I - Esquema das Representações Sociais dos Itinerários Terapêuticos, segundo dados coletados.....	55
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PBF- Programa Bolsa Família

HND - História Natural da Doença

CSE - Centro de Saúde Escola

NSF - Núcleo de Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

eSF - Equipe de Saúde da Família

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	16
1.1 Itinerários Terapêuticos: construindo o conceito	17
1.1.1 A Saúde conversando com outros campos de saberes	17
1.1.2 Conceituando os itinerários terapêuticos	20
1.2 As Representações Sociais.....	24
1.2.1 Conceituando Representações Sociais.....	24
1.3 Itinerários Terapêuticos e Representações Sociais:	
os entrelaces com as políticas públicas	28
1.3.1 O SUS, a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família	28
1.3.2 O Programa Bolsa Família.....	30
2 OBJETIVOS	34
3 MATERIAIS E MÉTODOS	35
3.1 Caracterizando o cenário	35
3.2 Participantes da Pesquisa	38
3.3 Aspectos éticos	40
3.4 Procedimentos metodológicos	40
3.4.1 A Análise de Conteúdo	43
3.4.1.1 Pré-análise	44
3.4.1.2 Exploração do Material.....	45
3.4.1.3 Tratamento dos resultados, a inferência	
e a interpretação	46
4 ANÁLISE, RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
4.1 Representações do conceito de saúde e doença	47
4.2 Os itinerários Terapêuticos	53
4.2.1 Os itinerários terapêuticos na promoção	
e na prevenção à saúde	56
4.2.2 Os itinerários na recuperação da saúde	57
4.3 As práticas terapêuticas	60
4.3.1 Práticas de autocuidado	61
4.3.1.1 A automedicação	61
4.3.1.2 Preparações caseiras	66
4.3.1.3 Práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou	
baseadas na cultura popular	69
4.3.1.4 Práticas de atividade física, lazer, alimentação	
e higiene	71
4.4 Espiritualidade	73
4.5 Meios de Comunicação	75

4.6 Rede de Apoio Social e outros setores	76
4.7 Serviços de Saúde	79
4.7.1 Núcleo de Saúde Local	81
4.7.2 Serviços de Urgência e Emergência	84
4.7.3 Serviços Especializados	87
4.7.4 Farmácia	89
 5 CONCLUSÕES	92
 6 REFERÊNCIAS	96
 APÊNDICE A.....	106
 APÊNDICE B	107
 APÊNDICE C.....	108
 ANEXO A	109

1 Introdução e Justificativa

As representações sociais são criadas pelo indivíduo que, exposto a novos acontecimentos e ideias - como o conhecimento de senso comum, a troca de comunicação interpessoal e em massa, o contato nas redes de interações sociais primárias e secundárias, entre outros fenômenos - classifica, manipula, nomeia e o que lhe era estranho, associado a suas ideias preexistentes, estimula-o a tornar familiar a experiência para si.

Nesse movimento, as representações sociais são criadas e, consequentemente, influenciam as práticas sociais de busca pelo cuidado à saúde - que, estruturadas por um complexo sócio-afetivo-valorativo - também refletem a concepção do processo saúde-doença individual. Assim, a mobilização de recursos, que compõem os itinerários terapêuticos, não é escolhida aleatoriamente, mas é influenciada pelas representações sociais, construídas pelo próprio indivíduo. Os movimentos desencadeados podem contemplar desde a via institucional, como os serviços de saúde, até outras possíveis, como os cuidados praticados em domicílio.

Para o autor Abric (2000, p. 28), toda representação é uma forma de visão global e unitária de um objeto, bem como do sujeito, é uma visão funcional do mundo que permite ao indivíduo ou ao grupo dar sentidos às suas condutas, que compreendem o mundo a partir de suas referências e permite-lhe adaptar-se e encontrar um lugar nesta realidade; assim “esta representação reestrutura a realidade para permitir a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e de seu sistema de atitudes e de normas”.

Logo, se as representações se modificam, as práticas também se transformam, e reciprocamente, ou seja, o que pensamos depende daquilo que fizemos, e aquilo que fazemos em um dado momento, depende daquilo que pensamos então, ou daquilo que pensamos anteriormente. (ROQUETTE, 2000, p. 39). Considerando a amplitude do fenômeno, a descrição da trajetória realizada dos itinerários terapêuticos não é objeto em questão deste estudo, mas, sim, o pensamento que influencia e é influenciado pela prática social.

Para Wagner (2000), as representações sociais são construídas socialmente por meio dos discursos públicos; logo, como as pessoas pensam sobre seu mundo é o resultado de processos discursivos, mas também há o sentido dado às representações sociais, enquanto conhecimento criado pelo grupo. Por conseguinte, os membros de um grupo criam o objeto representado, atribuem significado e realidade a partir do sistema de representações. A interação entre os indivíduos expressa e confirma suas crenças subjacentes; logo, a

representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem, mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, compreendendo o comportamento e a prática interativa de um grupo.

Cabe ressaltar que as representações sociais têm como funções essenciais: 1. Função de saber; 2. Função Identitária; 3. Função de Orientação, e 4. Função Justificadora. Ou seja, respectivamente, as representações sociais permitem compreender e explicar a realidade, definem a identidade e permitem a proteção da especificidade de grupos, guiam os comportamentos e as práticas e permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos (ABRIC, 2000, p. 27).

Assim, ao se considerar os movimentos de busca de solução às demandas individuais em saúde, o pesquisador, o profissional e o gestor de saúde, principalmente, devem abranger desde a disponibilidade de serviços de saúde, perspassando pelos valores sócio-culturais-simbólicos até às experiências históricas vivenciadas.

Alves e Souza (1999) propõem que é necessário entender os itinerários terapêuticos a partir do significado das ações que os constituem, fundamentadas em diferentes processos de escolha e decisão, sendo que as alternativas dentro do mundo social estão fora do controle dos indivíduos, enquanto o projeto intencional futuro está dentro do controle, ou seja, “no ato da escolha e na tomada de decisão, o que existe é uma imagem do que pode ser a sua opção: trata-se, no caso, de uma imagem de que determinado tratamento seja o mais adequado para a sua aflição” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

Diante do exposto, faz-se necessário ressaltar que, mediante a infinitude de contextos e de papéis desempenhados pelos indivíduos na sociedade moderna, a opção de escolha dos participantes com o recorte mulher/Programa Bolsa Família/moradores de área de abrangência de uma equipe de Saúde da Família, deve-se, principalmente, à eleição de sujeitos com inter-relações singulares e próprias.

1.1 Itinerários Terapêuticos: construindo o conceito

1.1.1 A Saúde conversando com outros campos de saberes

Para o estudo dos Itinerários Terapêuticos e de outros temas na área da saúde, é fundamental o diálogo com outras disciplinas, como a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outras, o qual nos leva a uma breve contextualização sobre a complexidade paradigmática do conhecimento. Com a Revolução Científica, a partir do século XVII, emergiram duas grandes problemáticas: de um lado, a excessiva fragmentação

do conhecimento, e, de outro a delimitação de suas fronteiras. Assim, disciplinas com fronteiras claramente delimitadas foram denominadas “autônomas”, e estas controlaram inteiramente departamentos acadêmicos, programas de pesquisa e linhagens históricas. Contudo, a delimitação de fronteiras bem definidas não implicou os domínios de investigação excludentes (SPINK, 2010).

Ainda, a partir do início do século XX, o movimento de institucionalização do conhecimento foi tomado como orientador da formação profissional, apresentando marcas de fragmentação e, no melhor dos casos, ocorreu a reunião nas disciplinas básicas de corte biológico. A tentativa da incorporação do social foi iniciada na segunda metade do século XX, em virtude da necessidade de entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde, não somente referindo-se ao modelo biológico e a uma prática hospitalocêntrica (NUNES, 1995, p. 95).

Víctora, Knauth e Hassen (2000) ressaltam que, tradicionalmente, foi relegado ao domínio das Ciências Biológicas o conhecimento referente às questões sobre a saúde e a doença; entretanto, há uma limitação para explicar inúmeros fatores colocados pelas concepções de saúde, doença, normalidade e anormalidade, em que há o destaque para a diversidade e a diferença, pois disciplinas como a Biologia, a Patologia e a Medicina são pautadas no princípio da universalidade e, embora seja inegável que o corpo humano tenha anatomias e fisiologias que podem ser universalizadas, há uma nuance específica em como as sociedades concebem o corpo, os cuidados, os limites entre o interno e o externo, e as regras para a utilização do próprio corpo.

É interessante ressaltar que as ciências sociais e a saúde não se configuraram como um campo autônomo de conhecimento às ciências sociais, contudo fenômenos relativos à saúde, à doença, à vida e à morte, e aos distintos saberes e práticas socialmente organizados para seu enfrentamento, engendraram a necessidade de reflexões mais amplas sobre os processos sociais, políticos e econômicos, a cultura e a sociedade (CANESQUI, 2007).

Mas, já é inegável que os paradigmas foram e estão sendo desconstruídos e reconstruídos, e, por exemplo, no campo da saúde coletiva, há uma crescente complexidade paradigmática, em que convivem a multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (LUZ, 2009).

Além do mais, nas origens e no desenvolvimento da medicina social/saúde pública, de diferentes maneiras, o social passa a incorporar-se nas questões de saúde e da doença, seja no estudo da população, na denúncia das condições de trabalho, seja na situação de pobreza, ou na desorganização do espaço urbano (NUNES, 2000).

Para além de discussões mais profundas das questões paradigmáticas do conhecimento, a contribuição de outras disciplinas para o campo da saúde é fundamental para construir a complexidade de fenômenos da saúde e da doença. Minayo (2009) infere que a antropologia clássica contribui para se pensar saúde/doença dentro dos estudos científicos à medida que relativizou conceitos biomédicos, subsidiou o entendimento de estruturas de mecanismos terapêuticos, demonstrou relações entre saúde/doença e realidade social, permitiu a contextualização dos sujeitos e construiu formas de abordagem dos processos de saúde/doença.

Já a contribuição da psicologia encontra-se na gênese da psicologia social, que foi responsável pelo desenvolvimento da interdisciplinaridade inicial entre psicologia e as ciências sociais, criando o estudo das representações sociais, e, conseqüentemente, com importantes considerações e estudos para as práticas em saúde.

Oliveira, Siqueira e Alvarenga (2000), a título de ilustração, ressaltam que as práticas profissionais, sob a égide das representações sociais, ampliam e possibilitam novo olhar para além da esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. No estudo dos autores, as representações sociais contribuem para o entendimento das práticas profissionais a partir da análise da expressão das subjetividades, em que há um caráter duplo assumido pelas práticas, em um primeiro momento, como ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico e, em segundo, como construção pessoal e subjetiva da realidade.

Os autores ainda observam que há uma violência simbólica exercida pelos profissionais de saúde na determinação do problema em face à realidade representacional do assistido. No caso o problema é definido pelo profissional de saúde enquanto verdade única, em detrimento do olhar e da opinião do assistido.

Também é importante ressaltar que o diálogo entre as diversas disciplinas contribuiu com a interpretação do processo saúde-doença e com o impacto dos múltiplos conceitos de doença. Observa-se que, na construção histórica da evolução dos modelos explicativos de saúde-doença, enfatiza-se a ocorrência de dois grandes eixos: 1. da doença como processo histórico-estrutural, e 2. da doença como processo simbólico. A doença como processo histórico-estrutural é percebida nos estudos sobre morbidade e mortalidade dos grupos sociais, causalidade social em três categorias - básicas, próximas e mediadoras, perfil epidemiológico, regressões logísticas com contextualizações históricas, fatores de agravos à saúde com o mundo do trabalho. Já na doença enquanto processo simbólico destacam-se estudos sobre percepção, atitudes, conhecimento, crenças e representações (NUNES, 2000).

Assim, a experiência da doença no indivíduo não é uma elaboração apenas individual, mas uma elaboração também ligada ao social e ao cultural, pois o pertencimento a uma cultura dá ao indivíduo limites dentro dos quais se operam as interpretações relativas aos fenômenos corporais e à doença e seus sintomas (ADAM; HERZLICH, 2001, p. 70).

Já no estudo de Nunes (2000), destaca-se que a experiência com o sofrimento está entrelaçada nas estruturas sociais e, em lugar de ser meramente uma experiência individual, as experiências leigas são construções e produções sociais coletivas da realidade, e sendo muitas vezes atravessada pelos movimentos sociais são também formas sociopolíticas de se relacionar com o sofrimento.

1.1.2 Conceituando os itinerários terapêuticos

Os itinerários terapêuticos podem ser compreendidos como “todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou na recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes” (MARTINEZ, 2006, p. 13).

Dentro da literatura, o termo itinerário terapêutico pode ser utilizado, de uma forma mais objetiva e sintética, como sinônimo de busca por cuidados terapêuticos, descrevendo e analisando os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar problemas de saúde, considerando as práticas individuais e socioculturais (SANTOS; SILVA, 2014) ou, ainda, como “o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde, diante de uma heterogeneidade de recursos” (FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012, p. 180).

Já para Alves e Souza (1999, p. 133), “a ideia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada”, mas também é fundamental observar que:

[....] o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos terapêuticos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133)

Além do mais, para os autores, em um segundo momento, o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado e predeterminado, pois suas circunstâncias atuais, suas experiências passadas e seu conhecimento presente são utilizados pelos atores para interpretar o itinerário terapêutico em uma unidade articulada. Por conseguinte,

se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

Logo, o estudo dos itinerários terapêuticos pode ser associado ao conceito de saúde e doença, e de representações sociais, visto que a utilização de serviços de saúde surge socialmente apenas como uma das opções de busca do cuidado à saúde. Em um paralelo, os itinerários terapêuticos devem ser compreendidos para além da disponibilidade de serviços de saúde, - mas como um complexo sistema que possibilite ao indivíduo e à coletividade a resposta a suas demandas - pois,

Um sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado sendo composto por três subsistemas sobrepostos: o informal (família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e autoajuda); o popular (agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade), e o subsistema profissional (rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade). As pessoas e suas famílias buscam atenção à saúde nestas três esferas sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia em caminhos denominados “itinerários terapêuticos” (CONILL; PIRES, 2015, p. 5).

Tal conceituação é presente em artigos brasileiros de Conill et al. (2008) sobre o mix público-privado na utilização de serviços de saúde no Brasil; Mattosinho e Silva (2015) sobre os itinerários terapêuticos de adolescentes com diabetes melitos tipo I e seus familiares, e Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003) sobre o idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal; Almeida Filho, Coelho e Peres (1999) referente ao conceito de saúde mental, e Cordeiro et al. (2013) que analisaram os itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face a crises dolorosas. Observa-se uma convergência com a utilizada

originalmente nos estudos de Kleimam (1978) sobre a comparação de sistemas médicos como sistemas culturais.

Para Kleinman (1978, 1988), a maioria dos sistemas de cuidados de saúde contém três campos sociais: a popular, a profissional e o campo folclórico (Folk arena). O campo popular compreende, principalmente, o contexto familiar da doença e de cuidados, mas também inclui a rede social e as atividades comunitárias. Nas sociedades ocidentais e não ocidentais entre 70 e 90% da doença são administradas exclusivamente dentro deste domínio. Além disso, a maioria das decisões sobre quando procurar ajuda nos outros campos, quem consultar, avaliações da eficácia do tratamento são feitos no domínio popular. Já o campo profissional é composto pela medicina científica ("ocidentais" ou "cosmopolitas") e pelas tradicionais curas indígenas profissionais (por exemplo, chinês, Ayurveda, Yunani e quiropraxia). E o último campo é constituído por especialistas de cura não profissionais. Contudo, na obra de Rabelo, Alves e Souza (1999), experiência da doença e narrativa, há uma importante ressalva, que analisa que as separações entre os três campos não são fronteiras bem delimitadas.

Entretanto, é interessante ressaltar que a análise do itinerário terapêutico não se limita a identificar a disponibilidade de serviços, seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura, pois são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha, que é influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre; logo, os estudos devem procurar identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento; assim, requerem uma abordagem que permite estabelecer-se relações entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de indivíduos (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

A literatura socioantropológica sobre o assunto teve como “principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem a determinadas formas de tratamento”, fundamentadas na evidência de que os indivíduos encontram distintas formas para a resolução de suas necessidades e que, nas sociedades modernas, há um aumento de complexidade à medida que ocorre a insurgência do pluralismo médico, quando os indivíduos se deparam com inúmeras possibilidades de serviços terapêuticos, os que apresentam diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes e que, concomitantemente, “padronizam, interpretam e procuram tratar a aflição dentro de seus modelos explicativos - desconhecidos ou só parcialmente conhecidos pelos leigos” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 125).

Os autores destacam em uma breve revisão sobre o conceito que os primeiros trabalhos focaram na concepção do comportamento do enfermo, ou *illness behaviour*, e apresentam, na maioria das vezes, sérios problemas de caráter teórico-metodológico que levaram a novas reformulações. Tais estudos explicavam as ações do indivíduo com excessiva ênfase na racionalidade do modelo biomédico e na crença inquestionável neste modelo como único existente, em contraste com o conhecimento leigo, embora tenham tido importância ao evidenciar os fatores extrabiológicos da doença. As pesquisas referentes ao comportamento do enfermo apresentaram duas grandes vertentes: a primeira caracterizou-se por estudos de caráter voluntarista, racionalista, individualista e utilitarista, pois os indivíduos acreditavam que tinham suas condutas orientadas de forma racional para a satisfação de suas necessidades, e através da óptica do custo-benefício estavam imersos em um universo de mercado em que existiam produtores e consumidores que buscavam transações com maiores vantagens possíveis. Já a segunda vertente focou em investigações sobre a determinação de valores culturais de “supostas” minorias étnicas, de diferentes grupos socioeconômicos, estruturas familiares, gênero e idade, sendo que a ênfase costumava ser a identificação de fatores culturais e elementos cognitivos referentes ao processo de tratamento que determinava o nível de utilização dos serviços de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

Dentre as novas reformulações teórico-metodológicas, destacam-se os trabalhos etnográficos, trazendo nova interpretação das definições e dos significados das aflições individuais e sociais em diferentes contextos, que, posteriormente, dirigiu-se para os aspectos cognitivos e interativos no processo de escolha e do tratamento de saúde, influenciado pelos estudos de redes sociais. Também, os estudos com foco nas redes sociais e a saúde procuravam correlacionar aspectos da estrutura das redes a um determinado padrão de busca de ajuda médica. E por último, os estudos referentes aos sistemas terapêuticos, citados anteriormente, tenderam a compartimentalizar subsetores, e que, em um contexto de pluralismo médico, não há o estabelecimento de fronteiras definidas, podendo existir mutuamente sem se excluírem (ALVES; SOUZA, 1999).

Enquanto produção brasileira, Cabral (2010) e Cabral et al. (2011) constataram, ao realizar em uma revisão de literatura sobre o assunto, que os itinerários terapêuticos tem apresentado crescente e recente produção. Com exceção de um artigo de 1993, os demais - 10 artigos - haviam sido produzidos entre 2000 e 2008, sendo que o incremento pode estar associado à implementação de modelos assistenciais mais próximos à realidade do paciente, principalmente pela estruturação do nível primário como organizador da atenção a partir da década de 90, engendrando maior interesse em conhecer os padrões de comportamento.

Conclui-se que os núcleos de interesse predominantes dos trabalhos: 1. referem-se às percepções do paciente sobre a doença e sua influência no comportamento em relação à procura de atenção e ao tratamento; 2. utilizam o conhecimento sobre a temática como suporte para a avaliação da efetividade das redes de serviço e da detecção de necessidades no desenvolvimento de programas educativos, na capacitação e na adequação de fluxos, e 3. mesclam as duas perspectiva. As pesquisas do primeiro item, em geral, apresentam um enfoque microssociológico, comunitário ou de grupo sem aprofundamento em contextos socioeconômicos ou na organização de serviços de saúde. As do segundo, o olhar sobre a trajetória e o comportamento convergem para o ponto de vista do sistema de serviços de saúde e de suas práticas biomédicas desenvolvidas. Já as pesquisas do último item incluem trabalhos que reconhecem os diferentes sistemas de atenção à saúde e consideram que a temática está inserida dentro de uma perspectiva de processo saúde/doença em um contexto macro, determinado por fatores socioeconômicos, bem como por fatores de ordem subjetiva e cultural que interferem na maneira como se utilizam os serviços formais de saúde.

Também foi possível observar interfaces do estudo dos itinerários terapêuticos com a noção de linhas de cuidado integral como no estudo de Silva, Sancho e Figueiredo (2016) que a partir de um ensaio teórico sugerem a construção de projetos terapêuticos pactuados das necessidades de saúde e das particularidades de fluxos.

No próximo subitem, as representações sociais serão conceituadas para se compreender como o conhecimento do senso comum elaboram ideias frente às práticas em saúde que constituem os itinerários terapêuticos.

1.2 As Representações Sociais

1.2.1 Conceituando Representações Sociais

As representações sociais são uma forma de saber prático, uma forma de ligação entre o sujeito e o que ele representa, não havendo diferença entre a realidade percebida e a construída, e têm relação direta com a experiência vivida das pessoas, em termos simbólicos. Representar é rerepresentar algo ou dar presença a algo que está ausente, logo epistemologicamente, é uma forma de conhecimento cotidiano de senso comum, diferente do conhecimento científico ou acadêmico (MENIN; SHIMIZU, 2005, p. 97). Mas o termo representações sociais designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que o

engloba e a teoria construída para explicá-lo, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos (SÁ, 19995 p. 19).

Cabe ressaltar que a importância da representação é reconhecida há mais de uma década pelas ciências humanas; contudo, apesar de o conceito ser utilizado em diversas acepções em relação à psicologia, existe um terreno de entendimento que permeia o reconhecimento da pertinência e da eficácia das representações sociais no processo de elaboração das condutas. É possível observar complementariedades entre os dois grandes campos (Psicologia e Ciências Humanas) que convergem para uma abordagem unitária, superando um duplo obstáculo: pensar o social como cognitivo e as propriedades da cognição como algo social, pensar a parte afetiva do pensamento social (JODELET, 2005b). A gênese das representações sociais deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici que partindo de uma sociologia do conhecimento, desenvolveu uma psicossociologia do conhecimento, fez uso, inicialmente, do conceito de representações coletivas propostas por Émile Durkheim, sociólogo alemão, mas destoa à medida que a análise durkheimiana estudou sociedades primitivas que não eram interessantes para a compreensão do fenômeno na atualidade, visto que as representações sociais são dinâmicas (SÁ, 2004).

Assim, embora o conceito de representação social se apresente polissêmico - pode-se interpretar desde reapresentação, na perspectiva linguística, com a ideia de pré-ciência, ou ainda através de uma concepção de interpretação, na perspectiva cênica, com a do teatro - e na perspectiva da psicologia social torna-se uma abordagem/teoria, pois é neste viés que a representação é abordada como um conhecimento processual e não apenas como conteúdo. O campo trabalha a ideia do homem como ser pensante, não apenas como mero processante de informação. Nesse movimento, o conteúdo é essencialmente social, produto e produtor da ordem simbólica. As representações são produtos de determinações tanto históricas como do "aqui-e-agora", são valorativas antes de serem conceituais, essencialmente dinâmicas, respondem a ordens morais locais, são conhecimentos práticos, estão orientadas para o mundo social, fazendo e dando sentido às práticas sociais e às construções que têm uma função de orientação: conhecimentos sociais que situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social – seu modo de ser particular, produto de seu ser social (SPINK, 2013).

Jodelet (2005a), ao articular o fenômeno da experiência e as representações sociais, observa que é a partir das representações sociais que o indivíduo constrói o sentido da experiência, mas também é a experiência que faz a mediação na construção do conhecimento. Logo, o processo de construção das representações sociais está associado à dimensão do

vivido, que pode ser considerada em níveis mais ou menos abstratos, e é neste universo que é possível a reflexão entre a experiência e as representações sociais, pois a experiência vivida tem relação com a elaboração das representações sociais que favorecem ou entravam a mudança social, podendo, em situações novas e desconhecidas, levar à criação de novas representações que também servem à colocação de novos valores.

Ou seja, a representação social é um conhecimento culturalmente carregado, que adquire sentido e significado pleno apenas se levados em consideração a situação e o estágio evolutivo em que se manifesta, é um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e orienta-nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social; é a matéria-prima fundamental que forja e dá sentido à realidade social (QUEIROZ, 1994).

Para ilustrar, é interessante ressaltar o trabalho de Loyola (1984), que esboça um modelo ou representação da funcionalidade corporal dos habitantes de Santa Rita, bairro de Nova Iguaçu, onde foi desenvolvido parte do estudo. O estudo ressalta que seus participantes ao serem questionados, descrevem o corpo em duas partes: uma de cima e outra de baixo - sendo a primeira a mais limpa e nobre, por estarem localizados nela o coração e o cérebro, enquanto a segunda é considerada suja, "a parte podre", devido aos entrevistados identificarem a parte de baixo com a ocorrência das eliminações (fezes, urina, esperma, menstruação). Já órgãos como o fígado têm na concepção dos entrevistados a função de filtrar "a parte que não presta da comida", enquanto o sangue, bombeado pelo coração, espalha a força vital. Já os nervos foram considerados como os "fios" ligados ao cérebro e, logo, "ter a cabeça quente" seria um dos primeiros sintomas de doenças nos nervos. A autora ressalta que

"O conhecimento das pessoas entrevistadas sobre anatomia e patologias humanas é essencialmente prático e baseado, principalmente, nas experiências com a doença vividas pessoalmente ou observadas entre os membros da família e da vizinhança e nos discursos dos especialistas que as trataram. Baseia-se também em analogias com a natureza animal ou vegetal, feitas a partir da matança e manipulação de frangos e porcos e da preparação culinária dos alimentos; as intervenções cirúrgicas, por vezes, são comparadas às operações de limpeza de legumes, cujas partes podres devem ser extirpadas" (LOYOLA, 1984, p. 161).

Moscovici (2009) conclui em seus estudos que as representações sociais são geradas a partir de dois processos: ancoragem e objetivação. Para o autor, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa; logo, transformar algo estranho e perturbador em nosso sistema

particular de categorias e compará-lo com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. O mecanismo envolvido no processo de ancoragem tenta ancorar ideias estranhas, fazer a redução em categorias e imagens comuns e colocá-las em um contexto familiar. Ao se defrontar com coisas que não são classificadas e não possuem nomes, apresenta-se certa resistência, e a superação acontece quando se passa a rotulá-la, quando esse objeto ou pessoa é colocada em uma determinada categoria. Quando se passa a falar sobre, avaliar, e então a comunicar, mesmo de forma vaga, pode-se representar o não usual em nosso mundo familiar, ou seja, imagina-se e representa-se a classificação do que era então inclassificável.

A representação é, “fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes”, sendo a neutralidade proibida “pela mesma lógica do sistema, onde cada objetivo e ser deve possuir um valor positivo ou negativo e assumir um determinado lugar em uma clara escala hierárquica” (MOSCOVICI, 2009, p. 62), que, necessariamente, se avalia e se rotula. Ressalta-se que “categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados na memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele” (MOSCOVICI, 2009, p. 63).

Já a objetivação une a ideia de não familiaridade com a de realidade, e ao objetivar descobre-se a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso, e reproduz-se um conceito em uma imagem, em uma “materialização da abstração”. Assim, há uma grande quantidade de palavras que se referem a objetos específicos em circulação na sociedade e constantemente se provêm sentidos concretos equivalentes; no caso da palavra, supõem-se sentidos não verbais. As imagens advindas mesclam-se e são integradas por um padrão de núcleo figurativo - um complexo de imagens que reproduzem um complexo de ideias (MOSCOVICI, 2009, p. 71).

As representações sociais dependem da memória, pois torna o não familiar em familiar. O nível de solidez da memória impede modificações súbitas e certa independência com a atualidade. Juntamente com a experiência comum, extraem-se imagens, linguagem e gestos necessários para a superação do não familiar, de forma dinâmica e eterna. A ancoragem mantém a memória em movimento, dirigida para dentro, coloca, tira, classifica de acordo com um tipo e rotula acontecimentos, objetos e pessoas; por sua vez, a objetivação direcionada mais ou menos para fora, para os outros, tira conceitos e imagens para juntar e reproduzir no mundo exterior, para construir coisas, o que se conhece a partir do que já anteriormente foi conhecido. (MOSCOVI, 2009).

A partir do exposto, é perceptível que as representações sociais das entrevistadas constroem práticas em saúde e refletem nos itinerários terapêuticos experienciados ou não. Logo, também faz-se necessário a discussão da temática frente as políticas públicas em saúde, bem como com o Programa Bolsa Família, que assiste a um perfil populacional em pobreza e extrema pobreza.

1.3 Itinerários Terapêuticos e Representações Sociais: os entrelaces com as políticas públicas

1.3.1 O SUS, a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Os caminhos trilhados a partir da experiência da doença, como ressaltados anteriormente, não necessariamente são delimitados por vias institucionais e formais; contudo há certa negligência dos itinerários terapêuticos por parte dos gestores, pesquisadores e formuladores de políticas, que poderia suscitar alternativas que atendem muito mais a saúde para além dos determinantes sociais e biológicos, conseguindo engendrar aspectos psicológicos e culturais desconsiderados (CONILL et al. 2008).

Cabe ainda ressaltar que a análise da atual sociedade brasileira, frente às questões de direitos garantidos pelo Estado, tange a dicotomia pressuposto/realidade social, em que se perpetua a existência de discrepância entre as proposições constitucionais e as possibilidades dadas pelas instituições públicas.

A Constituição Brasileira, artigo 196, ressalta que saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para a garantia desse direito constitucional, o SUS foi concebido, apresentando como princípios e diretrizes a integralidade, a resolutividade, a universalidade e a equidade.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica é uma das principais estratégias para sua consolidação. Aprovada pela portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011- que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes o território adscrito, o acesso universal e contínuo, o vínculo e a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, a coordenação da integralidade em seus vários aspectos e a participação social. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas, descentralizadas, democráticas e

participativas, realizadas sob a égide do trabalho em equipe e com responsabilidade sanitária, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde que visam a uma atenção integral que gere impacto na situação de saúde e de autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Faz uso de tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. O grau de descentralização e de capilaridade permite a proximidade da vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2016).

Como possibilidade, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido a principal estratégia pela busca da integralidade, visam à atenção das demandas populacionais e à integração poliárquica dos serviços, com a atenção básica na coordenação do cuidado. Logo, as RAS constituem-se de um número infinito de itinerários terapêuticos e, não obstante, os itinerários terapêuticos surgem como ferramenta de análise das atuais redes, quanto das potencialidades alternativas não utilizadas ou subutilizadas. Ao se considerar a questão do acesso à saúde, deve-se abranger desde a disponibilidade de serviços de saúde, perspassando pelos valores sócio-culturais- afetivos até às experiências históricas vivenciadas.

Mendes (2010) refere que, conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incommunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Logo, as Redes de Atenção à Saúde e os itinerários terapêuticos confluem na perspectiva do preenchimento de lacunas do acesso e da integralidade. O conhecimento dos percursos sociais pode integrar subsistemas informal, popular e familiar que colaboram e respondem a situações de saúde-doença, principalmente no estado de saúde atual brasileiro com a tripla carga de doença e resposta a condições agudas e curativas. Portanto, pensar os itinerários terapêuticos subsidia a construção das redes de atenção e da integralidade na busca pelo desafio posto pela fragmentação do atual sistema de saúde.

A Estratégia Saúde da Família, anteriormente denominada Programa Saúde da Família, é uma das principais formas de embate às iniquidades em saúde. Sob a égide do SUS

- de caráter contra-hegemônico, pelo seu modelo-teórico pressupor princípios de universalidade, equidade, integralidade e resolutibilidade - a ESF constitui-se como uma das principais portas de entrada no sistema e é uma das tecnologias sociais em saúde utilizada para a reorganização do modelo de atenção, e sua base de cuidado é pautada no vínculo e no acolhimento para a satisfação das necessidades em saúde de forma integral.

Diante do exposto, a transversalidade do estudo dos itinerários terapêuticos e as políticas apresentam-se com potencialidades para auxiliar na consolidação do SUS. Entretanto, Freitas e Mendes (2013), ao estudarem os itinerários terapêuticos sob viés transnacional, observam que os itinerários terapêuticos são negligenciados politicamente e podem ser transpostos para a realidade brasileira,

"As racionalidades leigas dos doentes, os recursos materiais e sociais acessíveis a quem procura cuidados e as políticas de saúde vigentes são fatores determinantes na identificação e escolha de percursos terapêuticos, que podem facilitar ou impedir o acesso ao sistema biomédico dominante e/ou influenciar a seleção de opções fora deste. Porém, estes fatores nem sempre são considerados pelos decisores políticos a quem cabe planejar e implementar serviços capazes de responder às necessidades de sociedades crescentemente diversas e heterogêneas por via dos processos de globalização e migração" (Freitas; Mendes, 2013, p. 70).

1.3.2 O Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado pela Lei n. 10.836, de 9 de Janeiro de 2004, a qual define as “ações de transferência de renda com condicionalidades a unidades familiares” (BRASIL, 2015b) que se encontrem: I - em situação de extrema pobreza; II - em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrízes, crianças entre 0 (zero) e 12 (doze) anos ou adolescentes até 15 (quinze) anos (BRASIL, 2015b).

No PBF, há a transferência de renda diretamente às famílias extremamente pobres (com renda mensal de até R\$ 77,00 por pessoa) e pobres (com renda mensal de R\$ 77,01 a R\$ 154,00 por pessoa). Segundo o Art. 4º do Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2014, os objetivos básicos do Programa Bolsa Família, em relação aos seus beneficiários, são:

I - promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social;

- II - combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;
- III - estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza;
- IV - combater a pobreza; e
- V - promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público (BRASIL, 2015a).

Logo, o cerne principal do programa é contribuir para a superação da pobreza, atuando na transferência direta de renda às famílias, na ampliação do acesso a serviços públicos que representam direitos básicos nas áreas de saúde, educação e assistência social, por meio das condicionalidades, coordenação com outras ações e com outros programas dos governos, em suas três esferas, e da sociedade, de modo a apoiar as famílias para que superem a situação de vulnerabilidade e pobreza (BRASIL, 2015a).

No que tange às condicionalidades, as famílias beneficiárias do programa assumem compromissos para continuar recebendo o benefício, e o poder público responsabiliza-se pela oferta dos serviços públicos (MAGALHÃES JÚNIOR; JAIME; LIMA, 2015).

O artigo 6º da Portaria Interministerial n. 2.509, de 18 de novembro de 2004, “dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família” e define as responsabilidades das famílias atendidas no PBF: 1. as gestantes e nutrizes devem inscrever-se no pré-natal e comparecer às consultas na unidade de saúde mais próxima de sua residência, portando o cartão da gestante, de acordo com o calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde; participar de atividades educativas ofertadas pelas equipes de saúde sobre aleitamento materno e promoção da alimentação saudável; 2. os responsáveis pelas crianças menores de 7 (sete) anos devem levar a criança à Unidade de Saúde ou ao local de campanha de vacinação, mantendo, em dia, o calendário de imunização, levar a criança às unidades de saúde, portando o cartão de saúde da criança, para a realização do acompanhamento do estado nutricional e do desenvolvimento e de outras ações e 3. informar ao órgão municipal responsável pelo Cadastro Único qualquer alteração no seu cadastro original objetivando a atualização do cadastro da sua família (BRASIL, 2015c).

Diante do exposto, no que concerne ao Programa Bolsa Família, o estudo dos itinerários terapêuticos pode vir a ser uma aproximação com os beneficiários de parte de uma política nacional que visa à assistência de uma população em situação de pobreza ou extrema pobreza. Gerhardt (2006), ao estudar itinerários terapêuticos em situação de pobreza, refere

que os itinerários terapêuticos são diversos e plurais, dependem de estratégias complexas, fundamentadas na elaboração de relações sociais e de práticas de inserção social, ou seja, há uma pluralidade de fatores que intervêm na escolha dos indivíduos que constroem estratégias para além das condições materiais, levando-se em conta suas capacidades, histórias de vida e experiências individuais, e, portanto, pelas características do sujeito, do problema, da percepção de saúde e da configuração do sistema de saúde.

Portanto, o estudo tem em vista contribuir com uma aproximação da construção da percepção e do imaginário social das práticas terapêuticas em busca de cuidados relativos à saúde, nas populações beneficiárias do Bolsa Família, ou seja, em situação de pobreza e extrema pobreza. Embora o estudo não tenha o delineamento focado especificamente no acesso e na utilização dos serviços de saúde, é interessante observar que os determinantes do acesso não dependem exclusivamente da doença, traçando-se um paralelo com os itinerários terapêuticos. Travassos e Martins (2004, p.190) citam que os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles fatores relacionados:

- (a) à necessidade de saúde – morbidade, gravidade e urgência da doença;
- (b) aos usuários – características demográficas (idade e sexo), geográficas (região), socioeconômicas (renda, educação), culturais (religião) e psíquicas;
- (c) aos prestadores de serviços – características demográficas (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento;
- (d) à organização – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatórios), modo de remuneração, acesso geográfico e social;
- (e) à política – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema.

Desse modo, a observação dos itinerários terapêuticos de uma população beneficiária de um dos principais programas sociais do País, que pertencem a uma área adscrita de uma eSF pode vir a ser uma interessante contribuição, pois a saúde – determinante nos indicadores de situação de vida das populações – assume um papel de protagonista, principalmente, devido a localizações de as eSFs emergirem de uma proposta institucional da universalização do acesso, equidade, integralidade e resolutividade. A singularidade das territorialidades adscritas contemplam, em sua maioria, implementações de eSFs em zonas periféricas e em populações em situação de pobreza.

Assim, ao se considerar os itinerários terapêuticos, deve-se abranger desde a disponibilidade de serviços de saúde, perspassando pelos valores sócio-culturais-afetivos, até às experiências históricas vivenciadas. Jodelet (1989) conclui que as representações sociais circulam nos discursos, são carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens mediáticas, cristalizadas nas condutas e nos agenciamentos materiais ou espaciais. Logo, por exemplo, alguns fenômenos que se observam como a lógica dos subfinanciados e muitos degradados serviços públicos de saúde, a medicalização da saúde, a centralidade no modelo biomédico, a expropriação do conhecimento médico popular, a fragmentação do conhecimento e da prática clínica, associados à situação de pobreza e às representações sociais e sua diversidade de concepção de processo saúde-doença, além de outros fatores, são influentes na construção dos itinerários terapêuticos dos indivíduos.

2 OBJETIVOS

Geral:

- Compreender as representações sociais dos itinerários terapêuticos de mulheres em situação de pobreza.

Específicos:

- Compreender as representações sociais das práticas em saúde que constituem os itinerários terapêuticos de mulheres em situação de pobreza.
- Compreender as representações sociais de saúde e de doença de mulheres em situação de pobreza.
- Compreender as representações sociais dos itinerários terapêuticos em situações específicas (promoção, prevenção e recuperação da saúde) e em marcadores específicos (dor de cabeça, diarreia, febre, violência sexual e doméstica, acidente de trânsito, depressão, diabetes e câncer) de mulheres em situação de pobreza.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Caracterizando o cenário

O cenário da pesquisa foi o Núcleo de Saúde da Família Professora Doutora Vera Heloísa Pileggi Vinha - Núcleo 5 (NSF 5), localizado na cidade de Ribeirão Preto. O município localiza-se no nordeste do Estado de São Paulo, com uma população estimada para 2015 de 666.323 habitantes, segundo dados do IBGE (2015). As condições de vida enquadram-na no índice paulista de responsabilidade social, no Grupo 2, que se caracteriza por municípios que, embora com níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais, conforme Fundação SEADE (2016).

A rede municipal de saúde de Ribeirão Preto é organizada em 05 regiões, denominadas Distritos de Saúde, que são o Distrito do Simioni, ao norte, o Distrito de Vila Virgínia, localizado ao sul, o Distrito de Castelo Branco, ao leste e o Distrito de Sumarezinho, ao oeste e o Distrito Central, na região central da cidade.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, os Distritos “são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais” e “visa a oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e a tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS”. Há para todas as Unidades de Saúde retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia, e são realizados exames mais sofisticados através dos serviços contratados e/ou conveniados para as Unidades Distritais e Ambulatório de Especialidades. O NSF 5 pertence ao Distrito de Sumarezinho, que também abrange:

- UBDS Sumarezinho - conhecido pelas participantes do estudo como “Cuiabá”.
- CMSC Vila Lobato
- CSE Ipiranga
- UBS Dom Mielle
- UBS Ipiranga
- UBS Jardim Paiva
- UBS José Sampaio
- UBS Jardim Presidente Dutra
- UBS Vila Recreio
- USF Jardim Eugênio Mendes Lopes

- USF Maria Casagrande Lopes
- USF Núcleo 1
- USF Núcleo 2
- USF Núcleo 3
- USF Núcleo 4
- USF Núcleo 5
- USF Jardim Jamil Cury
- UBS Vila Albertina

O CSE "Drº Joel Domingos Machado" ou UBDS Sumarezinho ou, ainda, “Cuiabá” é referência para todos os bairros do distrito oeste nos serviços de Pronto-Atendimento (PA) e especialidades. O Pronto-Atendimento funciona 24 horas, e, no momento passa por reforma. O Ambulatório de Especialidades, atende de segunda a sexta-feira, das 07 às 17 horas, com as especialidades médicas de cardiologia, cirurgia ambulatorial, clínica médica, dermatologia, endocrinologia, especialidades ginecológicas, geriatria, hematologia, imunologia infantil, moléstias infectocontagiosas, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia infantil, psiquiatria e reumatologia. Também há o atendimento de especialidades não médicas em enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia adulto e infantil, serviço social e terapia ocupacional e atendimento básico em assistência farmacêutica, centro de testagem e aconselhamento, teste do pezinho, vacinação, ambulatório de clínica médica integrado. Os procedimentos diagnósticos especializados presentes são: Eletrocardiografia, Espirometria, Radiologia, Ultrassonografia (aparelho circulatório, abdômen, ginecológico e obstétrico).

Os serviços de urgência e emergência da rede municipal de Saúde: UBDS Sumarezinho - referência oeste, mas está em reforma, UBDS Quintino Facci II - referência Norte, UPA - referência Leste, UBDS Central - referência central e UBDS Vila Virgínia - referência Sul. Todas com funcionamento 24 horas. Há também a rede hospitalar pública e a privada – em caráter complementar.

O NSF 5 abrange parte do bairro Alto do Ipiranga com um total de 966 famílias cadastradas, perfazendo um total de 2.653 usuários, distribuídos em 6 microáreas. Para melhor compreensão do território, segue o perfil populacional segundo idade e sexo, no ano de 2014, segundo SIAB:

QUADRO I – Perfil Populacional da territorialidade do NSF 5, segundo microárea, sexo e idade. Ribeirão Preto, 2014.

Microárea 1											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M		12	3	9	11	9	55	36	25	39	199
F	2	4	2	2	17	18	65	36	29	55	230
T	2	16	5	11	28	27	120	72	54	94	429
Microárea 2											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M	3	15	6	14	18	24	69	24	27	24	224
F	2	13	5	7	16	20	88	40	23	24	238
T	5	28	11	21	34	44	157	64	50	48	462
Microárea 3											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M	1	4	8	7	16	16	62	22	31	38	205
F		6	6	8	12	20	73	27	33	42	227
T	1	10	14	15	28	36	135	49	64	80	432
Microárea 4											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M		2	8	5	11	10	58	23	32	33	182
F	3	7	3	2	7	9	58	27	43	63	222
T	3	9	11	7	18	19	116	50	75	96	404
Microárea 5											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M	8	20	10	12	29	28	97	25	12	14	255
F	4	25	16	14	28	34	97	25	14	10	267
T	12	45	26	26	57	62	194	50	26	24	522
Microárea 6											
Sexo	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	Total
M		2	8	5	11	10	58	23	32	33	182
F	3	7	3	2	7	9	58	27	43	63	222
T	3	9	11	7	18	19	116	50	75	96	404

Fonte: SIAB, acesso em julho de 2014.

O NSF 5 funciona das 7 às 17 horas. A equipe é formada por 15 funcionários: 6 agentes comunitários de saúde, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1

técnico/auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar de serviços gerais e 4 seguranças. Também é importante ressaltar a presença de docentes e discentes da Universidade de São Paulo que contribuem com o processo de trabalho local em diferentes níveis (graduação, pós-graduação), não constituindo uma realidade em todas as unidades do município. Tal parceria reflete na qualidade e no aprimoramento tanto do serviço local e da universidade, mas também como o sistema de saúde como um todo.

3.2 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa são mulheres de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (caracterização das entrevistadas e arranjo familiar – vide Quadros II e III) pertencentes ao território adscrito do NSF-5 - Núcleo de Saúde da Família Prof^a. Dr^a. Vera Heloísa Pileggi Vinha/Núcleo 5 - do município de Ribeirão Preto, São Paulo.

QUADRO II – Caracterização dos participantes da pesquisa. Ribeirão Preto, 2015.

E	I	EC	Es	AO	RMM	CA	R
Ana	22	Casada	EM	Do lar	1,5 SM	Parda	Evangélica
Francisca	27	Separada	EM	Do lar	0,5 SM	Parda	Evangélica
Carmem	47	União	EF incompleto	Aposentada	1,0 SM	Branca	-
Mariana	26	Casada	EM	Do lar	1,0 SM	Preta	Evangélica
Madalena	19	Amaziada	EM	Do lar	1,5 SM	Parda	Evangélica
Luiza	66	Divorciada	Analfabeta	Aposentada	1 SM	Preta	“Apegada à
Lúcia	54	União	Analfabeta	Vendedora	Sem	Morena	Católica
Cristina	25	Amaziada	EM completo	Desempregada	¼ SM	Parda	-
Lígia	63	Casada	Analfabeta	-	2,5 SM	Jambo	Evangélica
Dirce	24	Amaziada	EM completo	Vendedora e Cuidadora	1 SM	“Amarela”	Evangélica
Marta	28	Amigada	EF incompleto	Desempregada	1,5 SM	Branca	Católica

E = Entrevistada; I = Idade; EC = Estado Civil; Es = Escolaridade; OA = Ocupação Atual; RMM = Renda Mensal Média; CA = Cor Autorreferida; R = Religião; SM = Salário Mínimo; EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio.

QUADRO III - Perfil dos Arranjos Familiares das entrevistadas. Ribeirão Preto, 2015.

E	VE	CA	Idade	Ocupação Atual	RI	Escolaridade
Ana	Esposo	Amarela	32 a	Trabalha em empresa de extintores de incêndio	1,25 SM	EF completo
	Filho	Parda	3 a	-	-	-
	Filha	Parda	7 a	-	-	Cursa 1o ano
Francisca	Filha	Parda	4 a	-	-	-
	Filha	Parda	3 a	-	-	-
Carmem	Convivente	Morena	48 a	Padeiro	s/ renda fixa	EF completo
	Filha	Branca	9 a	-	-	Cursa 4 a série
	Filho	Branca	17 a	-	-	Cursa 6 a série
	Nora	Branca	19 a	-	-	EM Completo
Mariana	Esposo	Morena	28a	Serviços Gerais	1,5 SM	EF completo
	Filho	Morena	4a	-	-	-
	Filha	Morena	7a	-	-	Cursa 2 o ano
	Filha	Morena	6a	-	-	Cursa 1 o ano
	Filha	Morena	1a	-	-	-
Madalena	Convivente	Pardo	20 a	Zelador de Patrimônio	1,5 SM	EF completo
	Filho	Branco	1 a	-	-	-
Luiza	-	-	-	-	-	-
Lúcia	Convivente	Morena	31 a	Pedreiro	s/ renda fixa	Semianalfabeto
Cristina	Convivente	Morena	28a	Servente de Pedreiro	0,5 SM	Não soube
	Filho	Parda	6a	-	-	-
	Filha	Parda	2a	-	-	-
	Filha	Parda	3m	-	-	-
Lígia	Esposo	Morena	58 a	Guarda	0,5 SM	EF incompleto
	Filho	Moreno	25 a	Guarda	1 SM	EF incompleto

E = Entrevistada; VE = Vínculo com a entrevistada; I = Idade; Es = Escolaridade; OA = Ocupação Atual; RI = Renda Mensal Individual; CA = Cor Autorreferida; EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio

Continuação...

E	VE	CA	Idade	Ocupação Atual	RI	Escolaridade
Dirce	Convivente	Morena	37 a	Pedreiro	0,75 SM	EF incompleto
	Filho	Parda	5a	-	-	-
	Filha	Parda	1a e	-	-	-
Marta	Convivente	Negra	29 a	Ajudante de Pedreiro	1,5 SM	EF incompleto
	Filho	Mulata	10 a	-	-	Cursa 5a série
Paula	Convivente	Parda	37 a	Pedreiro	1 SM	EF incompleto
	Filho	Parda	15 a	-	-	EM incompleto
	Filho	Parda	13 a	-	-	EF incompleto
	Filha	Parda	9 a	-	-	EF incompleto

E = Entrevistada; VE = Vínculo com a entrevistada; I = Idade; Es = Escolaridade; OA = Ocupação Atual; RI = Renda Mensal Individual; CA = Cor Autorreferida; EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio

3.3 Aspectos éticos

O estudo está adequado segundo as normas previstas na Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, e aprovado em 03 de fevereiro de 2015 (Anexo A). A participação no estudo foi aceita pelos sujeitos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes usados foram trocados, e o uso de nomes fictícios justifica-se para a manutenção da privacidade e do anonimato das participantes.

3.4 Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo que, segundo Richardson (1999), pode: 1. descrever a complexidade de determinado problema; 2. analisar a interação de certas variáveis; 3. compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais; 4. contribuir no processo de mudança de determinado grupo e, 5. possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. O autor ainda ressalta que a abordagem qualitativa é uma opção do pesquisador e justifica-se

por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social, difere do quantitativo à medida que não se utiliza de um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema.

A partir das entrevistas de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família, a amostra foi obtida pela técnica de redundância da informação ou saturação. Há variadas discussões acerca da validade científica dos estudos com sujeitos caracterizados de amostras intencionais em detrimento de análises estatísticas; contudo, Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 20) ressaltam que:

a desnecessária representatividade estatística é um dos motivos pelos quais as amostras qualitativas são menores do que as necessárias nos estudos quantitativos. No entanto, a necessidade de “fechamento” amostral exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a seleção de casos novos, tornando-os inteligíveis aos futuros leitores dos relatórios e norteadores do andamento prático dos procedimentos de captação.

Consequentemente, o presente estudo definiu a técnica de saturação operacionalizada, a partir de uma sequência de entrevistas – entrevistados I, II, III, IV... – sendo organizados os recortes – núcleos de compreensão – obtidos na exploração do material – recortes a, b, c, d, e – ordenadamente, como se exemplifica a seguir, adaptado (FIGURA I) a partir do modelo hipotético proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008):

QUADRO IV – Modelo Hipotético de saturação de amostra.

Entrevistado	Núcleos de compreensão
I	a, b
II	a,c,d,
III	b,c,d
IV	c, b, e
V	a,b,c,f
VI	b,c,e,f
V	a,b,c,d,e,f
VI	b,e,f
VII	a,b,c,e
VIII	e,f
IX	a,b
X	c,e,f
XI	e,f
XII	a,c,e
XIII	e,f

Nota-se que, a partir do entrevistado VI, os núcleos de compreensão repetem-se exaustivamente, ocorrendo o processo de saturação da amostra e sua delimitação, considerando as práticas sociais, como acesso a serviços públicos, consulta médica, medicina popular, bem como outras categorias obtidas durante a pesquisa, opções de núcleo de significações que orientaram o processo de redundância de informações. A saturação ocorreu na XIIIa. entrevista, neste presente estudo.

As entrevistadas foram selecionadas a partir do cadastro do Programa Bolsa Família, disponível no Núcleo de Saúde da Família, contactadas e convidadas a participar da pesquisa por meio de visita domiciliária. Houve, inicialmente, um momento de explicação do estudo e das questões éticas, e conforme a necessidade da entrevistada, foi agendado o horário para a realização da coleta de dados. As entrevistas foram gravadas com autorização e *a posteriori* transcritas, sendo depois analisadas conforme o referencial teórico proposto. Os dados foram coletados em julho de 2014 (dados secundários) e março e abril de 2015 (dados primários).

A entrevista constou de duas partes: com um questionário do perfil da entrevistada (Apêndice A), e a entrevista semiestruturada (Apêndice B). Em um primeiro momento, na coleta de dados, foi realizada uma verificação da inteligibilidade das questões de norteamiento e do roteiro de entrevista semiaberta, previamente definido, e apropriadas de acordo com os objetivos da pesquisa.

Segundo Rey (2005), o questionário do tipo fechado pode ser utilizado em uma perspectiva centrada no estudo da subjetividade e embora seja utilizado na perspectiva de coleta de dados objetivos, a informação pode ser suscetível à descrição e pode adquirir diferentes significados no curso da pesquisa por meio de sua relação com outras informações. Seu uso para a pesquisa contribuiu com aspectos relativos ao modo de vida dos sujeitos envolvidos e com a construção de inter-relações entre os dados objetivos e diretos com a singularidade dos discursos presente nas entrevistas.

Já a segunda parte da coleta de dados foi realizada a partir de entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (2010), obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, e nenhuma interação é totalmente aberta ou fechada, tem um apoio claro na sequência das questões, facilita a abordagem e assegura que as hipóteses e os pressupostos sejam cobertos.

As entrevistas semiestruturadas são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o

entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta em maiores detalhes (POPE; MAYS, 2005, p. 22).

Posteriormente, a cada entrevista, os dados foram transcritos. Foi realizado uma primeira aproximação com as transcrições (leitura flutuante/pré-análise), e conjuntamente, com o conhecimento prévio nortearam o levantamento de hipóteses e objetivos frente a pesquisa, momento que as ideias iniciais foram observadas.

De forma gradual iniciou-se a constituição do corpo do estudo com a elaboração dos núcleos de compreensão obtidos, tanto de forma indutiva, quanto dedutiva. Expressões e palavras significativas foram grifadas, agrupadas por aproximação e diferenciação e construiu-se os núcleos de compreensão. Por último, submeteu-se à interpretação.

Logo, o material colhido foi analisado a partir da análise de conteúdo que, segundo Minayo (2010, p. 303), são as “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos [...] possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”. Converte com o proposto por Richardson (1999), visto que uma modalidade de transformar dados qualitativos em elementos quantificáveis, bastante empregada por pesquisadores, consiste em utilizar como parâmetros o emprego de critérios, categorias, escalas de atitudes ou, ainda, em identificar com que intensidade, ou grau, um conceito, uma atitude, uma opinião se manifestam.

3.4.1 A Análise de Conteúdo

A técnica de análise de conteúdo - surgiu nos Estados Unidos, no início do século XX, sendo que seus primeiros experimentos se relacionaram com a comunicação em massa até os anos 50 pela contagem de frequência de conteúdos nas mensagens veiculadas - é atualmente compreendida como um conjunto de técnicas que se destacam por possuir duas funções: 1. verificação de hipóteses e/ou questões, e 2. descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos (GOMES, 1995). Segundo Bardin (1977, p. 31), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e toda e qualquer comunicação/transporte de significado de um emissor para um receptor pode ser decifrada pela técnica de análise de conteúdo. Já na perspectiva do terreno, do funcionamento e do objeto, o autor explora e sintetiza a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Dentro das modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, que

[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2010, p. 316).

Conforme Minayo (2010), a análise temática desdobra-se em pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação.

3. 4. 1. 1 Pré-análise

A pré-análise consiste na eleição de documentos, na retomada de hipóteses e objetivos, e na formulação de indicadores para orientação da pesquisa e na interpretação. Inicialmente, realiza-se a leitura flutuante do material para a aproximação do conteúdo e a constituição do *corpus* - segundo critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência - e posteriormente, há o momento de formulação e reformulação de hipóteses e objetivos para a correção de rumos interpretativos e abertura para novas ideias (MINAYO, 2010). É uma fase de organização e intuições, mas tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais para a condução de um esquema preciso em um plano de análise (BARDIN, 1977).

A leitura flutuante do material é o estabelecimento do contato com os dados obtidos deixando-se invadir por impressões e orientações, e aos poucos a leitura vai tornando-se mais precisa em função das hipóteses que emergem, bem como de projeções de teorias adaptadas sobre o material e a possibilidade do emprego de técnicas utilizadas sobre materiais análogos (BARDIN, 1977).

A regra da exaustividade consiste em “uma vez definido o campo do *corpus* [...] é preciso terem-se em conta todos os elementos do *corpus*. Por outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão, que não possa ser justificável no plano do rigor” (BARDIN, 1977, p. 97). Logo, todo o conteúdo das entrevistas transcritas foi considerado.

Já a regra da representatividade permite a seleção de uma amostra, se esta for uma parte representativa do universo inicial; contudo, optou-se pela escolha de um universo homogêneo que possibilita uma amostra menor que um heterogêneo, e é interessante abster-se e reduzir o próprio universo, caso este seja importante (BARDIN, 1977). Além do mais, optou-se pela técnica de saturação - explanada anteriormente.

No que tange à regra da homogeneidade, Bardin (1977) ressalta que os documentos escolhidos devem ser homogêneos e obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar grandes disparidades fora dos critérios de escolha e que, em entrevistas efetuadas sobre um dado tema, estas devem: 1. referir-se todas sobre o mesmo tema; 2. terem sido obtidas por meio de técnicas idênticas, e 3. serem realizadas por indivíduos semelhantes. Ressalta-se que, no presente estudo, todas as entrevistas versaram sobre a mesma temática, com uso de questionário e roteiro de entrevista com as mesmas perguntas norteadoras, e foram feitas por entrevistador único. Por último, a regra da pertinência consiste em que a eleição dos documentos seja adequada e corresponda ao objetivo da análise (BARDIN, 1977).

Na formulação das hipóteses e dos objetivos, segundo Bardin (1977), deve-se considerar que uma hipótese é uma afirmação provisória para verificação através dos procedimentos de análise, ou seja, trata-se de uma suposição originária da intuição, que permanecerá em suspensão até que não seja submetida à prova de dados seguros, embora muitas vezes o trabalho seja orientado por hipóteses implícitas. O ato de formular hipóteses consiste em explicitar e precisar dimensões e direções de análise que, apesar de tudo, funcionem no processo. Já o objetivo é o quadro teórico e/ou pragmático, sendo os resultados obtidos serão utilizados e consiste na finalidade geral proposta.

A referenciação dos índices e da elaboração de indicadores consistiu no trabalho preparatório da escolha dos índices e na organização sistemática em indicadores. Procedeu-se, posteriormente, à construção de indicadores precisos e seguros, determinados por operações: 1. recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática, e 2. de modalidade de codificação para registro dos dados (BARDIN, 1977).

3. 4. 1. 2 Exploração do Material

A exploração do material é o momento de codificação, de busca pelo núcleo de compreensão, de expressões ou palavras significativas, consiste essencialmente em operações classificatórias. Nela, efetuam-se recortes do texto em unidades de registro – palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos relevantes –, e é realizada a construção de índices

quantitativos; após, os dados são agregados e classificados teórica ou empiricamente (MINAYO, 2010).

A categorização consiste em classificar elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento; posteriormente, segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. Logo, as categorias são rubricas ou classes reunidas em unidades de registro em razão de caracteres comuns, sob um título genérico; por conseguinte, o que permite o agrupamento é a parte comum existente. Possui duas etapas: 1. o inventário, que se constitui em isolar os elementos, e 2. a classificação, que se baseia em repartir elementos, impôr certa organização às mensagens (BARDIN, 1977).

Ressalta-se que a categorização emprega dois processos inversos: no primeiro (“caixa”), o sistema de categorias é fornecido e os elementos são divididos no decorrer do processo; enquanto no segundo (“milha”), o sistema de categoria não é fornecido antes da classificação, e o título final das categorias somente é obtido no final da operação. As categorias terminais são encontradas em reagrupamentos progressivos de categorias com generalidades mais fracas, e um conjunto de categorias com qualidade adequada respeita os critérios de: 1. exclusão mútua - cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; 2. homogeneidade - um único princípio de classificação deve governar sua organização; 3. pertinência - o sistema de categorias deve refletir os objetivos da investigação; 4. objetividade e fidelidade - definição clara das categorias e dos índices que determinam a entrada de um elemento em uma categoria; 5. produtividade - produção de resultados férteis (BARDIN, 1977).

3. 4. 1. 3 Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

Tradicionalmente, a etapa de tratamento dos resultados, de inferência e de interpretação é um momento de análises estatísticas dos ordenados matemáticos, e os resultados brutos são tratados de forma a serem significativos e válidos através de operações simples ou complexas, como a porcentagem e a análise fatorial, que permitem a proposição de inferências, a resposta aos objetivos e/ou as descobertas inesperadas (MINAYO, 2010; BARDIN, 1977). Contudo, por se tratar de um estudo qualitativo, não será realizado tratamento estatístico dos resultados e inferências, apenas a observação de certas regularidades com maior ênfase na significação, como encontrado em outras variantes, como a análise de enunciação (MINAYO, 2010).

4 ANÁLISE DOS DADOS, RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Representações do conceito de saúde e doença

Para compreender, em um primeiro momento, a temática das representações de saúde da população do estudo, os dados obtidos foram agrupados em 5 núcleos de compreensão:

1. Saúde como ausência de doença, de dor, de uso contínuo de medicações, da necessidade de acompanhamento médico e de dependência de cuidados
2. Saúde como possibilidade de realização de atividades diárias e laborativas
3. Saúde como prevenção de doença através da alimentação e do uso correto de medicação
4. Saúde como acesso à assistência das aflições
5. Saúde como um bem-estar da família e de felicidade

QUADRO V – Núcleos de compreensão do conceito de saúde, segundo entrevistadas.

Saúde como ausência de doença, e/ou de dor, e/ou de uso contínuo de medicações, e/ou da necessidade de acompanhamento médico e e/ou de dependência de cuidados.	Ana, Francisca, Mariana, Cristina, Dirce, Marta
Saúde como possibilidade de realização de atividades diárias e/ou laborativas	Francisca, Carmem, Luisa, Cristina
Saúde como prevenção de doença através da alimentação e/ou do uso correto de medicação	Ana, Mariana, Lúcia, Marta
Saúde como acesso à assistência das necessidades	Madalena
Saúde como um bem-estar da família	Francisca, Paula, Cristina

A escolha de determinado cuidado terapêutico e a lógica dos modelos explicativos de doença, pela família ou pelo indivíduo, são influenciadas tanto por fatores objetivos quanto pelas representações explicativas referentes à doença. Logo, a morbidade é um fenômeno objetivo e subjetivo, sem demarcações nítidas entre as diversas concepções de saúde e de doença. Cada indivíduo vivencia seu adoecer diferentemente, pode sentir-se mais doente que

outro e abandonar mais precocemente suas atividades cotidianas, bem como ausentar-se do trabalho por mais tempo. Os mesmos sintomas objetivos geram diferentes incômodos, e a transição do normal para o patológico pode dar-se de forma lenta ou brusca, desencadeando um processo complexo (GERHARDT, 2006).

O conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (1946), “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 2015). Ressalta-se que tal conceito, no meio acadêmico, seja foco de reflexões e discussões, sendo para alguns autores considerado ultrapassado por se considerar demasiadamente irreal, ultrapassado e unilateral (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Se para a academia o conceito de saúde é complexo, ou ainda um dos “pontos cegos da ciência epidemiológica” (ALMEIDA FILHO, 2000), na população do estudo, observou-se ainda o predomínio e a persistência do conceito de saúde como ausência de doença ou de problemas relacionados ao corpo físico. A título de ilustração, a entrevistada Marta concebe a saúde como quando “não tá doente”, “não ter queixa de dor”. Já quando questionada sobre o que seria uma saúde ideal, os resultados obtidos mantiveram a mesma centralidade, como ilustrado a seguir:

Uma saúde ideal? Você fazer os exames e o posto falar para você: - Você não tem nada, Você tá bem! (sic) (Mariana)

Uma saúde perfeita? Não sei. Acho que é a que eu tenho e os meu filho, pra mim é uma saúde perfeita. [...] Nunca tive motivo pra falar, aí eu e meus tá doente. Se perguntá: - Eles tão bem? - Graças a Deus! O nariz escorrendo, mas como sempre. Falá que eles fica doente: - Ai, eu tô com meu filho doente? Nunca! A gente tem uma saúde perfeita porque eu vejo vários casos por aí de gente que filho toma remédio, filho que faz terapia, filho que num sei o quê, é, tem um monte de gente aqui na rua, minha irmã, aí que nem o filho da vizinha tem que num pode beber leite de caxinha, num pode nada com lactose, então pra mim, não leva uma vida normal. Eu acho que meus filho, eu, minha família leva uma saúde perfeita. (sic) (Cristina)

Embora também haja a concepção da saúde como um estado adequado para a realização das atividades diárias e laborativas, percebe-se ainda uma centralidade na doença, que impossibilita o indivíduo de vivenciar sua rotina diária, como explicitado:

Saúde é você estar bem, num ter que tomar remédio, num ter que ir ficar fazendo check-up, num ter que ir em médico, levar assim uma vida, comer tudo o que você quer, andar, por exemplo, tomar sol, poder beber água gelada, tomá um sorvete, sem saber que você vai ficar doente. É levar uma vida normal. (sic) (Cristina)

Acho que ter saúde é ver as meninas acordar bem, isso aí, ver que elas são perfeita e tudo mais, tem umas mãe que tem filho que não anda, aí é complicado. Não vivo no médico direto com elas. (sic) (Francisca)

Tal achado corrobora o estudo de Alves (1993) que conclui que o modelo biomédico é o dominante em nossa sociedade, devido ao monopólio médico sobre a definição de doença e tratamento, sendo que tal modelo concebe a doença como uma “propriedade física de comportamento”, resultado de fatores morfofisiológicos. Contudo, para o autor, deve-se levar em conta os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo e analisá-los sob a perspectiva do sistema leigo de referência¹.

Assim, Carmem, uma das participantes do estudo, concebe a saúde dentro da temática “saúde como possibilidade de realização de atividades diárias e laborativas”, e “saúde como ausência de doença, de dor, de uso contínuo de medicações, da necessidade de acompanhamento médico e de dependência de cuidados”. Em seu contexto de vida já, sofreu um acidente de trabalho que a incapacitou, passou por cirurgias e refere constantes retornos ao atendimento especializado; logo suas experiências relacionaram-se com sua concepção de saúde que, para ela, é

[...] uma coisa assim, eu não queria sentir nada que eu sinto, eu queria ter a saúde que eu tinha de primeiro, aguentasse trabalhar mais, hoje eu não posso mais, né, por causa dos problemas que eu tenho. É muito difícil a gente continuar, não é aquela saúde forte mais, né, acabou ela. (sic) (Carmem)

Outros conceitos de saúde envolvem a ideia da prevenção, muito presente no cotidiano, principalmente pelo quadro epidemiológico do aumento das condições crônicas de saúde na população.

¹ O Sistema leigo de referência é compreendido por Alves (1993) como o “corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e é resultante de estruturas sociais específicas de cada sociedade”.

Ah, saúde é tudo, né, porque a gente tem que cuidar de tudo, porque se a gente não cuidar não tem saúde hoje, né. [...] Tudo tipo assim, a saúde tem que, como vou explicar para você, a saúde é você acompanhar pelo posto para ver se não tem alguma coisa para depois se um dia mais tarde não descobrir as coisa muito tarde para depois não ter problema. [...] Quanto cedo você descobrir melhor, porque aí, depois você não tratar em cima da hora, não dá tempo, porque na família tem de tudo, das avós tem diabetes, colesterol, tem tudo, então quer dizer, que tanto os filhos e os netos caba tendo essas coisa, né. Então já começa tratar de pequeno, então isso é saúde, né. [...] Não ficar doente. (sic) (Mariana)

A saúde como acesso à assistência das aflições foi observada em uma das entrevistas.

É eu me sentir bem, é eu estar bem. Sempre que precisar de alguma coisa, alguém poder me ajudar para sempre continuar boa, ter remédio, médico que atende, é poder te ajudar para poder ficar bem. (sic) (Madalena)

É interessante ressaltar que os conceitos de saúde no modelo biomédico foram predominantes, mas que não excluíram, necessariamente, outras concepções. Por exemplo, Cristina infere que saúde é quando não “tem que tomar remédio”, “ficar fazendo check-up”, “tem que ir ao médico”, ao passo que quando questionada sobre as influências de sua situação econômica e sociocultural no cuidado à saúde, relatou,

Eu colocaria meus filho na natação que é muito bom natação. Só porque alimentação eu tento cuidar ao máximo, mais o exercício dos menino, a vida deles. Teria dinheiro pra pode saí com eles porque faz bem pra saúde sair, ficar feliz, felicidade também é saúde. Não só ficar em lugarzinho ruim. (sic) (Cristina)

Já as representações sociais do conceito de doença encontradas foram agrupadas em 3 núcleos de significado:

1. Concepção com foco na centralidade biomédica:

- Doença é algo grave que não tem cura.
- Colesterol, Diabetes, Obesidade, Câncer de mama, de útero, tumor, HIV.
- A doença é “ficar indo” à Unidade de Saúde, ao médico, gera a necessidade de fazer uso de medicação.

- Sentir dor.

2. Concepções subjetivas da doença

- A gente pensa de tudo que é jeito, não passa.
- É triste. Acaba e destrói. Você finge que é feliz, mas por dentro tem aquela angústia, aquela tristeza.
- Algo “meio que chato”.
- Algo que gera preocupação.
- Não sei. Algo bom não é, senão a gente não precisava tomar remédio.
- Uma coisa que você está lutando e está difícil.

3. Concepção com foco na incapacidade laborativa e de atividades diárias.

QUADRO VI - Núcleos de compreensão da concepção de doença, segundo entrevistadas.

Centralidade biomédica	Ana, Francisca, Mariana, Luisa, Lúcia, Cristina, Dirce, Marta, Paula, Lígia
Concepções subjetivas da doença	Carmem, Lúcia, Francisca
Incapacidade laborativa e de realização de atividades diárias	Carmem, Madalena

Muitos sujeitos da pesquisa entrevistados apresentaram dificuldade em definir doença. Uma possibilidade interpretativa é que, em primeiro momento, na maioria das entrevistas, questionou-se o que seria saúde. Logo, como o conceito de saúde, na maior parte dos discursos, foi concebido como ausência de doença, essa oposição entre saúde e doença gerou, nas entrevistadas, uma dificuldade de conceituação pela própria redundância de respostas.

Ana referiu que saúde “é na hora que não tem nenhuma doença, é na hora que come bem, é na hora que come as fruta bem, legumes, essa comidas que não tem nenhuma gordura [...] é na hora que se cuida” (sic) ao passo que ao conceber doença, apresentou dificuldade:

“Doença? É diabetes, colesterol, como é que se fala? Um monte de coisa”.

(Ana)

Logo, concebeu saúde como ausência de doença e como forma de prevenção através da alimentação, enquanto a doença centralizou sua concepção em um modelo biomédico interpretativo, enumerando doenças provocadas pela falta de cuidado. Dirce também concebeu que saúde é não ter nada de problema, e que problemas seriam como problemas de coração. Refere que saúde “é não ter que tomar nenhum remédio, remédio para a cabeça, coisas assim”, enquanto doença é:

“câncer de mama, de útero, [...] tumor, [...] HIV, tem várias.” (Dirce)

Embora “sentir dor” tenha sido interpretado neste estudo dentro de uma concepção de doença na categoria com enfoque biológico, deve-se ressaltar que a experiência da dor não é meramente físico, mas uma “sensação peculiar”, como aponta Ferreira (1994), pois a percepção e o relato da dor variam pela vivência cultural do doente, pelo seu repertório linguístico e pelo domínio de termos médicos, pelas suas crenças e representações sobre corpo e doença, pelas suas experiências individuais em geral e pela memória específica quanto à sensação de dor.

Dentro dos achados observados, a concepção de doença apresentou uma centralidade biomédica - uso de serviços formais de saúde, de insumos e de conhecimento médico centrado - bem como as encontradas na concepção de doença. Estes dados corroboram Nascimento (2002), que, em seu estudo, afirma que a centralidade do medicamento alcançou na terapêutica contemporânea patamares hegemônicos e já ultrapassou, simbolicamente, o mero uso terapêutico.

A análise dos dados também corrobora a pesquisa de Ribeiro e Amaral (2008), que ressaltam que o método clínico baseado na lógica biomédica alcançou sua hegemonia no século XX, trazendo contribuições para a ciência médica, mas também foi conferindo grande poder ao médico e tornou preponderante o diagnóstico da doença, do conhecimento técnico-científico sobre a opinião do doente. A égide famarcolizante e medicocêntrica pode ser ilustrada pelo recorte das entrevistas a seguir:

Doença é uma coisa que você tem que tratar com remédio, é uma coisa que você tem que viver em porta de hospital, que você dorme em hospital, que você acorda em hospital e tem que ficar ali, tomando medicação sem parar, porque se você parar, você fica pior. Pra mim doença é você ficar acamado e dependendo de remédio. (sic) (Cristina)

Doença pra mim é a gente ficar precisando dos outro, ficá indo no postinho, no médico todo dia, toda hora. Isso pra mim é doença. (sic) (Luiza)

Gomes e Mendonça (2002) ressaltam que as representações sociais da doença não devem ser reduzidas ao mero campo discursivo, devendo articular-se com o campo das práticas, pois a enfermidade e sua respectiva representação expressam estratégias humanas tanto particulares quanto universais, exigindo para a compreensão de seus significados um movimento de interpretação sobre a experiência.

A incapacidade laborativa e de realização de atividades diárias também foi observada nos discursos de representação social da doença, o que corrobora com outros estudos (SILVA et al., 2013; PORTO, 2015) em que a doença também foi representada como algo que incapacita para o trabalho, restringe a liberdade de ação e compromete a autonomia, sendo que os trabalhadores somente se consideram doentes quando a incapacidade física impede a continuidade do trabalho.

É triste, né. É uma coisa que eu não queria ter nada desses problemas que eu tenho. Eu acho muito triste. Você querer, assim, eu sempre trabalhei, você não aguentar trabalhar mais. É triste. Eu sinto muita dor. Que nem aqui em casa, eu limpo ali, eu tenho que parar e sentar. Entendeu? Então eu acho muito triste, para mim, por isso, eu entrei em depressão porque eu queria ser aquilo que eu era antes, né. Depois de muitos problemas por causa do meu esposo agravou muito na minha cabeça, meus filhos, a morte do meus pais, o acidente, cê entendeu? Acabou comigo. Até o doutor José tá vendo se consegue me passar por um psicólogo, porque sabe eu fico muito fechada. Então onde me causa mais problema, né. Mas eu queria voltar uns anos atrás para não ter nada disso. [...] Acaba com a gente, destrói a gente, que nem, às vezes, cê finge que é feliz, mas por dentro você tem aquela angústia, aquela tristeza [...] eu não aceitei, é, eu não aceitei ter os problemas que eu tenho. (sic) (Carmem)

4.2 Os itinerários terapêuticos

Os itinerários terapêuticos aqui considerados como todas as práticas que envolvem a manutenção, a promoção e a recuperação da saúde, a partir dos dados, envolveram um universo múltiplo e singular. Enquanto há a predominância de opções consideradas médico-

centradas e biologizantes, o que pode ser justificado pelo predomínio de conceituações de saúde e de doença, com foco no modelo biomédico, há também a existência de práticas tradicionais no imaginário popular.

Alves e Souza (1999, p. 135) compreendem que imagem é “um modo de se intencionar a realidade exterior”, “um nome para uma certa maneira de que a consciência dispõe de visar a seu objeto, de referir-se ao mundo”, e, portanto, “no ato da escolha terapêutica, a apreensão do que seja o tratamento se dá ‘em imagem’ - imagem que é, em grande parte, responsável pela elaboração de um projeto e consequente tomada de decisão”.

Os itinerários terapêuticos, como ressaltado na literatura por Alves e Souza (1999), não são necessariamente cadeias lógicas sucessivas, convergem com o imaginário popular, o qual se percebe desde uma narrativa com etapas encadeadas e definidas, até como um conjunto de práticas terapêuticas sobrepostas, influenciadas pelas histórias de vida, pelos simbolismos construídos e pelas circunstâncias, como ilustrado a seguir pelos recortes de uma das entrevistas e pela Figura I, abaixo.

Ah, graças a Deus, eu nunca tive isso, porque depressão é tristeza, e tristeza é uma coisa que eu não tenho. Sabe, eu chego na minha casinha velha, eu ligo um som. Sabe, você não pode ficar assim, só ligada no sofrimento, tem que ligar nas coisa boa, pensar que eu vou no Goiás, vou dançar um forró, passear, que eu gosto demais, então assim, a vida você tem que levar assim, deixa a vida me levar. (sic) (Luisa)

[...] Eu procuraria tentar sair dela e se alguém da minha família tiver, eu vou procurar ajudar pra sair também, que a depressão é a pior doença, viu filha, você quer ficar só trancada, só chorando, você não quer ver ninguém, então isso pra mim num serve. [...] Eu ia fazer o melhor pra elas, eu levaria no médico, levava pra passear, vai aqui, vai ali, pra você sair disso daí. Porque se você quiser sair de qualquer coisa, você confia naquilo que tudo pode, você sai. Agora, se você quiser ficar pegada, pensando naquela coisa 48 horas, parada, sentada também, aí você vai pensar coisa ruim, você então, tem que pensar coisas boa. (sic) (Luisa)

[...] levaria pra passear, sabe, tirar aquilo da cabeça, porque a gente num pode ficar pensando numa coisa. Igual, eu sempre falo pras menina, você pode ter qualquer problema, mas o problema se resolve conversando, confiando naquilo que tudo pode, assim com boas amizade, porque a gente tem que ter boas amizade.

Aquele que é pior que a gente, a gente não precisa ficar de mal, mas fica num canto, é assim. [...] Se eu tiver no Goiás eu levo lá, se eu tiver aqui, eu procuro aqui. [...] O doutor José, só o doutor José. (sic) (Luisa)

Figura I - Esquema das Representações Sociais dos Itinerários Terapêuticos, segundo dados coletados

Pelo esquema acima, é possível compreender que as representações sociais dos itinerários terapêuticos se constituem de práticas complexas, não hierarquizadas, mas, sim, em uma rede horizontal dinâmica e, constantemente, modificada. Converte com Pinho e Pereira (2012), que também observaram a mesma complexidade nas narrativas de suas entrevistas que revelaram que a elaboração dos itinerários é uma realidade processual, continuamente renovada e recriada, sendo que as trajetórias circulam pelas agências de solução, de formas variadas e fluidas, sem fixidez a nenhum modelo. São experiências de natureza mutável que, de maneira inacabada e indefinida, adquirem novos contornos e tonalidades. Não há uma totalização *a priori* de uma ou de outra instância, mas um campo de possibilidades passível de ser continuamente repensado e refeito.

Na análise das representações sociais dos itinerários terapêuticos, as entrevistas demonstraram um universo múltiplo e plural, como apontados por Alves e Souza (1999), Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003), Gerdhart (2006), Mattosinho e Silva (2015), Conill et al. (2008), Mângia e Muramoto (2008), Bellato (2009), Bellato et al. (2009), Cabral (2010), Trad, Castellanos e Guimarães (2012), Venturiello (2012), Ferreira e Espírito Santo (2012), Pinho e Pereira (2012), Cordeiro (2013), Marques e Mângia (2015), Silva et al. (2013), Souza et al. (2014) e Torchi (2014), respeitando-se as particularidades metodológicas e a ênfase de cada trabalho.

4.2.1 Os itinerários terapêuticos na promoção e na prevenção à saúde

As práticas terapêuticas, na ausência de doença, não se constituíram como itinerários terapêuticos em etapas, mas como um reflexo da representação da ideia de prevenção através da alimentação, higiene, como ilustrado a seguir,

[...] Eu peço para eles não comer muita gordura, bobageira, né. [...] Ah, eles são tudo magro [...] não precisam de regime. [...] Quem tem que fazer um pouco de regime é eu. [...] Eu cuido da alimentação porque é importante, né, pela alimentação, fritura, coisa assim que você sabe que vai prejudicá mais tarde, né. (sic) (Carmem)

[...] eu só faço mais acompanhamento no médico, quando necessário, direto não. [...] também higiene, principalmente, tipo elas, em casa não pode ter tapete, essas coisas, assim por causa dela, animal também não posso ter por causa delas. Elas são superalérgicas e tem que cuidar ao máximo, não varrer, tem que lavar. (sic) (Francisca)

Nunes (2000) ao estudar a doença como processo social, enfatiza que há uma multiplicidade de conceito de doença. Dentro do histórico da evolução dos modelos explicativos, observou-se o modelo explicativo advindo da história natural da doença (HND), que se baseia na tríade ecológica: agente, hospedeiro e meio. Tal modelo é fonte de inúmeras críticas devido à ênfase nos aspectos biológicos individuais e nas características da tríade ecológica, sendo os processos sociais desconsiderados. O reflexo do modelo da HND também pode ser considerado como uma das possíveis explicações para as práticas terapêuticas na perspectiva de um pensamento higienista. Na história das políticas públicas em saúde no

Brasil, também é perceptível uma educação sanitarista, dando alicerce para a construção das representações sociais.

Além do mais, ressalta-se que há uma ênfase na ideia de prevenção e promoção à saúde, principalmente pelo estímulo e pelo desenvolvimento da educação em saúde, bem como pelas características epidemiológicas do País - tripla carga da doença – persistência de doenças infecciosas, alta prevalência de doenças crônicas e seus fatores de risco, como o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a alimentação inadequada e o crescimento das causas externas (MENDES, 2015).

Contudo, Schall e Struchiner (1999, p. 2) inferem que a concepção de educação em saúde reflete em práticas condicionadas, muitas das quais reducionistas, que necessitam de questionamentos, e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas. Logo, “o conceito de educação em saúde sobrepõe-se ao conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer”.

4.2.2 Os itinerários terapêuticos na recuperação da saúde

Na ausência de experiências e conhecimentos prévios mais elaborados, os itinerários terapêuticos descritos constituíram-se como práticas isoladas, como no câncer, na violência sexual e doméstica, como nos recortes a seguir.

Fica muito esquisito, né. Ah, eu ia ficá com muito trauma, num sei nem pra onde que eu ia. [...] Aí eu ia procurar ajuda no conselho das muié (Delegacia da Mulher). [...] Ah, eu esqueci o nome, não guardo muito na cabeça. [...] Pra ver o que, eles pode dá uma explicação do que a gente podia fazer, né. (sic) (Lígia. Violência Sexual)

No caso de violência? Eu procuraria a polícia. [...] Porque essas coisa é caso de polícia, não é? (sic) (Paula. Violência Doméstica)

Contudo, nas condições de saúde crônicas autorreferidas e na condição de história prévia anterior de doença, os itinerários terapêuticos apresentam-se com um encadeamento de práticas sucessivas e/ou justapostas e/ou sobrepostas, como é possível observar no recorte,

Banho. Eu dou o banho, mas é assim, eu prefiro levar no médico para ver o que ela (Conceição, filha) tem para eu poder dar o remédio. Às vezes eu vejo que tá alta eu dou um pouquinho [...] se tiver muito alta a febre dou dipirona, chego lá e falo: dei dipirona tal hora [...] e corro no médico. Você entendeu? (sic) (Carmem. Febre)

[...] Quando tá aberto aqui, dá tempo aqui, senão na Cuiabá. Agora a Cuiabá tá em reforma, tem que ser no Central, mas primeiro eu ponho um termômetro, dou um banho, aí como ela já sabe falar onde que é, né, se é garganta eu levo no posto para o médico passar o remédio da garganta. Para ela eu num dou. Só dou o remédio do nariz que ele manda, quando ela já não tá boa eu já levo porque eu não dou qualquer remédio não. [...] Se não resolve aí eu trago em casa, porque eles fala é num sei quê, num sei quê.[...] Assim fala que é uma virose. Aí de repente não é uma virose. [...] Aí pra outro posto eu num vou porque são longe. (sic) (Carmem. Febre)

[...] Traz aqui pra casa, espero, aí levo no núcleo 5 porque o doutor José é muito difícil descobrir o que você não tem, é muito difícil. Aí eu vou dando banho nela tudo. Aí eu chego lá e ele já fala é a rinite dela que atacou ou é dor de garganta. Então, por isso que não dou, ele já me ensinou uma coisa: - Não dá remédio sem saber o problema que a criança tem. [...] Eu prefiro levar aqui. (sic) (Carmem. Febre)

As práticas terapêuticas nos itinerários desencadeados pelas representações sociais apresentaram duas fronteiras, não muito bem definidas, de cuidados realizados nas instituições formais de saúde, nos quais se destaca a unidade de saúde local - opção mais prevalente - e os informais, destacando-se cuidados no domicílio. Os itinerários terapêuticos na doença, no cuidado à família, nas doenças crônicas autorreferidas e em marcadores específicos apresentaram os mesmos núcleos de compreensão, mas com peculiaridades. Nas doenças crônicas, a experiência prévia engendra um encadeamento lógico, com fronteiras mais bem delimitadas.

Observou-se que as práticas terapêuticas nos itinerários terapêuticos em marcadores específicos (dor de cabeça, febre, diarreia, câncer, diabetes, violência sexual, violência doméstica, acidente de trânsito e depressão) dos dados obtidos constaram uma diversidade e uma pluralidade, com convergências e divergências. Na doença em comparação com

marcadores específicos, há diferenças significativas e demonstra que cada condição de saúde demanda diferentes práticas, existindo uma relação entre a gravidade e o recurso escolhido.

Das 11 entrevistadas, em 4, as representações sociais referentes ao itinerário terapêutico, no caso de câncer, foram a busca direta para serviços que compreendem atendimento especializado, com a justificativa de uma assistência melhor e de mais qualidade. Diabetes também apareceu como desencadeadora de representações sociais a nível especializado (4 entrevistas). Os relatos ilustram tal achado:

Aí eu não sei. É complicado. Aí tem que ser o médico mesmo para orientar a gente, como a gente tem que lidar com essa pessoa [...] porque tem que fazer o tratamento no hospital, [...] porque é onde tem a solução para esses tratamento, porque o postinho não faz esses tratamento, né, de câncer, né. Eu acho que é mais o HC [...] direto, iria perguntar o que tem que fazer para essa pessoa. (sic) (Carmem)

Ah, não sei, não sei não. [...] Eu vou no posto? Eu acho que vou nas clínicas, porque lá é melhor. [...] Porque lá é mais coisado que no Cuiabá, porque lá vai um monte de gente para isso, aqui no Cuiabá não vira nada não. (sic) (Ana. Câncer)

Já em queixas agudas e “leves”, observaram-se outras representações sociais de itinerários terapêuticos para a recuperação da saúde que não demandem serviços especializados e tecnologias duras, como no caso da cefaléia. O quadro a seguir demonstra a distribuição nos achados das entrevistas.

TABELA I - Distribuição das representações sociais dos itinerários terapêuticos em marcadores específicos das entrevistadas.

	Au	NSF	PI	UE	Es	SE	De	Fa	Fm	NS	TV	AS
Dor de cabeça	10	7	5	3	1	-	-	-	1	-	-	-
Febre	10	11	6	7	-	3	-	-	-	-	-	-
Diarreia	7	11	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Câncer	0	8	-	-	2	11	-	-	-	1	1	-
Diabetes	0	8	3	-	-	4	-	-	-	-	1	-
Violência Sexual	-	6	2	1	-	5	11	-	-	-	-	-
Violência	-	4	3	1	-	3	9	1	-	-	-	-

doméstica													
Acidente de trânsito	1	-	3	5	-	5	2	1	-	-	-	-	9
Depressão	1	9	5	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-

Au = Automedicação; NSF = Núcleo de Saúde da Família; PI = Práticas individuais; UE= Urgência e Emergência; Es= Espiritualidade; SE = Serviços Especializados; De= Delegacia; Fa= Família e conhecidos; Fm = Farmácia; NS= Não sabe; TV = Televisão SA=Samu

4.3 As práticas terapêuticas

Os itinerários terapêuticos são compostos, permeados e constituídos por uma série de práticas terapêuticas que, como observado pela análise anterior, contemplam uma rede de recursos. Para análise de tais práticas, os núcleos de compreensão foram agrupados em:

- Práticas de autocuidado: incluem a automedicação, as preparações caseiras (uso de chás e remédios caseiros), as práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou baseadas na cultura popular e as práticas de atividade física, alimentação, lazer e higiene.
- Espiritualidade: preces individuais e benzedadeiras.
- Meios de comunicação: Internet e televisão.
- Rede de apoio social e outros setores, exemplificados pela família, pelos laços de amizade, pela delegacia e pela escola.
- Serviços de saúde: Núcleo de Saúde da Família, Serviços Especializados, Serviços de Urgência/Emergência Fixo e Móvel e Farmácia.

Observa-se uma heterogeneidade de recursos terapêuticos, o que corrobora outros estudos sobre a temática, como os de Alves e Silva (1999), Oliveira, Lenardt e Tuoto (2003), Gerdhart (2006), Mattosinho e Silva (2015), Conill et al. (2008), Mângia e Muramoto (2008), Bellato et al. (2009), Cabral (2010), Trad, Castellanos e Guimarães (2012), Venturiello (2012), Ferreira e Espírito Santo (2012), Pinho e Pereira (2012), Cordeiro (2013), Marques e Mângia (2015), Silva et al. (2013), Souza et al. (2014) e Torchi et al. (2014). Ferreira e Espírito Santo (2012) ressaltam que há disponíveis para a população diferentes recursos terapêuticos, que incluem recursos caseiros, religiosos e biomédicos, com distintas explicações para o sofrimento, e no processo de escolha há a recorrência simultânea de práticas, que podem ser interpretadas pelos profissionais de saúde como incoerentes ou paradoxais. Para os autores, a interpretação é injustificável, na medida em que vários fatores de ordem situacional e relacional influem nas escolhas terapêuticas pelo indivíduo doente.

4.3.1 Práticas de autocuidado

Neste núcleo de compreensão, foi agrupada uma heterogeneidade de práticas individuais e coletivas. São práticas de autocuidado e de cultura popular realizadas principalmente no domicílio com simbolismos próprios, mas também englobam espaços urbanos, como a praça, a academia e a pista de caminhada. Foram distribuídas em 4 subcategorias:

- Automedicação.
- Uso de chás e remédios caseiros.
- Práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou baseadas na cultura popular.
- Práticas de atividade física, alimentação e lazer.

Pinho e Pereira (2012) inferem que, apesar do aumento dos estudos sobre a temática na última década, ainda persistem os itinerários de forma a pensá-los como “relacionados ao trânsito de sujeitos pelos aparelhos oficiais de saúde considerado”, ou seja, “como um perambular de indivíduos pelas instituições de saúde” (p. 212). Embora ressaltem que essa perspectiva seja interessante e importante, subsidiando a elaboração de políticas públicas, há a exclusão de partes significativas, que variam e multiplicam-se, sem conferir qualquer preponderância às soluções desse setor.

4.3.1.1 A automedicação

A automedicação é conceituada como o uso de medicamento por conta própria ou por indicação de pessoas não habilitadas, sem a prescrição, a orientação e/ou o acompanhamento, de um profissional de saúde (BRASIL, 2015d).

A automedicação sem prescrição por profissional, no caso da cefaléia, foi a prática terapêutica mais encontrada na análise das entrevistas, e dentre as entrevistadas a automedicação não ocorreu em apenas uma das entrevistas. Pode-se traçar um paralelo com o estudo de Souza e Lopes (2007) sobre práticas terapêuticas em idosos de Porto Alegre, sendo que dos 24 entrevistados, a automedicação foi citada em 15, e a medicação mais comum eram analgésicos, e a dor, o principal motivo.

Já Bortolon et al. (2008) constataram ao realizar um estudo transversal que avaliou a automedicação de idosas atendidas no ambulatório de Atenção ao Idoso, do Hospital da

Universidade Católica de Brasília, que das 218 pacientes entrevistadas, 26% relataram praticar automedicação, sendo os medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e antipiréticos os mais usados sem orientação profissional, seguidos pelos fitoterápicos/medicamentos naturais e cardiovasculares. Também encontraram interações medicamentosas potencialmente severas e uso impróprio envolvendo os eventos de automedicação.

Em contrapartida, Oliveira et al. (2012), ao realizarem um estudo transversal de base populacional em Campinas, em 2008-2009, para avaliar a prevalência e fatores associados à automedicação em idosos e identificar os principais fármacos consumidos sem prescrição, constataram que os resultados do estudo mostraram uma baixa prevalência de automedicação entre os idosos, sendo que dos 1.515 idosos, 80,4% referiram uso de, ao menos, um medicamento nos três dias anteriores à pesquisa e que, desses, 91,1% relataram consumo exclusivo de medicamentos prescritos, e os restantes (8,9%), uso simultâneo de prescritos e não prescritos, sendo que os fármacos sem prescrição mais consumidos foram dipirona, AAS, diclofenaco, Ginkgo biloba, paracetamol e homeopáticos.

A diferença entre os dois estudos, além do tamanho da amostra, justifica-se pelo instrumento utilizado. No estudo de Bortolon et al. (2008), as entrevistas foram realizadas de forma semiestruturada, enquanto o de Oliveira et al. (2012) partiu da coleta de um questionário estruturado e utilizou critério de tempo (últimos três dias de uso).

Neste presente estudo, cabe ressaltar que a automedicação foi uma prática terapêutica associada a sintomas/doenças agudos (dor de cabeça, febre e diarreia), diferentemente dos outros marcadores, em que não houve a ocorrência desse núcleo de compreensão. Logo, a automedicação tem como disparador uma determinada circunstância da situação de saúde atual. No caso da febre, a automedicação foi citada em 10 entrevistas, sendo a segunda prática mais evidente e sucessiva ou concomitante com outras práticas, como a ida ao núcleo ou cuidados tradicionais em domicílio. No caso da diarreia, a citação ocorreu em menor escala, sendo o soro disponibilizado pela unidade de saúde, a medicação mais utilizada.

Já o estudo de Gerhardt (2006) apontou que a automedicação é, com frequência, o primeiro recurso na solução de problemas leves - 88,2% das famílias -, diminuindo como medidas subsequentes.

Nos dados obtidos, também se observou uma associação da cefaléia com doenças crônicas em entrevistadas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e enxaqueca. A passagem a seguir ilustra a associação da cefaléia com doenças crônicas em uma usuária com hipertensão,

Oh, na verdade, antigamente, a dor de cabeça, a gente fazia chá e tomava, mas não sabia que a gente tinha problema de pressão alta, aí em busca do médico, sabia que tinha a pressão alta e, então, quando a pressão tá alta, descontrolada, a gente tem que tomar o remédio da pressão, né? Aí passa a dor de cabeça. (sic)
(Lúcia)

É possível observar neste relato que há uma automedicação com medicações prescritas. Também é perceptível a mesma prática no recorte a seguir, que, no caso, a entrevistada com enxaqueca crônica refere, inclusive, um abuso no uso das medicações, tanto prescritas quanto autoadministradas.

Eu tomo remédio, mas é assim. Eu tomo o que o médico me deu. É um que ataca a dor e outro que tomo à noite. Nenhum deles tá funcionando, viu. Ai eu tomo dorflex e nada. Se eu te falar que eu tomo uns “200” comprimidos e nada! E nada passa, minha filha, nada. [...] O meu Deus! O que eu vou fazer? Aí, sabe, eu tento ficar quieta. Sê entendeu, por que eu tomo? [...] Aí na hora que for tomar banho, eu tento deixar a cabeça bastante debaixo do chuveiro para ver se melhora. [...] Aí, fã, eu espero passar 7 dias, porque eu já sei que é 7 dias. (sic) (Carmem)

Os analgésicos (dipirona, paracetamol e ibuprofeno) foram associados como prática corriqueira e socialmente aceita, e as entrevistas referem através de um discurso que o motivo é devido à simplicidade do sintoma. Os recortes, a seguir, ilustram,

É aquela questão que eu te falei: a gente tem mania de achar que a dipirona vai resolver tudo. Então, todo mundo tem uma dipirona, um paracetamol em casa.(sic) (Madalena)

A dipirona eles aceita, a dipirona pode porque é dor de cabeça. (sic) (Ana)

Eu tomo remédio em casa, dipirona. [...] Único remédio de dor mais indicado, eles indica.[...] Os médico. Esse negócio de dengue num pode ficá tomando qualquer coisa só dipirona e paracetamol. (sic) (Marta)

A única medicação tópica de uso recorrente relatada foi referida com o nome popular (a entrevistada não sabia o princípio ativo ou o nome comercial), sendo utilizada devido à condição crônica de dor da entrevistada, como segue no recorte,

[...] Eu passo doutorzinho no corpo inteiro,[...] pra ver se relaxa um pouco, acalma mais aquela dor que tá doendo. [...] é que dá esporão, aí eu passo. [...] um produto que a gente compra, passa assim e vai relaxando mais um pouco. Fica quieto, né. (sic) (Lígia)

Ferreira e Espírito Santo (2012), em estudo sobre os itinerários terapêuticos do Complexo-Manguinhos, observaram que os remédios alopáticos mais citados foram os analgésicos, sendo que os calmantes - remédios para os “nervos” - também foram bastante citados.

Nascimento (2005), ao analisar reportagens sobre medicamentos com ações analgésica, anti-inflamatória e antipirética, observou que o ácido acetilsalicílico, a dipirona e o paracetamol foram as substâncias mais mencionadas, sendo que a ação analgésica foi, em sua maior parte, relacionada principalmente às dores de cabeça; em segundo, a ação anti-inflamatória com vinculação às dores musculares, à artrite e ao reumatismo, e posteriormente a ação antipirética, associada principalmente a gripes e resfriados.

A autora ainda observou que o discurso das reportagens (ao estimular o consumo destes medicamentos) apresentou uma tendência a indicá-los a males diversos, considerados de pouca gravidade, “corriqueiros” ou “passageiros”, pouco definidos e relacionados principalmente à sensação de dor, como sintoma biológico. Embora as reportagens não prometessem a cura, divulgavam um alívio rápido do desconforto.

Também no estudo de Nascimento (2005), conclui-se que a abordagem da eficácia das medicações foi associada à possibilidade de bem-estar momentâneo, através da eliminação rápida, mesmo que provisória, de sintomas de males tidos como banais e, ainda, não houve menção a efeitos adversos, e, na ocorrência, foram feitos de maneira minimizada. Os medicamentos também foram apresentados de maneira pouco definida e banalizada, como “rotineiro” e “remedinho popular”, sendo explorados, frequentemente, através de concepções mágicas ou miraculosas. Houve ainda a legitimação do discurso com o uso da ciência como recurso, quando se observou que atores centrais das publicidades foram principalmente especialistas e estudiosos vinculados à prática médica, aos laboratórios farmacêuticos ou, ainda, às instituições políticas e administrativas no campo da saúde.

Também, faz-se necessário refletir que, na sociedade brasileira, há um processo indutor do uso irracional e desnecessário de medicamentos, bem como estímulo à automedicação que promove e aumenta a demanda por medicamentos, sendo fundamental tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário, o desenvolvimento de um processo educativo, que permeie a promoção do uso racional dos medicamentos e a reorientação destas práticas. (BRASIL, 2015d).

A automedicação, além da excessiva estimulação na sociedade contemporânea, também é influenciada pela qualidade da rede de acesso da população. O estudo de Guerin, Rossoni e Bueno (2012) sobre os itinerários dos usuários, nas necessidades prescritivas de medicamentos e na ausência de disponibilidade em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre - RS, aponta que a automedicação é uma forma de compensar a falta de medicamento na unidade acessada. Embora no apontamento do autor, essa ressalva não foi encontrada dentro das limitações deste estudo.

Santos e Silva (2014, p. 1057) também refletem que “a própria prática social de automedicação indica um ponto a se pensar: a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde. A oferta irregular e mal distribuída evidencia uma determinação da desigualdade em saúde”.

É importante observar que há, ainda, uma pluralidade de fatores que influenciam na escolha terapêutica do indivíduo. Consequentemente, a automedicação aparece como uma opção de escolha possível, mas esta opção não deve ser reduzida a uma interpretação de esfera economicista. Portanto, na análise dos fatores que influenciam nas escolhas dos recursos, não é possível e passível o reducionismo de uma única explicação.

Estudos como o de Santos e Silva (2014) demonstraram que há predomínio da automedicação alopática sobre o uso de chás e formulações caseiras em uma comunidade urbana, quando comparada a uma rural. Na segunda, há o uso de forma seguida ou simultânea de chás e formulações caseiras com a alopatia. Também há uma "mulher-referência" para a população, responsável pelos tratamentos caseiros. Já o estudo de Trad et al. (2010) aponta, ao realizar um estudo etnográfico de três famílias de classe popular, face à hipertensão arterial, que há a utilização de medicações a partir de pesquisas e “descobertas” em farmácias, que demonstram aspectos culturais que fogem a uma lógica explicativa meramente socioeconômica.

4.3.1.2 Preparações caseiras

O uso de chás e preparados caseiros apareceram nos dados de 8 entrevistas. Alguns estudos incluíram essa subcategoria dentro de automedicação (GERHARDT, 2006; TRAD et al., 2010; FERREIRA; ESPÍRITO SANTO, 2012), contudo optou-se por considerar essas práticas em item distinto, pois chás e formulações caseiras não são medicamento, mas, sim, remédios, mesmo que haja uso corriqueiro como sinônimo.

Segundo a ANVISA (2015), medicamentos são substâncias ou preparações feitas em farmácias e indústrias que atendem determinações legais, enquanto a ideia de remédio está associada a todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconforto e mal-estar.

A diarreia foi o acometimento que mais demandou o uso de preparados caseiros, destacando o soro caseiro e formulações caseiras, em práticas sucessivas ou sobrepostas a outras. Os recortes dos dados coletados neste estudo, a seguir, ilustram tal entendimento,

Ah... aí eu já pego a farinha, ponho na água, deixo ela baixá, fica uns quarenta minuto, aí você toma. Se não cortar, aí você procura médico. Se cortar, aí você não precisa procurar médico. [...] Eu vou aqui. [...] Se for uma diarreia, já vou fazendo, vou pondo limão na água, já vou tomando, aí se eu ver que não corta, que já é uma coisa mais séria, aí já tem que passar no médico, mas é muito, muito difícil. [...] Só vou ali. (sic) (Luiza)

Eu vou no posto. Tem às vez que eu dou soro caseiro para eles. Eu dou, mas mesmo assim eu vou no posto, eu não sei o porquê deu a diarreia. (sic) (Ana)

Já no estudo de Ferreira e Espírito Santo (2012), na comunidade pesquisada, os remédios caseiros (chás, banhos de ervas e xaropes) figuravam como a primeira escolha, diante dos sintomas identificados como doença.

A rede social influencia no uso de plantas para tratamento da saúde. Nas entrevistas, foram citados sujeitos-referência que orientam e aconselham o uso ou até mesmo foram responsáveis pelo aprendizado da prática. Os relatos, a seguir, ilustram a importância desse sujeito-referência, como no caso de Luisa, uma das entrevistadas, em que sua vizinha indicou o uso de chá de avencas:

[...] Se for o caso de beber um chá, que eu acho que é um chá, aí eu tomo, senão não. [...] Tomo, aqui ó, ele me cortou o remédio de dormir, já me falaram que isso aqui é bom pra dormir, eu já truxe.. [...] Isso aqui foi minha vizinha que falou, você toma, para de tomar clonazepan. [...] Ela tá tomando, a Manoela [...] porque ela foi lá no Goiás, lá só tem remédio de erva, aí ela trouxe pra mim. Isso aqui é uma beleza pra dormir. “ - Mas Manoela, eu já nem tomo, assim!” Nem tô mais tomando remédio pra dormir, se der sono, cê dorme, se num der, você fica assim um pouquinho na cama, rolando pra cá, rolando pra lá, na hora que tiver sono, dorme, mas eu num volto aqui no remédio de dormir pra tomar. Agora, antigamente, se eu dormia até duas eu dormia, se eu tenho remédio pra dormir vou ficar acordada por quê? Mas remédio, agora não, por quê? Você tem que corrigir por si próprio. (sic)
(Luisa)

Quando eu não dou um remedinho caseiro que minha sogra faz, que ela faz um negócio, aí eu levo ele. [...] Ela só faz e me traz, não sei te dizer que tipo que é. [...] É uma misturinha.[...] Toda vez que alguém tá, ela traz. Eu nunca perguntei o que é. [...] A gente espera mais um pouquinho. A gente nunca imagina que uma diarreia pode ser alguma coisa muito séria. Aí, procura o médico. (sic) (Madalena)

Ah... eu tomo soro. Eu faço soro caseiro ou o que o médico receita. Eu dexo sempre aí. [...] Aí eu tomo, eu num sei se é certo [...] minha sogra, minha mãe, que fazia pra nós. [...] Aí eu vou lá no Núcleo também pra vê se eles passa um soro pra melhorar. (Lígia)

Tal achado corrobora o estudo de Trad et al. (2010), em que há uma figura social específica na família que recomenda chás, folhas, frutos secos e a fitoterapia como alternativos ou complementares ao tratamento com medicações, havendo a necessidade de conciliar os dois tipos de tratamento.

Também nos dados obtidos, os preparados caseiros que apareceram nas entrevistas foram o chá de hortelã, de erva-doce, de camomila, de boldo, de avenca, soro caseiro, água com limão e amido de milho, ervas de uso tópico, “pedra-ume”. Os acometimentos que levaram ao uso destacam problemas com o fígado, diarreia, tosse, insônia, micose, hipertensão arterial, nervosismo, dor, contusões.

[...] Às vezes, um remédio pro fígado, boldo, essas coisa, quando a gente vê que é o fígado que tá atacado, às veiz, com esse remédio, passa, tem solução. (sic) (Lúcia)

[...] A menina tava com friera no dedo, a Rafaela. “ - Rafaela, não precisa ir no médico, não precisa de ir na farmácia. Vai lá na vovó que eu vou lavar esse pé bem lavado, vou derreter "pedra-úmida", vou lavar com "pedra-úmida" porque é bom”. Já secou.[...] "Pedra-úmida" e tem gente que não sabe disso, procê ver.[...] Eu sou do Goiás, eu morei lá sete anos e num tem essas coisa que você vai no médico. Cê vai nas casa que faz remédio de raiz, essas coisa, sabe. Remédio é muito difícil de você comprar no Goiás. Os remédio lá é de raiz, garrafa, essas coisa. É uma beleza, menina. lá tem o médico homeopático, que fala, num sei falar. [...] Ele já olha já fala o que é, olha, é isso e já dá o remédio.[...] Porque lá tem as farmácia que vende e os médico também [...] mas eu também vou mais no homem que fala a verdade. Ele vê e já fala o que é, eu vou lá já compro o remédio e já tomo, [...] o médico homeopata. (sic) (Luisa)

Já no estudo de Costa et al. (2007), em pesquisa realizada no Centro de Saúde 8 em Gama, Distrito Federal, 60 famílias (44,1%) faziam uso de chás caseiros, sendo as plantas, ervas ou outros vegetais mais usados: a camomila, a erva-doce, o capim-santo, o boldo e o limão com alho, sendo as doenças indicadas: a hipertensão, a insônia, o nervosismo ou a agitação, a indigestão e o resfriado.

O uso de formulações caseiras relacionou-se, principalmente, à cultura popular, e foram relacionado à prática de pessoas mais velhas da família, em situações com ausência de outros recursos e pela simplicidade do evento.

É assim. [...] Às vezes eu compro chá de erva-doce, minha mãe que falava. Compra erva-doce, né. [...] Minha mãe mandava a gente tomar erva-cidreira, né. (sic) (Carmem)

Eu acho assim, quando a gente não tem recurso pra gente ir no médico, achar que é uma gripe, alguma coisa, a gente cuida em casa mesmo com chá caseiro, essas coisa [...] da roça, eu sou do Paraná, então, a minha mãe fazia pra nós e aí a gente

vem com o instinto familiar, como é que fala. [...] Mas fora disso, quando a gente vê que não tem solução tem que procurar um médico. (sic) (Lúcia)

Quando eu tô resfriada, com tosse alguma coisa eu prefiro tomá chá, eu gosto muito de fazer chá, tomá assim por conta própria, que nem eu tento tomar chá, tento beber mel, eu tento fazer de tudo pra não ir num médico por conta de um resfriado. [...] Sempre eu gostei de chá, já é de mim. Eu num sou aquela pessoa que dá um chá daquilo que é bom, ah... passa num sei o que que é bom, é coisa de mim mesmo que eu sou viciada em chá, gosto de chá. Então eu costumei a beber chá, eu reparei que chá melhora às vezes, que o chá esquenta. Tem um chá também que ajuda a tirar secreção, entendeu? (sic) (Cristina)

4.3.1.3 Práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou baseadas na cultura popular

Dentro desse núcleo de compreensão, reuniu-se um conjunto de práticas que pode-se considerar como autocuidado não relacionado ao uso de medicamentos ou preparados caseiros, mas práticas relacionadas à cultura popular com ou sem influência da experiência dos serviços formais de saúde ou do conhecimento científico. Foi o núcleo de compreensão com a menor homogeneidade entre as entrevistadas. O trecho a seguir ilustra o simbolismo próprio de um dos discursos:

Eu acho que um lugar que eu cuido da saúde é na minha casa.[..] porque minha casa é meu porto seguro, porque pra mim é meu porto seguro, ali eu tenho meu lugar pra deitar, pra tomar banho, pra tomar uma água, pra levantar, como se fosse um hospital particular. Só não tem medicamento e um médico, o médico seria eu, a curandeira, que faz chá. Tem também a manteiga, a margarina. Eu vi na televisão que margarina descola o catarro do peito. Então tem coisa assim que eu vi e que eu faço. (sic) (Cristina)

Nas entrevistas, os sujeitos entrevistados referiram-se a práticas como: 1. Ficar quieto; 2. Movimentar-se para não se “entregar”, para não ficar de cama; 3. Tomar um copo d’água, porque parece que “limpa”; 4.. Tomar banho, conversar e fazer uns serviços de casa para ver se dá uma melhorada; 5. Comer melancia para vômitos, porque o cunhado enfermeiro explicou que faz bem; 6. Deixar em casa para repouso; 7. Colocar termômetro; 8. Banho para diminuir a temperatura corporal com ou sem álcool; 9. Massagem; 10. Deitar;

11. Esperar passar, pois é “coisa simples”; 12. Ficar deitada no escuro, e 13. Ficar mais tranquila, começar a ficar mais calma, tomar bastante água e mexer com as “coisas”.

É perceptível que algumas dessas práticas de autocuidado individuais específicas têm influência do contato com o conhecimento biomédico, sendo que as representações sociais dessas terapêuticas são decorrentes de experiências vivenciadas no âmbito dos serviços formais de saúde. Além do mais, especificamente, essas práticas apresentaram-se mais uniformes e incluem, principalmente, as práticas alternativas de cuidado, como o banho, o uso de álcool para controle da febre, cuidados relacionados à alimentação, à atividade física e à higiene. Outras importantes práticas de autocuidado em que há esta influência são a automedicação e o uso de preparados caseiros. Podemos ilustrar, segundo entrevistas:

No primeiro momento, eu dou remédio, se eu vejo que não passa em 30 minutos, eu já vou, porque febre em criança alta, pode dar convulsão, então eu fico bem preocupada com essas coisas. Então, eu já corro com ele, se ali não puder atender, eu vou na emergência. [...] Banho, se a dipirona não resolver. [...] O médico disse que é bom tomar um banho, se tiver com febre, bastante água na cabeça. (sic) (Madalena)

Eu faço soro em casa, aí se eu ver que não passa eu levo no posto, porque ela prefere mais o soro feito em casa do que do posto. [...] Faz massagem e faço assim não dou coisa para soltar mais. Uma fruta que vai ajudar o organismo dela. Que nem o cunhado meu era enfermeiro ele falou assim que quando começa a vomitar pra chupar melancia, diz que é bom a melancia. [...] O médico. às vez ele ensinou, quando a febre tá muito alta colocar uma tampinha de álcool na água, aí dá o banho, só não deixar ir no rosto e dar o soro, ele mesmo ensinou, não dá pra pegar o soro no posto, fazer em casa. (sic) (Carmem)

Se eu tiver é a mema coisa eu procuro molhar o corpo espero passar se melhorar já era, senão se ela tiver bem alta eu tomo dipirona, senão eu só vou mesmo no posto no caso de tiver pior mesmo. Os menino é a mesma coisa.[...] Porque eu aprendi primeiro que você tem que dar banho pra ver se abaixa a febre. Então, porque antes de você levar pro posto, um dia lá na Cuiabá, eu tava grávida da minha menina, eles fizeram eu ficar agachada com ela na água, dentro da banheira, esperando a febre dela abaixar. Então, antes de levar lá, eu aprendi que você tem que

sair de casa com a febre dela abaixada, com a febre das criança ou a sua abaixada. [...] Porque eu tento fazer de tudo pra depois pensar no posto, porque quando você vai no posto, você tem hora pra entrar, mas não tem hora pra ser atendida. (sic) (Mariana)

4.3.1.4 Práticas de atividade física, lazer, alimentação e higiene

A experiência nos serviços de saúde e o contato com o conhecimento tecnocientífico biomédico nas relações com profissionais de saúde também se refletem nas práticas relacionadas à atividade física, lazer, alimentação e higiene, sendo permeadas por uma cultura preventiva da doença, como nas entrevistas que se seguem:

Cuidado com a saúde, mais alimentação, procuro ser mais saudável, essas coisas de besteirada não tem muito em casa não, é difícil, pra não ficar doente, previno. (sic) (Francisca)

Quando não tá doente, previno. [...] Que nem no caso do Igor, não deixo ficar descalço, não deixo ficar no frio, essas coisa. Não deixo tomar coisa gelada no frio. A gente tenta prevenir. [...] Comer tem que lavar a mão, essas coisa eu pego muito no pé. [...] Pra prevenir, escovar os dente certinho, pra não ter dor de dente, eu pego no pé. (sic) (Marta)

Eu não me cuido muito. [...] Uma dor de cabeça, eu me cuido tomando anticoncepcional faz bem pra mim. Eu não tenho condição de ter um monte de filho, como um monte de gente faz. Assim, então se prevenir é pensar na saúde. [...] Eu fazia academia, não faço mais eu parei. [...] Eu tento que eles se alimente bem, meu esposo, quanto meu filho, ainda mais por ele ter alergia tem muito alimento que ele não pode comer eu tenho que inventar as coisas. Corto os tipos de alimentos. (sic) (Madalena)

Especificamente, no caso da alimentação, a experiência prévia com a doença, sinais e sintomas encadeiam práticas individuais específicas. Na entrevistada Lígia, para o cuidado com a dor de cabeça, que envolve, em um primeiro momento, tomar banho e depois fazer

café, comer um pedacinho de pão, porque pode ser “alimentar”. Já o contato com o doente, também influencia na construção dessas práticas, como no discurso a seguir:

Aí, ia fazer o tratamento, toma os medicamento, cuida da alimentação. Acho que a diabetes é... pra quem não cuida é sério, pra quem cuidaria é bem mais fácil ter diabetes do que câncer, pra quem cuida. Conheço gente que tem diabetes e se cuida com remédio, com a alimentação, sabe, faz exercício, tudo. Eu tenho um amigo meu, ele tem 21 ano e tem diabetes, ele faz academia, aí ele mede, ele vê que tá baixo aí ele come um docinho ali e leva uma vida supersaudável, superforte, super da hora, nem parece que, nem parece que ele tem diabetes. [...] Porque a diabetes é uma coisa que tá... vamos dizer... no sangue tudo é, mas é uma coisa que você consegue controlar em casa, não é que nem o câncer, o câncer é uma coisa que toma conta de você, a diabetes não, você controla, você tem como controlar, você tem cura. Tem gente que tem diabetes e não cuida perde a visão, perde uma perna, fica tudo... tem... mas tem quem descobre cedo e se trata, há um tratamento que você faz. É que nem o câncer, você descobriu no começo tem tratamento, dependendo da onde, mas já é um tratamento mais remédio, mais rigor, mais perseverança, mais cuidado, a diabetes tem gente que fica até meio desleixada. (sic) (Cristina)

Foi observado que a situação socioeconômica é um limitador para as práticas terapêuticas de manutenção e promoção da saúde, como se observa nas representações sociais contidas nos relatos das entrevistas, apresentadas a seguir:

A alimentação seria diferente, alimentaria melhor pra ter mais saúde. (sic) (Madalena)

Compraria alimento melhor e remédio, porque a gente num alimenta direito não. Pra alimentá mió, compra remédio, só isso.[...] Tem meis que tem tudo lá, tem meis que falta a metade. Tem meis que tem tudo. É desse jeito. Esse meis mesmo eu peguei lá quase tudo, esse meis que vem agora eu num sei. Semana que vem eu tenho que pegar remédio, eu num sei se eu vou pegá tudo ou se eu vou pegá metade, que farta, tem veiz que tem que comprá da diabetes, tem meis que farta a bombinha pra espirrar no nariz, às veiz tem que comprá.[...] Acontece várias veiz. [...] Todo mês tem que comprar alguma coisa, colírio mesmo do olho tem que comprar, esses eles

num dá aqui no posto. [...] É que as coisa é muito cara, quando vê não dá pra comprá o que precisava [...] acontece que tem que compra fruta, que a gente tem que alimentá com fruta que eu num posso comê comida de sal, né. (sic) (Lígia)

Ah, eu ia me cuidar melhor [...] tudo que eu precisasse eu ia fazer, que eu quero ir, como é que se fala, pra uma academia, meu sonho é ir, mas, por enquanto, ainda não deu, mas eu vou fazer, porque a gente precisa fazer aquilo que gosta, mas por enquanto não deu [...] ah, e passearia, né, passeá, eu queria muito lá pro estado de Goiás, é bom demais. (sic) (Luisa)

4.4 Espiritualidade

O núcleo de compreensão espiritualidade apresentou duas subcategorias:

- As preces individuais;
- A benzedeira.

As preces individuais foram mais prevalentes dentre as entrevistadas, como ilustrado no recorte que se segue:

[...] Aí tem veiz que dá uma tristeza, aí eu venho pro quarto, fecho a casa, começo a chorar aqui dentro, fico preocupada com minha saúde. Ai, meu Deus do céu! Isso não passa, né. Dá aquela ansiedade. [...] Falo com Deus, leio a Bíblia, falo pro meu marido, porque eu não sei ler e fico meditando pra Deus ajudá, dá força, dá saúde. (sic) (Lígia)

No estudo de Pinho e Pereira (2012, p. 440), há ainda o relato de duas interlocutoras, a primeira concebe que a opção pela espiritualidade tem como base as ideias de que “o médico é instrumento divino”, “a cura pela (bio) medicina é dom de Deus” e “a biomedicina é divina, e abandonar o tratamento alopático seria uma desobediência à divindade; por isso, seguir as prescrições médicas é quase uma obrigação moral”. Já no segundo relato, “a salvação da alma interfere na cura do corpo, e ambos se sustentam, alimentando igualmente os discursos biomédicos e religiosos. Os cuidados com o corpo e com o comportamento dizem respeito, igualmente, aos cuidados com o espírito (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 444).

Os autores ainda referem que a eficácia mágica na cura se fundamenta em sua disposição de atribuir significados às desordens fisiológicas e que o recurso a outra agência de tratamento não tem caráter alternativo nem há relação de concorrência entre as práticas, mas, sim, a soma em que a confiabilidade se sustenta em ambas, ocorrendo uma simbiose.

Logo, o que se sobressai é a contínua interação entre as duas soluções com o mesmo propósito, que é a saúde, não havendo separação pelas interlocutoras, mas um contínuo. Infere-se que, dentre as entrevistadas, algumas escolhem e tomam para si os elementos disponíveis de cada solução, manipulando suas combinações referenciais de modo a tornarem o tratamento satisfatório para si e, ao circularem por diferentes instâncias curativas, as interlocutoras promovem a articulação dos universos simbólicos de cada qual, compondo-os em seu itinerário terapêutico, sempre passível de transformação.

Pinho e Pereira (2012) ressaltam, ainda, que as divisões entre corpo e alma, biológico e social, natureza e cultura, biomedicina e religião não operam como guias para a atuação e a escolha das terapias, ou seja, os itinerários não atuam conforme separações prévias que fundam a própria biomedicina e as ciências sociais. Durante o processo de construção, os itinerários são transformados numa mescla entre perspectivas religiosas e cuidados biomédicos. Assim, não se constitui apenas em caminhos percorridos nas instâncias biomédicas, mas cria-se uma reconfiguração em que há operações com eficácias distintas, utilizadas não de forma paralela ou complementar, mas de maneira a reunir os saberes de ambas e maximizar suas eficácias.

Ou seja, as opções não se isolam em planos distintos: antes, apresentam-se como partes consecutivas que fluem sem limites claramente delimitados, pois, nessa espécie de liame religião biomedicina, suas soluções atuam de maneira adjacente. Se as narrativas das interlocutoras dizem algo, elas afirmam a constante interação de práticas terapêuticas: o universo biomédico-religioso, leituras cruzadas de pessoas que se valem da biomedicina e veem médicos como agentes religiosos; sujeitos que fazem uso de técnicas ultramodernas e rezam; fármacos associados a orações; apelo aos santos curadores e aos médicos; espaços assépticos hospitalares com capelas. Investigar essas relações foi um dos objetivos deste artigo e, acreditamos, uma agenda para Antropologia e Saúde Coletiva no Brasil (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 443).

O recorte, a seguir, ilustra a perspectiva proposta pelos autores, em que a narrativa da experiência da doença e a espiritualidade configuram a representação dos itinerários terapêuticos em um universo simbólico que transcende a centralidade do conceito biomédico, embora predominante na coleta, como também ressaltam Ferreira e Espírito Santo (2012), que como opção terapêutica, não menos importante, é o recurso à benzedeira, à benção do padre ou à oração do pastor,

Uma benzedera, uma igreja pra cuidar da saúde, uma benzedera, pra ela benzê, fazê promessa pra algum santo, também ajuda.[...] Porque você tem fé nessas coisa, a fé também move montanhas. Então, quando a gente tem fé a gente consegue muita coisa. É o que eu falo, se eu tivesse um câncer, os médicos lá no HC, na USP, qual for o melhor médico com Deus no céu e santo do lado. Eu tenho fé nos santos.[...] Eu benzo, vixe, eu tiro minhas urucubaca, direto. Tiro. Tiro umas urucubaca feia, uns mau olhado, tudo, tomo banho de sal, de água e sal. Eu sou uma pessoa que tem muita crença. [...] Eu vou numa mulher benzer, numa benzedera. Aí eu tomo banho de sal em casa, de água e sal, vixe! (sic) (Cristina)

Ô fia, graças a Deus, já tem muito tempo. Muito mesmo. Eu fiquei assim muito decaída quando eu perdi meu filho em 97. Dessa vez eu nunca mais fiquei assim, acamada de nada. Quando ele morreu eu fiquei um mês de cama. [...] Eu fui orando bastante pedindo pra Deus, porque eu tinha a bebezinha de dez meses, eu tinha a negrinha com 5 aninhos. Eu tinha que levantar pra ajudar a mãe dela a criar elas. Como que eu ia fazer numa cama? Fui pedindo pro Senhor, me dá força e confortar meu coração, que num é fácil. Um filho só e você perder, você não quer acreditar que você tá perdendo, mas se a gente tem que agradecer até por uma lágrima. O que eu tinha que fazer? Se apegar a Deus e me levantar daquela cama. Aí eu fui orando todo dia, pedindo pra Ele me dar força todo dia que eu via as meninas toda hora chorando e trabalhar, né, fia, pra estudar elas. Hoje elas é o que é igual elas fala: - se hoje vó que nós sabe lê, escrevê, nós tem carta de carro, de moto, de bis, porque você ajudou. Foi, porque eu ajudei, porque eu faço pra elas o que eu posso e o que eu num posso, também.[...] Resolveu, porque Deus em primeiro lugar acima de tudo.[...] Só procurei a Deus, pra Deus me dá força, pra mim levantá, pra podê ajudar a cuidar minhas neta, porque sem Ele a gente não é nada. (sic) (Luisa)

Nos discursos estiveram significativamente presentes os usos da expressão “graças à Deus”, no sentido de expressar como se o estado de saúde geral das participantes do estudo fossem predeterminadas por uma divindade, um ser supremo, uma instância superior, demonstrando a importância da espiritualidade e uma sobreposição do conceito de saúde, como predominantemente, ausência de doença, mas um processo saúde-doença de causalidade subjetiva e não científica, não excludente.

4.5 Meios de Comunicação

No que tange aos temas como a televisão e os panfletos educativos das unidades de saúde, estes foram inferidos como veículos em que a população tira suas dúvidas e contribui como instrumento de educação em saúde. No caso da televisão, há também a inferência como um instrumento em que a população pode recorrer para conseguir o acesso a serviços de saúde, seja como forma de denúncia, seja como apelo, para tratamento complexo.

Entrou um prantão que o médico mandou tirar raio-x: “- Ceis num viro que o fêmur dela tá quebrado?” Aí foi quando minha família falou: “- Vocês toma providência ou eu vou chamar a polícia, porque ela tá aqui desde as três horas sentindo dor, passando mal e agora que vocês foram descobrir que o fêmur dela tá quebrado?” Aí quando ameaçou que ia chamar polícia, reportage, que eles tomaro providência. (sic) (Carmem)

[...] Eu, nossa Senhora, eu procuraria primeiro o HC, depois o melhor oncologista do mundo, seria né, eu ia ficar insistente, ia na televisão, não sei, pra encontrar o melhor tratamento. (sic) (Cristina)

A Internet é citada por uma entrevistada que a considera como uma ferramenta prática e acessível para a busca de conhecimento a respeito de doenças, sinais e sintomas e formas de tratamento, embora não tenha sido a realidade das entrevistadas, visto que apenas 2 possuíam o serviço.

Na Internet. Às vezes eu procuro alguém que sabe mais, minha vizinha faz enfermagem, eu pergunto bastante coisa para ela.[...] Simplesmente, por ela fazer enfermagem. [...] Ou ali mesmo, no núcleo, [...] porque eu acho que lá eles sempre sabem me dizer, se não sabem procuram saber com outras pessoas, [...] mas é raro, eu prefiro mesmo a Internet. [...] Porque é uma coisa mais rápida, mais fácil e mais acessível, já tem em casa mesmo. Pra sair de casa, ir atrás, talvez nem ache a resposta, então eu pesquiso na Internet. (sic) (Madalena)

4.6 Rede de Apoio Social e outros setores

Neste núcleo de compreensão, foram observadas duas subdivisões principais: 1. serviços públicos não relacionados à saúde, e 2. a rede de relações interpessoais. O primeiro

abrange a polícia, a delegacia e a delegacia da mulher, que apareceram como opção na resolução de casos de violência sexual e doméstica, acidente de trânsito e para a garantia de acesso à assistência em serviços formais de saúde.

A violência sexual e a doméstica, para algumas entrevistadas, não necessariamente, são problemas de saúde ou que demandem a busca por serviços formais de saúde. Tal fato pode ser entendido, à medida que não é divulgado o fluxo interno às redes de atenção à violência ou não há o acesso adequado da informação para a população e há uma grande heterogeneidade entre municípios, das Redes de Atenção à Violência, pois Oliveira, Delvizio e Lacerda (2014) destacam que uma rede, para ser instrumento de intervenção necessita que construída e dimensionada a partir da realidade local, além de ser realizado um atendimento de forma articulada. Parte-se do pressuposto de que cada instituição, isoladamente, não é capaz de dar conta da atenção integral devido à complexidade do problema. Através dos recortes, pode-se observar que, no caso da violência sexual, as representações sociais encontradas foram:

No caso de violência? Eu procuraria a polícia. [...] Porque essas coisa é caso de polícia, não é? (sic) (Paula)

Fica muito esquisito, né. Ah, eu ia ficá com muito trauma, num sei nem pra onde que eu ia. [...] Aí eu ia procurar ajuda no conselho das muié (Delegacia da Mulher). [...] Ah, eu esqueci o nome, não guardo muito na cabeça. [...] Pra ver o que, eles pode dá uma explicação do que a gente podia fazer, né. (sic) (Lígia)

Já no caso de violência doméstica:

O que eu faria, não sei na hora. [...] Na hora, eu não sei o que faria. [...] Na hora da violência a gente não pensa nessa coisa, então... (Mariana)

A gente tem que ir em busca dos direitos. [...] Na polícia, porque tem que ter. Violência não adianta. (Lúcia)

Eu separava no mesmo dia, a primeira vez. [...] A primeira vez que já levantou a mão já separava, porque depois da primeira é direto. [...] Dava

queixa.[...] Na Delegacia da Mulher.[...] Porque hoje em dia é o correto. [...] Viver minha vida e esquecer que a pessoa existiu. (Dirce)

Uma das entrevistadas, em seu relato, foi perceptível duas subcategorias do núcleo de compreensão "rede de apoio social".

Ai eu ia denunciar, dá queixa. Na delegacia de polícia ou da mulher, qualquer um desses dois. [...] Pra ver o que podia fazer, né, que o modo dos outro a gente não pode socorrer na rua, né, então a gente tem que procurar um lugar, assim, pra mantê proteção, né. [...] Eu ia procura uma casa dos parente pra ficá. (sic) (Lígia)

Embora tenha se aumentado o arcabouço legal contra a violência à mulher, ainda há persistência do fenômeno. Uma das entrevistadas relatou que ocorria em seu domicílio e que a comunidade e os profissionais de saúde de seu território adscrito já sabiam, mas a situação manteve-se inerte, bem como, o posicionamento passivo de sua parte. Referiu que já apresentou lesões físicas. O trecho a seguir, alude ao caso:

Ih, aqui em casa rola direto eu num procuro nem médico porque não vai resolver. [...] Eu fico quieta. Eu fico na minha, eu fico quieta. (sic) (Cristina)

É interessante ressaltar que, neste caso, a entrevistada não interpreta a situação como um problema de saúde, como se observa:

Eu já tomei antidepressivo na minha gravidez porque eles achô que eu tava com depressão, porque eu e meu marido briga muito. Aí um dia eu tava meio nervosa antes da consulta, aí eu fiquei nervosa no meio da consulta e eles me receitou sertralina pra ver se eu ficava melhor, mas não mudou nada não, ainda continua a mesma coisa, sem vontade de sair de casa. Eles acha que é uma depressão assim emocional, sabe das coisa que eu faço que sabe eu num consigo assim fechá os olho, guardá que nem se eu apanhá hoje eu saio com roxo, os outro sabe que ele me bateu, eu num falo que eu bati que eu caí. Eu apanho de verdade e num escondo, então eu tenho uma depressão emocional, eu num sei nem como se trata isso. Se é com psicólogo, se é com remédio, então é coisa de mim mesmo, mas problema de saúde eu não tenho não, só enxaqueca. (sic) (Cristina)

A rede de relações interpessoais foi percebida nos dados em papéis sociais de marido, cunhado, vizinha, nora, irmã, mãe, filhos, avó e sogra, que cumpriam, principalmente, a função de apoio emocional e logístico, como no discurso de Carmem - “[...] *Eu peço pra me levar pra lá. [...] Pra quem tiver aqui em casa, meu esposo, meu filho*”; “*Às vezes, eu ligo para alguma irmã minha para conversar, para desabafar, né.*”(sic) - ou ainda a de orientação, como na entrevista de Madalena - “*Às vezes, eu procuro alguém que sabe mais, minha vizinha faz enfermagem eu pergunto bastante coisa para ela.[...] Simplesmente, por ela fazer enfermagem*”.

Bellato (2009), ao analisar redes para cuidados em saúde na condição crônica, constatou que as trajetória das famílias são muitas vezes delineadas pela capacidade de organização dos serviços em redes de atenção, porém as famílias também tecem suas próprias redes, que permitem sustento e apoio para suas necessidades, sendo que a potência de alcance dessas redes próprias aumenta quanto menos resolutivas forem as redes formais de saúde.

A escola foi apontada por uma das entrevistadas, que representa os aspectos intersetoriais necessários para o atendimento integral, como uma das possibilidades de percurso para assistência à saúde,

[...] Aqui no bairro só o posto, às vezes, a escola, agora não. Mas lá na escola onde minha menina vai tratá de fono, de dentista, eles olha e encaminha, [...] mas também saiu dali, acabou. Vai pra e acabou.. [...] É municipal, porque o Estado não faz nada não. [...] os outro lugar, os hospital só vai se encaminhar. [...] Dá pra cuidar, mas você depende de vaga, e outra coisa você depende do posto, então antes de ir lá, você tem que passar no posto, então não conta. (sic) (Mariana)

4.7 Serviços de saúde

Os serviços de saúde fazem parte do Sistema de Atenção à Saúde, que “são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população”, e na discussão da forma de organização do SUS, devem-se analisar as necessidades de saúde que se expressam na população brasileira nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (MENDES, 2010). Santos, Ugá e Porto (2008) observam que, na atualidade, há pouquíssimos países que se enquadram nos três tipos clássicos: 1. Sistema nacional de saúde (com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos); 2. Sistema pertencente ao seguro social (com financiamento exclusivamente efetuado por meio de contribuições

sobre folha de salário), e 3. Sistema de saúde liberal (baseado apenas nas forças de mercado), e também uma mescla de elementos da esfera pública e da privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento.

No Brasil, o sistema de atenção à saúde caracteriza-se por um mix público-privado. (CONILL et al., 2008; MENDES, 2015). Já o sistema de saúde público brasileiro é organizado segundo princípios e diretrizes do SUS, orientado pelas Leis Orgânicas da Saúde, sendo a 8.080, regulamentada pelo Decreto-Lei n. 7.508, de 28 de Junho de 2011, que conceitua Redes de Atenção à Saúde (RAS) como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Embora a composição do mix público-privado, nas representações sociais das entrevistadas, a participação em caráter complementar no SUS não foi observada nos relatos como prestadora de serviços, mas como um serviço à parte relacionado ao convênio médico e ao desembolso direto. O recorte a seguir ilustra a perspectiva:

Só as coisa do SUS mesmo, porque particular a gente não tem condição de pagar. (sic) (Marta)

Entretanto, cabe ressaltar que o enfoque do estudo não pretende focar apenas nos caminhos oficiais, mas faz-se necessário destacar que a via institucional esteve presente no discurso de todas as entrevistadas. Para Pinho e Pereira (2012), o itinerário circunscrito aos serviços de saúde pressupõe que os itinerários terapêuticos gravitam em torno do eixo biomédico, excluindo partes significativas dos caminhos seguidos, pois as opções podem variar e multiplicar-se sem conferir qualquer preponderância às soluções desse setor, sendo que a travessia é muito maior e mais complexa, e ressaltam:

Compreender o itinerário de forma parcial, ou somente pelo prisma do vagar por instâncias médico-hospitalares, acaba por indicar uma relação de exclusividade entre doença/cura e biomedicina. No entanto, essa não afigura ser a trajetória de nossos interlocutores, cujos itinerários parecem, mesmo, relativizar a própria biomedicina (PINHO; PEREIRA, 2012, p. 438)

Observa-se que, no estudo de Gerhardt (2006), nos itinerários terapêuticos de famílias em situação de pobreza, a procura de serviços de saúde aparece com menor frequência - 61,8% das famílias, como segunda medida, e para 68 (23,2%) como terceira opção - observando que esta situação pode ilustrar que, no decorrer da trajetória, parte dos problemas é solucionada. Contudo, neste presente estudo, o objetivo não foi delinear a trajetória

realizada, mas compreender as representações sociais da população entrevistada, podendo, assim, a recorrência ao serviço de saúde ser uma possibilidade para todos os participantes desta pesquisa. Além do mais, o contexto das populações entre os estudos apresenta suas peculiaridades, diferenças regionais e de rede de assistência à saúde.

Cabe ainda ressaltar que os serviços públicos de saúde não devem, ser analisados descontextualizados e de forma isolada, como observam Mângia e Muramoto (2008, p. 179), que constataram que:

a compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos, é fundamental para orientar as novas práticas em saúde. No geral, as dimensões relativas aos contextos de vida dos usuários e suas histórias escapam aos serviços e aos profissionais de saúde, embora sejam elas que definem as possibilidades de oferta e acesso aos serviços de saúde.

Para a compreensão das representações sociais dos itinerários terapêuticos frente aos serviços de saúde pelas entrevistadas, subdividiu-se o núcleo de compreensão em categorias: 1. Núcleo de Saúde Local; 2. Serviços de Urgência e Emergência; 3. Serviços Especializados, e 4. Farmácia.

4.7.1 Núcleo de Saúde Local

A Estratégia Saúde da Família colaborou com a comodidade no acesso a serviços formais devido à proximidade geográfica, como exposto a seguir,

“Aí eu procuro o médico [...] no núcleo, [...] porque é o lugar mais próximo que a gente tem.” (Marta)

“Se piorasse muito, aí eu ia procurar um médico, no núcleo mesmo, porque o único postinho que a gente tem perto é ali, né”. (sic) (Lígia)

A implantação da Estratégia Saúde da Família, hoje, constitui-se importante porta de entrada para a população estudada, como pressupõem os princípios e diretrizes do SUS, e o que se pode observar nos recortes,

[...] Já fui, no pronto-socorro lá embaixo, já fui, mas já faz muitos anos. Depois que abriu esse aqui eu nunca mais fui. (Luiza)

Levo no médico. [...] Aqui sempre. Se não resolver, no pronto. (sic) (Paula)

[...] Porque é o núcleo da família, onde eles me atende e é o mais próximo de casa. Não, porque é assim, se eu for lá no Cuiabá, aí eles vão falá, mas onde que você faz atendimento? Eles pergunta no Cuiabá, quando tinha atendimento: “ - por que você não foi lá? Porque eu já vim direto aqui, então eu já vou lá porque se for alguma coisa mais grave eles já dão encaminhamento. Aí eu já tô com o encaminhamento do médico, é o médico, o médico da minha família, entendeu? Então é mais fácil você já ir com a resposta do que você ficar na dúvida lá, então, pra eles, do que senão, eles manda você voltar. Já fizeram isso, no dia da enxaqueca, eles mandaro eu volta aqui e vê. Então, já vou ali antes de ir pra outro lugar, porque ali já encaminha com... já dá o encaminhamento direto pra você resolver, o que você precisar resolver. (sic) (Cristina)

O acolhimento e o vínculo emergiram nos dados obtidos, e pode-se traçar um paralelo com o estudo de Cordeiro (2013), que observou que os itinerários terapêuticos de portadores de anemia falciforme em crises dolorosas estão predominantemente no subsistema profissional - conceituação de Kleinman (1978) - mas há interações com outros sistemas, independentemente do sistema dominante. Além do mais, ao viverem com a doença, ocorre a produção de conhecimentos que traçam novos fluxos e reconstróem fluxos normais com o objetivo de um cuidado humanizado que minimize o desconforto causado pela dor e melhore a qualidade de vida.

Já em outro estudo realizado por Andrade (2003) sobre as representações de saúde e da doença em idosos, observou-se que relações verticais e assimétricas entre os profissionais e os pacientes e a ineficiência do modelo de assistência atual encadeiam à busca de alternativas para a solução dos problemas de saúde.

Contudo, nas entrevistas, foi observada uma importante construção de vínculo entre o núcleo de saúde local, permeado pela humanização e acolhimento, e os recortes ilustram tal perspectiva:

O médico é que nem um pai. [...] Aí vou no núcleo, porque é só lá mesmo, a solução. (sic) (Lúcia)

No núcleo, eles explica pra gente. [...] No núcleo, eles são bem atencioso, já conhece a família, conhece os caso, já sabe tudo já [...] o único lugar que a gente tem pra correr. [...] Que nem ali no Cuiabá deveria ter um lugar pra atendimento assim, que nem quando o núcleo tá fechado. Que agora o Cuiabá tá fechado. Não tem onde

pra gente ir. Porque o núcleo atende de segunda a sexta. E no fim de semana? [...] A gente tem que ir pra UPA, ou pra Vila Virgínia, mas muito longe. (sic) (Marta)

Outro interessante achado foi a visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde, embora não se constitua como uma evidente prática terapêutica desencadeada pelo usuário. Suas necessidades de saúde, tanto para a recuperação quanto para a promoção e prevenção demandam sua realização. Por consequência, é incorporada pela comunidade e pelos usuários adscritos à unidade de saúde local, colaborando com a qualidade do cuidado e com o vínculo com a comunidade. Tal achado é ilustrado a seguir:

Eu já tive. [...] Quando eu tive meu filho. Tive depressão quase pós-parto. Eu tava sozinha, tinha acabado de separar, aí me deu depressão.[...] Eu procurei fazer assim coisas que eu gostava, saí, passeá, ter amizades diferente. Essas coisa assim. Não ficá muito em casa, porque dá depressão, fica muito em casa. Procurar alguma coisa pra fazer, sempre tá fazendo alguma coisa. Fazer exercício, ajuda também. [...] Quando tá com depressão, você não faz nada, só fica lá parado. Tem depressão que a gente não quer ajuda, mas no meu caso, eu procurei ajuda. [...] Eu fui no médico, aí as médica conversava comigo. Aí procurei amizades diferentes, saí, me diverti, essas coisa. [...] Eles sempre vinham aqui. Eles vinham conversava comigo. Eu não ia muito lá, porque quando você tá com depressão, você não quer sair de casa. Eles vinha mais aqui, aí eu fui conversando, fui ouvindo.[...] Vinha as enfermeira. [...] Tinha vez que vinha o médico, tinha vez que vinha as enfermeira e conversava. [...] Resolveu. (sic) (Dirce)

Ali, praticamente como todo mundo me conhece, é como se fosse amigo meu. Eu gosto dali, acho ali muito bom, os médico, as enfermeira, Dr. José por ser um médico acho ele muito bom, um médico atencioso que te escuta, que te examina certo, tira suas dúvida. Ele fala, aí eu acho que tá assim, assim, assado, e ele tira sua dúvida. São médico bom, enfermeiros bom também. Agentes bons que estão sempre te acompanhando em casa. A Carolina (Agente Comunitária de Saúde) mesmo, Nossa Senhora, tem dia que eu falo: “ – Carolina, não aguento mais cê na minha casa!”. (sic) (Cristina)

A unidade de saúde da comunidade foi muito bem avaliada, ao passo que a nível municipal e nacional, bem como o sistema como um todo, não houve mesma avaliação; contudo, a realidade mencionada não é algo em que se possa generalizar para todo o território nacional e para as minorias. É importante ressaltar que, como apontado anteriormente, a infraestrutura dos serviços de saúde, a disponibilidade de insumos, a assistência farmacêutica e a relação serviços de saúde-comunidade influenciam nas práticas e nas representações sociais.

Santos e Silva (2014) realizaram um estudo sobre os itinerários terapêuticos de duas comunidades quilombolas, e embora as práticas em saúde envolvessem a mobilização de saberes populares, religiosos e os conhecimentos biomédicos por meio do serviço público de saúde, em ambas as comunidades, os serviços de saúde eram frequentemente fechados devido à rotatividade de profissionais e à precária infraestrutura. Na comunidade rural, ainda havia o problema do pouco investimento devido à não regularização do território, bem como a distância para se chegar à comunidade e às vias não asfaltadas. Essa conjectura destaca a negligência histórica da atenção pública e a marginalização da população quilombola, com consequência nos tratamentos contínuos e no atendimento à saúde. Tal contexto também é representado nos discursos das entrevistadas, sendo o recorte a seguir ilustrativo:

Minha filha, a saúde tá precária em algum lugar, mas por enquanto aqui pertinho de casa ainda eu acho, o que eu te falei pra você, nota 1.000, porque são muito educado. Agora, toco no Pronto-Socorro, as Clínica também, eles são muito bom, mas dão uma canseirinha na gente, o dia inteiro você fica sentado ali. Aí você tem que ter um dinheirinho pra você comer, pra você beber, porque é difícil ali. Ali é difícil. [...] Porque aqui, por exemplo, ele são muito educado e cuida mesmo da sua saúde. Ele dá exame do fio do cabelo até a unha do pé, mas eu não ligo não. Me deu hoje, quando é amanhã, eu já tô fazendo tudo, já pra resolvê o problema. [...] Muitos lugar num tá bom, foi isso que eu te falei, muitos não tá bom, você vê a pessoa ficar um dia no pronto-socorro, não ser atendido, agora aqui perto de casa, graças a Deus, tá muito bom. O povo tá tudo de greve, aqui num tá de greve. Olha, esse médico foi abençoado pelo aquele lá de cima. (sic) (Luíza)

4.7.2 Serviços de urgência e emergência

Percebe-se que, embora os serviços de urgência tenham sido elencados, estes ocuparam um papel secundário - sendo a primeira opção o posto de saúde local - apenas na

indisponibilidade do serviço da comunidade (fora horário de funcionamento, ausência de vagas) - bem como devido à organização de referência e contrarreferência do sistema de saúde público local, como exposto por Madalena que refere que sua primeira opção é a automedicação, mas que, se não resolvesse, procuraria o núcleo,

até porque o Cuiabá não tá funcionando e quando tá e aí a gente vai em horário que o núcleo tá aberto, eles não atendem. Eles falam que a gente tem que procurar a unidade mais próxima e a mais próxima é aqui. (sic) (Madalena)

Além do mais, a opção secundária de procura pelo pronto-atendimento também é devido à má avaliação do serviço, - perceptível no recorte abaixo - mas o serviço ainda permanece como uma possibilidade de itinerário a ser acessado, como observa Lígia: “tem que procurar onde que tivé aberto” (sic).

Se o núcleo estiver fechado, eu procuro os pronto-atendimento, [...] resolve, muito trabalho, mas sim [...] porque a pessoa ainda chega doente, mas fica o tempo todo esperando”. (sic) (Paula)

[...] Se tivesse fechado, eu ia aqui no Cuiabá, mas graças a Deus até que fechou ele, porque isso aí é uma brigaiera danada. (sic) (Luiza)

A proximidade do local de moradia das entrevistadas foi apontada por todas elas como critério de escolha e delineamento dos itinerários nos serviços de urgência em Ribeirão Preto, sendo que o leque de opções apontadas foram o Cuiabá, a UPA, Central, Vila Virgínia, Simioni.

[...] Vou no meu posto aqui, no meu núcleo, se não tiver atendimento aqui, vou no Cuiabá e se tá fechado eu vou no 24 horas. [...] No Central. [...] Porque é mais perto. (sic) (Paula)

Aqui do bairro mesmo só o Núcleo 5, ou quando tá fechado, o Cuiabá, mas como agora tá fechado a gente tem a opção só a Vila Virgínia, mas é assim, quando eu levei minha menina porque não tinha médico no Cuiabá, aí a moça me indicou a Vila Virgínia, porque a moça me explicou porque lá tem raio-x e se precisar é só lá.

Opção mesmo é só a Vila Virgínia. [...] É um bairro, ele é muito longe. [...] É assim, no geral, a Treze, a UPA lá, a Vila Virgínia, o Quintino ou o Simioni, um dos dois bairro, acho que é o Simioni, [...] só essas. (sic) (Mariana)

Dentro das necessidades na atenção às urgências e às emergências, a hierarquização apareceu no discurso das entrevistadas, em ordem de complexidade, como se segue:

Se o Núcleo 5 não tiver aberto tem que levar no Central e se não tiver aberto, aí eu tenho que levar na Treze, na Vila Virgínia, no Quintino, porque a Cuiabá tá em reforma. [...] Aí se for caso de hospital, eles encaminha. [...] Onde que eles manda? Eu gosto mais do HC. Por minha opinião, eu gosto mais do HC. (sic) (Carmem)

Se eu presenciei e não conheço, eu não faria nada. Agora, se for comigo ou alguém da minha família, se for comigo, alguém vai chamar, provavelmente, uma ambulância, se for com alguém eu chamo. Não sei pra onde iria, provavelmente pro Cuiabá, eles levam todo mundo pra lá. [...] Dependendo o caso, se for alguma coisa mais séria, pra Santa Casa ou pro Santa Lydia, onde eles têm capacidade maior. [...] Eu acho que depende de vaga. (sic) (Madalena)

A entrada, por demanda espontânea, em hospitais para emergência foi apontada no caso de violência sexual.

Não sei te dizer se seria ali. [...] Eu procuraria a polícia, [...] porque é uma coisa muito séria, é um crime, a polícia tinha que tá sabendo, um boletim de ocorrência, qualquer coisa, uma providência que na verdade ninguém nunca toma, mas deveria. [...] eu não iria procurar um posto. [...] Aí sim, eu procuraria um hospital pra ver se está tudo bem. [...] Não sei te dizer, mas eu acho que o núcleo não seria. [...] Pra ver se tá tudo bem, se precisa tomar algum remédio, uma coisa assim. (sic) (Madalena)

A experiência prévia elabora um delineamento encadeado e mediado pela Central de vagas, no caso de acidentes, como aponta uma das entrevistadas:

[...] eu chamo o SAMU, porque eles vão ver aonde é que tem vaga, que nem aconteceu no meu caso. Meu marido teve no HC, já para mim teve na Santa Casa.

Primeiro eles me levaram na Cuiabá, pra aí descobrir que eu tava com o fêmur quebrado para mandar pra Santa Casa [...] aqui na Cuiabá eu fiquei das três da tarde até duas horas da manhã com dor e com o fêmur quebrado porque eles acharam que era o joelho meu, aí teve prantão que o médico falou vai fazer raio-x nela, eles não tinha feito ni mim ainda. Eles tava esperando surgir uma vaga no hospital que eles tava achando que era o joelho que aconteceu. [...] eles arrumaram uma vaga na Santa Casa, porque eles tava enfaixando minha perna como se fosse o joelho quebrado, nem ponto eles deu na Cuiabá. [...] aí, se fosse eu ia dizer, me manda pro HC, porque eu não ia falar não me leva pra Cuiabá, me leva direto pro hospital, porque se vai nesses posto aí, se viu, meu fêmur quebrado e eles acharam que era o joelho, já tava paralisando os dedos. O médico disse que foi quase, sabe, a circulação, eu tava perdendo muito sangue e eles só tava dando remédio pra dor, aqui tudo ni mim sujo de pedrinha, aqui um corte grande que tinha que dar ponto e eles num deu, na Santa Casa é que eles deu só no meio para poder coisá, num limpou o machucado, num limpou nada ni mim. Então sofri. (sic) (Carmem)

Eu tento ajudar da maneira que puder, chamo a ambulância ou segurá a vítima, segurá a pessoa que atropelou pra não correr. O que eu puder fazer eu faria, se tivesse no meu alcance.[...] O que desse pra fazer. [...] Aí, ia fazer os atendimento tudo ali na hora, né, porque a ambulância é um pronto-socorro móvel, né. Muito SAMU, salva vida, acho que é isso. (sic) (Cristina)

Um acidente de trânsito. Eu não mexeria na pessoa, conversaria com a pessoa até a ambulância chegar, pra não dormir, pra ninguém pôr a mão, perguntá, mais ou menos, o que aconteceu, esperaria a ambulância chegar. [...] Porque, aí, a ambulância levaria pra algum lugar. (sic) (Mariana)

4.7.3 Serviços especializados

No que tange aos serviços especializados - embora Ribeiro e Amaral (2008) ressaltem que, apesar do avanço da tecnologia médica, também tenha ocorrido a fragmentação do corpo-mente e do próprio corpo, com a medicina se tornando cada vez mais especializada e subespecializada ao longo do século 20 -, as representações sociais dos itinerários encontradas descrevem a atenção primária à saúde, como norteadora do cuidado, sendo esta responsável pelos encaminhamentos em demandas que ultrapassam suas competências, como observado no excerto de uma das entrevistas, em que é perceptível a hierarquização do sistema de saúde,

Eu levei ele aqui, o médico não sabia o que era, me encaminhou para o HC, eu acompanho lá com ele e a gente tá acompanhando lá. [...] Por que toda vez que

ele tomava leite, a barriga dele inchava muito e ele ficava vomitando e ficou uns três quatro dias assim. Eu fiquei esperando pra ver se era apenas um mal-estar. Aí eu vi que não resolveu e eu levei ele. (sic) (Madalena)

Contudo, em contraponto, a representação social da atenção especializada como itinerário terapêutico não é compreendida como parte de uma rede de atenção à saúde, mas como um ponto de acesso isolado. No relato a seguir, a entrevistada refere que acessaria diretamente o serviço, sendo o motivo explanado ilustrado pelo recorte abaixo:

[...] Eu iria no HC porque é um dos melhores hospitais que tem, né, tem uma ala também pra quem tem câncer, né. Eu tive uma tia que teve câncer de mama, lá é o melhor se você for ver, um lugar assim que aqui em Ribeirão são os especializado, praticamente. (sic) (Cristina)

Na atenção especializada, nos apontamentos em relação à existência de uma demanda reprimida, demora pela vaga, e não garantia de continuidade é apontada pelas entrevistadas. No exemplo a seguir, é possível observar,

Hoje pra você conseguir uma vaga tá muito difícil. [...] No hospital, pra você fazer um exame, se precisar de um exame tem que ficar seis, sete meses na fila esperando. Teve uma vez que essa perna minha deu uma dor na virilha, eu fiquei arrastando ela um mês. Eu não conseguia passar por um ortopedista. Não conseguia passar. Não tinha vaga. Colocou na lista de espera. Não saiu até hoje o papel. A dor foi embora por vontade própria, porque se fosse esperar um especialista tinha perdido minha perna. [...] Eles manda o papel pra uma tal de central lá pra agendamento pra ver onde que vai conseguir procê. Aí você tem que ficar aguardando. (sic) (Marta)

Se tem? Se tivesse? Aí tem que procurar a especialidade, né. [...] Então, nosso caso a gente não tem pra onde correr. Tem tudo que esperar a vontade de vaga, [...] é o núcleo que indica. (sic) (Marta)

Nos serviços especializados, observou-se também representações sociais referentes a especialidades médicas, como a ginecologia, bem como outros profissionais da área da saúde, como o psicólogo:

A vovó leva no médico.[...] Faz o mesmo procedimento. [...] As menina é difícil ir no médico. Aí se elas vai é no GO que mulher tem que ir. (sic) (Luiza)

Ia no ginecologista. Cê num tem nada também. Cê tá normal. [...] Fazia exame, papanicolau. Tudo. (sic) (Carmem)

Eu procurava um psicólogo.[...] Assim, dependendo da situação que tava a pessoa, vai lá e descobre o que a pessoa tem. [...] Eu procuraria o núcleo porque lá eles me dava orientação. (sic) (Paula)

4.7.4 Farmácia

A farmácia é uma das práticas do universo das representações sociais dos itinerários terapêuticos nas entrevistadas, sendo associada à impossibilidade de procura de médico, como no recorte a seguir:

O que eu faço? Eu procuro algum remédio que faz bem pra dor de cabeça e tomo. [...] Porque se eu não puder procurar um médico, eu ligo na farmácia e falo que eu tô sentindo e compro. (sic) (Paula)

Historicamente, o papel atribuído à farmácia sofreu transformações, mas ainda ocupa um importante espaço no imaginário popular, nos itinerários terapêuticos, seja na busca por medicamentos ausentes na assistência farmacêutica pública, seja para sinais, sintomas e aflições considerados “leves”.

[...] quando a gente vê que é uma gripe, a gente toma em casa um comprimido que vende na farmácia, né, [...] em casa. Causo grave é que a gente vai pro médico mesmo, que não tem solução. (sic) (Lúcia)

Embora a impossibilidade de procura de médico não tenha sido atrelada à ausência de disponibilidade do serviço, pode-se traçar um paralelo com o trabalho de Queiroz (1994). Ele infere que, em estudo sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea, avalia

que embora o farmacêutico tenha perdido algumas de suas antigas atribuições, em detrimento do aumento de médicos disponíveis na cidade, ele ainda mantém uma importância considerável como agente de saúde. Sua influência se dá nas estratégias da população no que diz respeito à saúde e à doença, e, embora não tenha formação médica, há o oferecimento de serviços de consulta para diagnóstico e tratamento das doenças. Há o reconhecimento de que se trata de uma atividade ilegal, todavia não existe constrangimento ou receio em se revelar e assumir tal prática. O autor ressalta que por muito tempo, “o farmacêutico foi o único agente que intermediava o conhecimento científico oficial com os problemas de doenças da população, uma vez que a presença de médicos era rara e esporádica na cidade”. O trabalho apresenta um caso para a compreensão do fenômeno, a seguir:

O mais antigo e conhecido deles começou sua carreira em 1945, trabalhando como auxiliar na farmácia de um parente seu. Fez um curso prático de farmácia e atualmente é muito bem-sucedido na profissão. Por um tempo considerável foi ele a única pessoa com experiência em medicina a estar disponível para cuidar da população. Até recentemente, os médicos vinham de Campinas no máximo duas vezes por semana, faziam as consultas e deixavam-lhe as recomendações para que acompanhasse os casos. Os mais simples, ele mesmo atendia e tratava sem esperar pelos médicos. Desse modo, chegava a consultar uns 60 ou mais pacientes por dia, adquirindo, assim, experiência e se legitimando diante da população. Em nenhuma ocasião entrou em conflito com os médicos. Atualmente, Sr. N. reduziu muito suas atividades, embora continue clinicando. A sua farmácia, assim como a de seu filho e sobrinho, as quais contribuiu para estabelecer, atendem uma média de 20 a 25 pacientes por dia cada uma. Apenas duas outras chegam a atender tantos pacientes, uma delas especializada em doenças de crianças e a outra em doenças venéreas masculinas (QUEIROZ 1994, p. 155).

O autor ainda ressalta que os farmacêuticos em questão baseiam suas justificativas - em um coro comum e com uma atitude francamente desfavorável, ou mesmo hostil, com relação aos profissionais dos Postos e Centros de Saúde da cidade - na demora em se efetuar o tratamento, deixando o paciente muito tempo em observação e que, sem medicamento, há o risco de agravamento do caso. Ao se posicionarem contra esta prática, os farmacêuticos procuram a satisfação do cliente, realizando exames minuciosos e receitando um número maior de medicamentos, inclusive repudiados pelos médicos do serviço público, como vitaminas e outros remédios "populares". Os farmacêuticos investem na confiança do cliente, sendo uma preocupação constante e atrelam a isso estratégias como relacionar bem socialmente e conquistar prestígio social se combinam com essa preocupação, Queiroz (1994,

p. 155) ressalta que “os farmacêuticos mais tradicionais chegam a alimentar a crença de que são de fato médicos ou quase médicos”.

É perceptível que, ao longo do tempo, práticas clínicas exercidas pelos farmacêuticos foram substituídas pelo incremento da estrutura de serviços de saúde à população - pelo menos o observado neste estudo -, mas ainda há um caráter consultivo no profissional farmacêutico, como se observa no recorte que segue:

[...] uma farmácia, né, que às vezes eu vou comprá remédio, que nem xarope, bem difícil eu comprá, mas quando eu vou comprá já vou direto naquele que é bom e pergunto pro farmacêutico, porque eles têm que estudá pra ser farmacêutico, não tá ali à toa. Farmacêutico estuda também, né. [...] Porque tem vez que num tem no posto os remédio que eu preciso, na maioria das vezes num tem no Cuiabá, na farmácia. (sic) (Cristina)

Contudo, podemos refletir que o papel da farmácia em identificar problemas de saúde e em prescrever medicações vivencia um momento de transição. Observa-se que a realização de exames clínicos minuciosos já não ocupa o mesmo patamar histórico. Além do mais, uma das entrevistadas não corroborou a função consultiva ocupada pela farmácia e pelo profissional farmacêutico, ressaltando a necessidade de procura pelo profissional médico:

[...] eu procuro o médico, né. [...] Porque se você tem uma dor aqui, não passou hoje, não passou amanhã, não passou depois, tem que ir. Aí, você não sabe o que é. Eu já num vou direto na farmácia comprar um remédio, vou direto no médico pra ver o que ele acha o que é e o que não é. [...] porque se o médico ver ele vai dar a receita certa, se vai na farmácia não sabe o que é como que você vai comprar. (sic) (Luiza)

Embora no estudo de Gerhardt (2006) haja uma diferença de divisões de categoria quando comparado a este estudo, é interessante apontar que, no estudo da autora, a procura de cuidados tradicionais - terapeutas populares, balconistas de farmácia, massagista, curandeiro, benzedeiro, consultados fora da família - é menos frequente, mas predomina como segunda opção para 46,2% dos entrevistados, e 34,4% recorrem a eles como terceira opção.

5 CONCLUSÕES

Os itinerários terapêuticos devem ser considerados como um importante recurso para a compreensão de fenômenos relativos às necessidades de saúde da população. Eles se constituem de uma rede de práticas e não são cadeias sucessivas, necessariamente, mas um universo de componentes justapostos, sobrepostos e complementares, que, dentro das singularidades de cada comunidade, são delineados no imaginário social, a partir de conhecimentos prévios, do contexto e das experiências de vida.

As representações de saúde para a população do estudo observadas englobam em sua maioria enfoque biológico e relacionam-se à ausência de doença, de dor, de uso contínuo de medicações, da necessidade de acompanhamento médico e de dependência de cuidados, ou ainda à prevenção de doença através da alimentação e do uso correto de medicação. Em uma parcela menor, foram perceptíveis representações sociais em um conceito mais ampliado de saúde, como a possibilidade de realização de atividades diárias e laborativas, o acesso à assistência das aflições e ao bem-estar da família e à felicidade. Em ambas as situações, o contexto sócio-cultural-histórico das entrevistadas relacionou-se com a construção do conceito de saúde.

Os núcleos de compreensão identificados na análise de dados das práticas imersas nas representações sociais dos itinerários incluem: 1. Práticas de autocuidado: a automedicação, o uso de chás e remédios caseiros, as práticas individuais específicas e/ou alternativas e/ou baseadas na cultura popular e práticas de atividade física, alimentação, lazer e higiene. 2. Serviços públicos de saúde: Núcleo de Saúde da Família, Serviços Especializados e Serviços de Urgência/Emergência Fixo e Móvel e outros serviços de saúde. 3. Rede de apoio social e intersetorial: Família, amigos, Delegacia. 4. Meios de Comunicação: Internet e Televisão. 5. Espiritualidade: preces individuais e benzedadeiras. 6. Farmácia.

Através dos dados coletados e analisados, foi possível compreender que as representações sociais dos itinerários terapêuticos são dinâmicas e também se modificam no contato com o conhecimento técnico-científico. É interessante ressaltar que a interação entre conhecimentos tende a homogeneizar o discurso com foco na centralidade biomédica. Esse movimento engendra sua legitimação sociocultural nos indivíduos, que o consideram em um patamar superior de hierarquia, observados neste estudo com concepções de saúde-doença biologizantes e o consumo de tecnologias duras como sinônimo de qualidade na maioria das entrevistadas.

Contudo, faz-se necessário ressaltar que o senso comum também delimita o pensamento social no que tange às práticas de cuidado à saúde, apesar de menos observadas neste trabalho, foi perceptível que o cuidado relacionado à medicina popular persiste e perpetua-se através dos laços familiares, das relações interpessoais e, ainda, de construções individuais próprias e que, quando evidenciados, não são pormenorizados pela população.

Neste aspecto, foi observado que as representações sociais no cuidado à saúde apresentam itinerários terapêuticos obrigatórios nos serviços de saúde. Muitas das práticas de cuidado em domicílio constatadas foram justificadas através das experiências vivenciadas em serviços de assistência à saúde, interpeladas pelo discurso de que houve orientação em caso semelhante *a priori* ou através da consulta a conhecidos que, profissionalmente, apresentam um elo com a área da saúde - a vizinha que estuda enfermagem, o cunhado que é enfermeiro.

A automedicação insurgiu como uma prática corriqueira, legitimada pelo discurso de que os profissionais de saúde “sempre dão” determinados medicamentos, além da excessiva exposição da sociedade à medicalização. Observou-se que a estrutura da rede de atenção à saúde influencia a automedicação, como é fato determinante para o uso da farmácia como prática, a distância geográfica, o horário do expediente da unidade de saúde local, a falta de insumo e a autoavaliação de menor gravidade do sintoma foram os principais apontamentos realizados para subsidiar tal prática.

Entretanto, não é possível generalizar a ótica medicocêntrica das representações sociais dos itinerários terapêuticos e suas práticas. Através da análise dos dados, constatou-se que os indivíduos deste estudo construíram universos singulares próprios não pertencentes, necessariamente, à esfera da racionalidade científica. Além do mais, observou-se que a confluência entre os diversos saberes (técnico-científico e senso comum), juntamente com a experiência, refletem na construção de concepções dos indivíduos.

Logo, o mundo sensível e as crenças subsidiam as representações dos itinerários terapêuticos, externamente ao sistema formal de assistência à saúde, e não são práticas excludentes entre si.

Os meios de comunicação são representados como ferramentas de controle social e educação em saúde. A televisão é um recurso que transmite conhecimento sobre saúde, sendo observada pela população do estudo a importância de assistir à programação voltada para o cuidado à saúde. Também há no imaginário popular a ideia de que “chamar a televisão”, “ir na televisão” constitui-se como prática para a garantia da assistência à saúde. Já a Internet, embora tenha sido citada, não é a realidade da população, pois o serviço estava disponível em

apenas dois domicílios e foi citada por uma entrevistada, que refere que o uso é para a retirada de dúvidas, pesquisa sobre a doença, causas, sintomas e tratamento.

A rede social de apoio permeou todos os discursos enquanto possibilidade de recurso terapêutico e a intersetorialidade - não é claramente evidenciada nos discursos -, mas é apontada através de referências a serviços de forma isolada, como a delegacia da mulher ou a escola, sendo que as redes de atenção em situação de violência não foram relatadas pela população em estudo de forma estruturada e clara.

No que concerne aos serviços de saúde, observaram-se as categorias: 1. Núcleo de Saúde Local. 2. Serviços de urgência e emergência. 3. Serviços especializados. 4. Farmácia. O Núcleo de Saúde Local é o principal itinerário para as entrevistadas e, na maioria dos relatos, a porta de entrada para o SUS. O vínculo, o acolhimento, a proximidade geográfica e a boa avaliação, presentes nos relatos, demonstram a importância da equipe de saúde da família para a comunidade e a qualidade da assistência prestada, principalmente pela situação de pobreza da população do estudo. Cabe ressaltar, que os serviços públicos de saúde foram apontados como única opção.

Já os serviços de saúde em urgência e emergência fixos são itinerários secundários, quando ocorre a ausência de expediente no serviço local. Somente para casos graves são portas principais. Os serviços de urgência e emergência móveis são itinerários em caso de acidente de trânsito, e a orientação do fluxo, segundo parte das entrevistadas, é realizada pela central de vagas.

Os serviços especializados de saúde ocorrem no imaginário popular de algumas das entrevistadas com “juízos de valor”, como lugares “melhores”. Para uma parte da população do estudo, os serviços especializados são responsáveis pelo tratamento e acompanhamento de doenças como o diabetes, o câncer e a depressão, desde o diagnóstico até casos de controle na atenção básica. Enquanto outra parte das mulheres participantes entende que tais serviços são demandados a partir da necessidade orientada pela unidade de saúde da atenção básica.

A farmácia foi apontada enquanto prática para casos mais leves, na impossibilidade de assistência médica e na ausência de insumo na rede pública. É importante ressaltar que, no que concerne à ausência de consulta médica no momento em questão, não houve relação direta com a falta de serviços de saúde.

Nesta diversidade e pluralidade de práticas terapêuticas, que compõem as representações sociais das trajetórias, observou-se a possibilidade de generalizações - como a automedicação e os serviços de saúde, mas há outras práticas singulares com significados próprios para cada indivíduo - como o ato de beber água, fazer trabalhos domésticos,

conversar, tomar um banho. Embora se observe o predomínio de práticas relacionadas à cultura médica, há ainda a persistência de recursos tradicionais, associados à cultura popular.

6 REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: EDUSC, 2001. 144 p.

ALMEIDA FILHO, N. de. O Conceito de saúde: o ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>>.

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, sept. 1993. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>>.

ALVES, C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. cap. 4, p. 125-138.

ANDRADE, O. G. de. Representações sociais de saúde e de doença na velhice. **Acta Scientiarum: health sciences**. Maringá, v. 25, n. 2, p. 207-213, 2003.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **O que devemos saber sobre medicamentos?** 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/92aa8c00474586ea9089d43fbc4c6735/Cartilh_a%2BBAIXA%2Bbrevis%C3%A3o%2B24_08.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 05 nov. 2015.

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ, 2009. p. 187-194.

BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400018>>.

BRASIL. Decreto n. 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei 10.836 de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa de Bolsa Família, e dá outras providências. Disponível em: <<ftp://ftp.datasus.gov.br/ftpbolsa/download/DecretoPBF.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015a.

BRASIL. Lei n. 10.836, de 09 de janeiro de 2004. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/ftpbolsa/download/Lei_Bolsa_Familia_10_836_09_01_2004.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015b.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 2.509, de 18 de novembro de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n. 223 de 11 nov. 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/doc/portarias/2004/Portaria%20Interministerial%202509%2018-11-04.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 11 jan. 2016.

POPE, C.; MAYS, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: BRITTEN, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005. 2 ed. p. 21-49.

CABRAL, A. L. L. V. **Itinerários terapêuticos**: compreendendo a trajetória de pessoas em hemodiálise no sistema único de saúde de Belo Horizonte. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, área de concentração em Políticas de Saúde e Planejamento) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>>.

CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília : IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde no Brasil**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007. 128 p.

CONILL, E.; PIRES, D. (Coord.). **Itinerários terapêuticos: relação público-privado e arranjos técnico assistenciais na utilização de serviços de saúde na região sul do Brasil**. 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/PesqCtroColab20062008_Relacao_publico_privado_e_arranjos_tecnicos_assistenciais.pdf>. Acesso em: 19 set. 2015.

CONILL, E. M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, set/out. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500015>>.

CORDEIRO, R. C. et al. Itinerários terapêuticos de pessoas com anemia falciforme face às crises dolorosas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 179-184, abr./jun. 2013.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 101-112.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Mangueiras, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FREITAS, C. de; MENDES, Á. A resiliência da saúde migrante: itinerários terapêuticos plurais e transnacionais. **REMHU: revista interdisciplinar da mobilidade humana**, Brasília, v. 21, n. 40, p. 69-92, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000100005>>.

FUNDAÇÃO SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo. Informações dos Municípios Paulistas. Disponível em: <<http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>> Acesso: 02 dez. 2015.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GOMES, R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S.(Org.).et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 4, p. 67-80.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: Princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 109-132.

GUERIN, G. D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100017>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **São Paulo: Ribeirão Preto**. Disponível em:< <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: _____ (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989. p. 31-61.

JODELET, D. Experiência e representações sociais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005a. p. 23-56.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes. 2005b. 391 p.

LUZ, M. T. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática**. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, n.2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000200013>>.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. de. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o sistema único de saúde . In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/bolsa_familia/Livros/Bolsa10anos.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2015.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n. 45, p. 433-444, jun. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 29 out. 2015.

MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Universitat Rovira i Virgili. Belo Horizonte, 2006. (Texto de Apoio).

MATTOSINHO, M. M.; SILVA, D. M. G. V. da. Itinerário terapêutico do adolescente com Diabetes Mellitus tipo I e seus familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, 15 (6) , nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_08.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, jan./ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso: 09 set. 2015.

MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. Educação e Representação Social: tendência de pesquisas na área - período de 2000 a 2003. In: _____. **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 97-99.

MINAYO, M. C. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. p. 189-218.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec, 2010. 407 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Social representations: research in social psychology. Petrópolis; Vozes; 2009. 404 p.

NASCIMENTO, M. C. do. **A centralidade do medicamento na terapêutica contemporânea**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002. 139 p.

NASCIMENTO, M. C. do. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 179-193, dec. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500020>>.

NUNES, E. D. A Questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1995. p. 95-114.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000, v. 8, n. 1, p.217-229.

OLIVEIRA, D. R.; LENARDT, M. H.; TUOTO, F. S. L. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 49-58, 2003.

OLIVEIRA, D. C. de; SIQUEIRA, A. A. F. de; ALVARENGA, A. T. de. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

OLIVEIRA, M. A. de et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, fev.. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200012>>.

OLIVIERA, C. S. de; DELZIOVO, C. E.; LACERDA, J. T, de. **Redes de atenção à violência**. Florianópolis: UFSC, 2014. 40 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswwho.html>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 41, apr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000026>>.

PORTO, J. S. **O mundo do trabalho e a experiência da doença**: representações sociais de trabalhadores da área de influência da BR-163. 2009. 169 p. Dissertação (mestrado). Disponível em: <<http://www.observarh.ufmt.br/sistema/arquivos/30081103561356.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R. B.; BRICEÑO-LEÓN, R. (Org.). **Doenças endêmicas**: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 27-46. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/45vyc/pdf/barata-9788575413944.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015. NÃO LOCALIZEI NO TEXTO

QUEIROZ, M. S. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p.

REY, F. G.. A Pesquisa Qualitativa como produção teórica: uma aproximação diferente. In: _____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. cap. 2, p. 29-78.

RIBEIRÃO PRETO. Site da Prefeitura Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/i16saude.php>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 90-97, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100012>>.

RICHARDSON, R. J. Métodos quantitativos e qualitativos. In: _____. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. cap. 5, p. 70 - 89.

ROQUETTE, M-L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria; In: SPINK, M. J. P. (Ed). **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 19-45.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

SANTOS, R. C. dos; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Living conditions and therapeutic paths in a quilombola community in Goiás, Brazil. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1049-1063, jul./sept. 2014. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300025>>.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000500009>>.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 843-852, Mar. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>>.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, jan. 1999 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>>.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 5, p. 538-542, oct. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>>.

SILVA, G. T. et al. Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 207-215, jan./mar. 2013.

SOUZA, A. C. de; LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.

SOUZA, M. H. T. de et al . Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 2277-2286, jul. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013>>.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. 311 p.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. 339 p.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. (Biblioteca Virtual de Ciências Sociais).

Disponível em: <<http://www.bvce.org/LivrosBrasileirosDetalhes.asp?IdRegistro=136>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

TORCHI, T. S. et al . Condições clínicas e comportamento de procura de cuidados de saúde pelo paciente renal crônico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 27, n. 6, p. 585-590, dec. 2014 . Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400095>>.

TRAD, L. A. B.; CASTELLANOS, M. E. P.; GUIMARÃES, M. C. S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-1013, 2012.

TRAD, L. A. B. et al.. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, 2010.

VENTURIELLO, M. P. Itinerário terapêutico de las personas com discapacidad y mediaciones em el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1063-1083, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300012>>.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Corpo, Saúde e Doença na Antropologia. In: _____. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. cap. 1, p. 11-23.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. de (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 39-46.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, do estudo que tem como título “Itinerários terapêuticos: a trajetória do acesso à saúde a partir das representações sociais de mulheres em situação de desigualdade social”. Realizado pela aluna de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade, vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação do Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho, tem como objetivo compreender como você cuida de sua saúde e quais são os caminhos que você percorre em busca de assistência à saúde. O estudo se justifica porque irá ajudar no planejamento e na organização de serviços de saúde. Para a realização da pesquisa faremos uma entrevista gravada, momento em que você fornecerá alguns dados de identificação e responderá algumas perguntas colocadas pelo pesquisador. A entrevista será realizada em um único encontro.

Os riscos são mínimos, que incluem quebra accidental do sigilo, mas reafirmamos que o uso do gravador não provoca nenhum risco ou desconforto e que caso concorde em participar, será garantido o sigilo da sua identidade, ou seja, o seu nome e os seus dados pessoais não aparecerão e suas informações não serão consultadas por outras pessoas que não estejam ligadas a esse estudo. As gravações serão utilizadas com finalidade única de obter informações, mas poderá acontecer que observações feitas durante a entrevista sejam utilizadas na redação da pesquisa.

Outros riscos envolvem a criação de expectativas não atendidas pela população do estudo e de sua comunidade, mas ressaltamos que os resultados serão apresentados em sua Unidade de Saúde e também desconforto na relação com o pesquisador, contudo informamos que você poderá também pedir informações adicionais sempre que o desejar e se julgar adequado, você poderá abandonar a entrevista e/ou se retirar a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, comprometendo-se somente em comunicar aos responsáveis pelo estudo.

Os benefícios esperados do estudo são que sua contribuição possa ajudar na construção de uma assistência à saúde melhor e mais próxima de você e de sua comunidade. Informamos que não há nenhum custo a participação no estudo e também ressaltamos que eventuais danos decorrentes da pesquisa serão indenizados.

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo conduzida pela aluna responsável e seu orientador.

Local e data _____/_____/_____/_____

Participante

É seu direito manter uma cópia deste.

Pesquisadora responsável Milena Takamiya Sugahara
Fone: (16) 98126-8575

Orientador responsável Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho
Fone: (16) 3602-2905

APÊNDICE B
Perfil da entrevistada

Data: __/__/__

Endereço: _____

Cor: _____

Data de Nascimento: _____

Estado Civil: _____ Tempo de união conjugal: _____

Profissão: _____

Tipo de Trabalho: _____

Renda: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Perfil dos moradores do domicílio:

Vínculo	Cor	Sexo	Data de Nascimento	Profissão	Tipo de Trabalho	Renda	Escolaridade	Religião	Doença Autorreferida
Entrevistada									

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista

- 1. Como é sua saúde? E a de sua família?**
- 2. O que é saúde?**
- 3. Como seria a saúde ideal para você e para sua família?**
- 4. Como você cuida da sua saúde? E da de sua família?**
- 5. O que é doença?**
- 6. O que você faz quando fica doente? O que levou você a tomar essa atitude?**
- 7. O que você faz quando alguém de sua família fica doente? O levou você a tomar essa atitude?**
- 8. E quando não está doente, como você cuida de sua saúde? O levou a você a tomar essa atitude?**
- 9. Quando foi a última vez que esteve doente?**
- 10. E o que você fez? O que levou a você a tomar essa atitude?**
- 11. Resolveu?**
- 12. Aonde foi?**
- 13. Procurou algum outro lugar?**
- 14. Tem algum problema de saúde/doença crônica?**
- 15. Como você se cuida?**
- 16. Onde procura?**
- 17. O que você tem como possibilidades de escolha para seu cuidado à saúde e à de sua família?**
- 18. Quais os locais onde você acha que podemos cuidar de nossa saúde?**
- 19. O que você faz quando há alguma dúvida em relação à saúde/cuidado? Há ainda outras possibilidades para resolver suas dúvidas? Por quê?**
- 20. O que você faz/faria nas seguintes situações: dor de cabeça, febre, diarreia, Câncer, diabetes, violência sexual, violência doméstica, acidente de trânsito, depressão. Por quê?**
- 21. O que você acha da saúde no Brasil?**
- 22. Se você tivesse outra situação social, econômica e cultural, como seria seu cuidado/sua assistência à saúde?**
- 23. Como é sua utilização do Posto de Saúde local?**
- 24. Para que você o utiliza? Com qual frequência?**
- 25. Como você avalia o serviço de saúde?**
- 26. O que mudaria no serviço?**
- 27. Além do serviço de saúde, há outras possibilidades para seu cuidado à saúde? Quais? Por que você considera uma possibilidade de cuidado à saúde?**
- 28. O que você mudaria em sua comunidade para poder cuidar de sua saúde?**

ANEXO A

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO
PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP**

OF. CEP/CSE-FMRP-USP – 019/2015.

Ribeirão Preto, 04 de fevereiro de 2015.

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e **APROVADO** pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária na data de 03 de fevereiro de 2015.

CAAE: 39693514.8.0000.5414

Projeto de pesquisa: Itinerários Terapêuticos: A Trajetória do Acesso à Saúde a Partir das Representações Sociais de Mulheres Pertencentes a Famílias em Situação de Desigualdade Social

Pesquisadora: Milena Takamiya Sugahara

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho
Departamento de Medicina Social da
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

RUA TEREZINA, Nº 690 – SUMAREZINHO – CEP 14055-380 – RIBEIRÃO PRETO – SP FONE: (16) 3315-0000/0001 FAX: (16) 3315-0029
EMAIL: CSECUIABA@FMRP.USP.BR