Anete Augusta Fioranelli de Paula

Concepções de saúde e doença na perspectiva de famílias inseridas na Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção de título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2008

Para

Giovanna, Mário Luigi e Helena

Guilherme e Paola

Clara Augusta

Mariá, Ricardo Augusto, Lorena e Benício

AGRADECIMENTOS

Àqueles que me ajudaram a chegar até aqui, obrigada!

À Deus, pela oportunidade de estudar e o cuidado de cada dia.

Ao Ricardo, meu querido maridinho, sempre presente e paciente.

Aos meus pais, Flávia e Anselmo, que escolheram investir em mim diante de tantas outras oportunidades!!

À profa. Márcia Thereza Couto Falcão, por aceitar o convite para essa caminhada de trabalho e pela orientação.

Aos professores da banca de qualificação - profa. Lilia Blima Schraiber, profa. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira e profa. Cynthia Andersen Sarti - que contribuíram significativamente na discussão dos achados dessa pesquisa.

Às famílias que cederam seu espaço, seu tempo e seu conhecimento para as entrevistas deste trabalho.

Aos amigos com quem trabalhei nas Equipes de Saúde da Família que me incentivaram e me inspiram até hoje: Ângela, Lu, Cris, Márcia, Cátia, Rose, Jô, Bras, Shirlei, Joana, Jack, Elmira, Girlene, Carol, Morgana, Pati, Kelly, Edna, Líbia e Deise.

Aos amigos com quem trabalhei e trabalho diariamente, do começo e do fim, obrigada pela 'escuta qualificada'.

Aos amigos Andrea, Tais, Artur e Zulu, meu irmão caçula, que me ajudaram com o apoio técnico.

Ao querido grupo das Perseverantes: Pati, Rac, Sara e Érika.

Aos amigos e familiares que estiveram ao meu lado e entenderam que tudo tem seu tempo!!!

“Em lugar do imobilismo que
as certezas demasiado certas
quase sempre provocam,
o que se pretende
nesta postura substantivamente democrática
é estimular a incerteza
como caminho de ganhar a certeza.”
(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução - As contribuições das Ciências Sociais e Humanas para o entendimento das concepções sobre saúde e doença são relevantes e facilitadores das relações entre os profissionais da saúde e usuários. A abordagem socioantropológica permite outras interpretações, para além daquela própria à biomédica, tanto acerca dos padrões de adoecimento do indivíduo como de populações. **Objetivo** - Apreender as concepções de saúde-doença de diferentes pessoas membros de famílias de uma comunidade da Zona Oeste do Município de São Paulo/SP acompanhadas por uma mesma Equipe de Saúde da Família. **Metodologia** - A presente investigação tomou como base a metodologia qualitativa e como técnica de produção de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Elegemos duas modalidades de doenças para apreender conceitos gerais de saúde e doença dos indivíduos, das famílias, a partir da experiência de doença invisível ou visível. Foi escolhida a hipertensão arterial sistêmica como doença invisível e a tuberculose como doença visível. **Resultados** - Foram entrevistadas duas famílias, cadastradas na Estratégia Saúde da Família, em uma mesma equipe. Na análise das entrevistas foram discutidos três tópicos principais: (1) Relação com Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família e se destacaram as questões de gênero na utilização dos serviços de saúde; prós e contras da Estratégia Saúde da Família; a relação com o serviço público e privado; (2) Concepções sobre a doença que se destacaram também nas questões de gênero relacionadas ao adoecimento feminino, masculino e o papel do trabalho; o conhecimento biomédico no

discurso popular; a religião e sua influência na relação saúde e cuidado; (3) Concepções sobre saúde em que destacamos a discussão sobre saúde na concepção de Leriche e a saúde como liberdade. Conclusão - A invisibilidade e a visibilidade da doença extrapolaram o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e tuberculose. A invisibilidade e a visibilidade da doença foram relativas principalmente às questões de gênero e classe social. As concepções de saúde e doença foram permeadas e pensadas a partir dos aspectos socioculturais presentes nas duas famílias.

Descritores: Saúde da família; Programa Saúde da Família; Ciências Sociais; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde.

SUMMARY

Introduction - Contributions of Social Sciences and Humanities to the understanding of concepts of health and disease are relevant and facilitators for the relationship between health professionals and users. The social-anthropological approach allows other interpretations, beyond the biomedical interpretation, based in individuals and population concepts of sickness. Objective - Get the conceptions of health-disease from different members of families of a community from the West Area of São Paulo City/SP supported by the same Family Health Team. Methodology - This research is based on qualitative methodology and the technique used to produce data was semi-structured interviews. It was elected two forms of diseases to understand the concepts of health and illness of individuals, households, from the experience of invisible illness or visible illness. It was chosen hypertension as an invisible disease and tuberculosis as a visible disease. Results – It was interviewed two families registered in the Family Health Team. The analysis of the interviews discussed three main topics: (1) Relations of Health Unit and Family Health Team, and stood out the issues of gender in the use of health services; pros and cons of Family Health Strategy, the relationship of the public and private service; (2) Conceptions of the disease related to gender, female illness and male illness, and the influence of the work; biomedical knowledge in popular speech, religion and its effect on the relationship of health and care; (3) The concept of being sick and being healthy. It was highlighted the discussion on health in the concept of Leriche and health as freedom. Conclusion - The invisibility and visibility of the disease extrapolated

from the diagnosis of hypertension and tuberculosis. The invisibility and visibility of the disease mainly related to issues of gender and social class. The concepts of health and illness were taken from the social-culture aspects present in two families.

Subject Headings: Family Health; Family Health Program; Social Sciences; Health Knowledge, Attitudes, Practice

ÍNDICE

1. LISTA DE TABELAS E FIGURAS 12

2. APRESENTAÇÃO 14

3. INTRODUÇÃO 17

4. REFERENCIAL TEÓRICO 24

5. OBJETIVOS 38

6. METODOLOGIA 39

6.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO 39

6.2 ENTREVISTAS 42

6.3 FORMA DE ANÁLISE 43

6.3 A ENTRADA EM CAMPO: DO CONTATO COM AS FAMÍLIAS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO 44

ASPECTOS ÉTICOS 46

7. ZONA OESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO: CONHECENDO A REGIÃO ONDE MORAM OS ENTREVISTADOS 47

8. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS 56

8.1 FAMÍLIA COM HISTÓRIA DE TUBERCULOSE 56

8.2FAMÍLIA COM HISTÓRIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 59

9. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS 62

9.1 RELAÇÃO COM UNIDADE DE SAÚDE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 62

9.1.1 As questões de gênero na utilização dos serviços de saúde 66

9.1.2 Prós e contras da Estratégia Saúde da Família 78

9.1.3 A relação com o serviço público e o privado 84

9.2 CONCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA 90

9.2.1 Gênero: a doença da mulher e a vulnerabilidade do homem diante da doença 91

9.2.2 Conhecimento da biomedicina na descrição popular 102

9.2.3 Religião e sua influência na relação saúde-cuidado 108

9.3 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE 113

9.3.1 Saúde na concepção de Leriche 113

9.3.2 Saúde e liberdade' 118

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS 120

11. BIBLIOGRAFIA 122

12. APÊNDICES 130

12.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 131

12.2 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS 138

13. ANEXOS 140

13.1 APROVAÇÃO DA CAPPesq 141

13.2 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRATARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 142

13.3 FICHA B DE ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE, HIPERTENSO, DIABÉTICO,TUBERCULOSE DA VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE PELO SIAB 144

1. LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1	População Total e Taxa Anual de Crescimento Populacional, por Distrito Administrativo da Subprefeitura Butantã do Município de São Paulo, de 1991 e 2004.	49
Tabela 2	Rendimento dos chefes de família nos Distritos Administrativos da Subprefeitura Butantã, por faixas de renda familiar, por distrito administrativo (em porcentagem) em 2000.	50
Tabela 3	Renda per capita do Município de São Paulo, da Subprefeitura Butantã e do Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.	51
Tabela 4	Indicador sintético de desigualdade de renda – Índice de Gini* - do Município de São Paulo, da Subprefeitura Butantã e do Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.	51
Tabela 5	Analfabetismo por faixa etária no Município de São Paulo, na Subprefeitura Butantã e no Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.	52
Tabela 6	Indicadores Educacionais dos Chefes de Família da Subprefeitura Butantã e do Município de São Paulo em 2000.	52
Tabela 7	Indicadores Habitacionais e de Saneamento da Subprefeitura Butantã e do Município de São Paulo em 2000.	53
Tabela 8	População em favelas na Subprefeitura Butantã e no Município de São Paulo em 2000.	53
Tabela 9	Índice de desenvolvimento social – índice de desenvolvimento humano municipal no Município de São Paulo, na Subprefeitura Butantã e em seus subsitritos em 2000.	54

Tabela 10 Óbitos ocorridos por residência nos distritos Administrativos da Subprefeitura do Butantã, segundo causas específicas em 2006. 55

Figuras

Figura 1 Mapa do município de São Paulo dividido por Subprefeituras e Distritos Administrativos em 2007. 48
Figura 2 Pirâmide populacioanl da Subprefeitura Butantã em 2000. 50
Figura 3 Genograma da Família 1 57
Figura 4 Genograma da Família 2 59

2. APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo apreender as concepções de saúde-doença de diferentes pessoas membros de famílias de uma comunidade da Zona Oeste do município de São Paulo/SP, atendidas por uma Equipe de Saúde da Família.

As motivações que me levaram ao início desse estudo, com esse objetivo, surgiram da experiência que vivenciei como médica de duas Equipes de Saúde da Família (ESF) no município de São Paulo. Por meio do contato com a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e com o vínculo formado com membros de famílias moradoras do entorno das Unidades de Saúde onde trabalhei, ficou evidente as diferenças existentes entre os diversos contextos sociais, significados e valores que mediavam as relações entre estes diferentes sujeitos. A Equipe de Saúde com uma visão "bem intencionada" de transformar a realidade das famílias e da comunidade onde atuava e as realidades e as histórias dos usuários de um serviço de saúde, que viviam em bairros afastados do centro da Capital Paulista, lutando por sustento, em ambiente de violência e pobreza muito próximos, muitas vezes se chocavam e refletiam diretamente no cuidado à saúde das pessoas dessas comunidades e em sua relação com a Equipe. No contexto do Programa Saúde da Família (PSF), interagindo entre esses dois mundos, o ACS caminha tentando fazer a interface entre as duas realidades presentes na relação: equipe de saúde/serviço de saúde e usuários/comunidade.

Nas reuniões com a ESF das quais tomei parte, entre conversas, planejamento e contato com a realidade das famílias e com os agentes comunitários, ou seja, a partir da prática, senti a necessidade de encontrar soluções que não tinham respostas apenas nos aspectos técnicos da formação médica. Na graduação de medicina e na residência médica de maneira geral é possível aprender que “a saúde e a doença estão além dos serviços de assistência médica”, mas só com a vivência prática na vida profissional é que essa discussão ganhou importância e concretude. Conversar sobre cuidados com o consumo alimentar e estado nutricional, discutidos como essenciais pelas ciências biológicas no desenvolvimento da criança (BRESOLIN, 2003; AERTS e GIUGLIANI, 2004) e depois se dar conta das questões culturais envolvidas na alimentação da comunidade traziam grandes desafios. Desafio maior aparecia ao se tentar entender as relações de vizinhança envolvidas pela violência e a negação constante desse fato impossibilitando um profundo entendimento da realidade de algumas famílias. Entender por que algumas pessoas usam corretamente suas medicações para hipertensão arterial enquanto outros recusam o diagnóstico da doença poderia facilitar o trabalho relacionado a adesão dos pacientes.

As atividades na Unidade de Saúde e a experiência do trabalho em Equipe evidenciaram a importância das contribuições das Ciências Humanas e Sociais na prática clínica. Aprofundar o conhecimento sobre essas ciências serviu para avançar no entendimento de parte dessa relação da equipe de saúde com os usuários do serviço de saúde. Assim, articulando as

contribuições de disciplinas como a Antropologia no campo da saúde-adoecimento à visão técnico-científica da biomedicina foi possível abrir novos caminhos para melhor atuação como profissional da saúde.

3. INTRODUÇÃO

Em 1994, o Ministério da Saúde propôs, após o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF). O propósito deste programa, em sua concepção, foi colaborar na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da saúde. A prioridade do programa foi baseada em ações de proteção e promoção à saúde, em todos os seus ciclos de vida, de forma integral e contínua. Criou-se então um programa em que houvesse uma equipe de saúde formada por, no mínimo, um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) a dois(duas) auxiliar(es) de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe cuidaria de uma população moradora de um território definido como a área de abrangência[1] (MS, 1994 e 1998).

A Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2006) afirma que hoje a Saúde da Família é a estratégia prioritária para organização da Atenção Básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, com os seguintes fundamentos:

1) acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, porta de entrada do sistema;
2) território com clientela adscrita para planejamento e descentralização dos serviços de saúde, trabalhando com o princípio da eqüidade;

[1] A área de abrangência de uma Unidade de Saúde é o território onde seus moradores estão sob responsabilidade dessa Unidade (Ministério da Saúde, 1994, p. 7 e 1998, p.11). Esta área é dividida em outras áreas menores que são distribuídas entre as Equipes de Saúde da Família – área adstrita da equipe.

3) efetivação da integralidade com ações em demanda programada e espontânea;
4) trabalho interdisciplinar e coordenação de cuidados;
5) vínculo e responsabilização entre equipe de saúde e população adscrita, dando caráter longitudinal ao cuidado;
6) valorização dos profissionais através da capacitação e formação;
7) acompanhamento e avaliação dos resultados para planejamento;
8) estímulo da participação popular e o controle social;

Esses fundamentos e ações são a base do trabalho da equipe multi-profissional, que deve atender no máximo 4000 pessoas em sua área de abrangência, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Na proposta inicial, a equipe deveria residir na própria área de atuação. Hoje, somente o agente comunitário segue esse critério para trabalhar na equipe. Ele deve ser residente de sua microárea[2] há pelo menos dois anos.

A formação dos trabalhadores das Equipes de Saúde Família (ESF) é heterogênea em todas as categorias profissionais. Não é obrigatória, a nenhum membro da Equipe, uma formação especializada para o trabalho que irá desenvolver no Programa no Município de São Paulo. Os profissionais com terceiro grau não precisam ter outros títulos ou pós-graduação, além do diploma de graduação. Sendo assim, são previstos momentos de capacitação em Equipe e outras capacitações voltadas para cada profissional. Logo nos primeiros meses de trabalho em uma ESF, os

[2] Micro-área é a denominação que daremos nesta dissertação à parte do território que está restrita apenas a um Agente Comunitário de Saúde, também denominada desta forma no trabalho do PSF.

recém-chegados às Equipes participam de uma capacitação prevista em âmbito nacional, instituída no Município de São Paulo, o Momento 1 ou Introdutório (MS, 1998 e 2006). Nesta capacitação participam todos os membros da Equipe e são abordados, de maneira geral, temas como Sistema Único de Saúde, PSF, Conceito de Saúde e Processo Saúde-Doença, Territorialização, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com total de 40 horas. Além desta capacitação regular, também acontece o Momento 2 como educação continuada (MS, 1998), uma capacitação mais prática voltada para os médicos e enfermeiros, em períodos mais espaçados. Observa-se em cada região em São Paulo, através dos parceiros[3] da Prefeitura no PSF e da própria Secretaria Municipal de Saúde, outros momentos de capacitação para os técnicos, geralmente com temas clínicos. Recentemente, a Secretaria Municipal do Verde e do Meio-Ambiente em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde e com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social realizaram o Projeto Ambientes Verdes Saudáveis (Pavs)[4], com capacitação voltada para o ACS ajudando esse trabalhador a se tornar um multiplicador de práticas de preservação, conservação e recuperação ambiental e de promoção à saúde no Município. Para os ACS também está em andamento o curso técnico de

[3] Organizações sem fins lucrativos que trabalham junto à Prefeitura Municipal da Cidade de São Paulo na gestão da Estratégia Saúde da Família no Município.
[4]Projeto Ambientes Verdes Saudáveis. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/portal/a_cidade/noticias/index.php?p=18001

Agente Comunitário de Saúde, pelo Centro de Formação e Desenvolvimento dos trabalhadores da Saúde-CEFOR do Município de São Paulo[5].

Faz parte também do processo de trabalho da equipe no PSF a "Reunião de Equipe" (SMS, 2005), que acontece diariamente. É um encontro de todos os membros da ESF para discutir questões levantadas em consultas, grupos e, principalmente, em visitas domiciliares dos ACS. Nessas reuniões diárias podem ser avaliadas e planejadas ações a partir das atividades cotidianas dos membros da equipe. Esse espaço é muito rico para o trabalho em equipe, em que se tem a possibilidade de realizar o planejamento em saúde no "microcosmos" de uma Equipe de Saúde com um território pré-definido e famílias cadastradas, além de educação permanente em grupo.

Vários momentos de capacitação dos trabalhadores do Programa Saúde da Família estão permeados por conteúdos próprios às Ciências Sociais e Humanas. Entretanto, observamos ainda a necessidade de maior aprofundamento destes conteúdos diante da diversidade cultural em que está inserido o trabalhador da saúde, aqui com enfoque no profissional da Atenção Primária à Sáude. Embora, na formação da ESF e na prática das reuniões diárias estejam postas a valorização de uma compreensão mais ampliada de comunidade (no sentido cultural), esta é ainda incipiente, seja pela formação profissional da ESF ou em uma das formações (universitárias e técnicas) dos sujeitos envolvidos no processo.

---

[5] Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde. Disponível em http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/cefor/0003/tecnico_Agente_Comunitario.pdf

Para se trabalhar com comunidade vale lembrar que “os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente” (ALVES, 1993, p.269).

A abordagem sócio-antropológica permite outras interpretações, para além daquela própria à biomédica, tanto acerca dos padrões de adoecimento do indivíduo como de populações. Para melhor entender esses processos, as Ciências Sociais e Humanas construíram diferentes abordagens que contribuem no entendimento de fatores como classe social, gênero e raça/etnia, conformam as posições das pessoas no contexto das relações sociais nos diferentes espaços e que geram conseqüências nos processos de saúde-adoecimento que são, estes próprios, alvo das intervenções da prática médica e da saúde pública, em termos da coletividade (COUTO e col., 2007).

Sendo assim, o profissional da saúde pode se beneficiar em sua prática cotidiana, e em especial no tocante a comunicação entre profissionais da saúde e pacientes, com a familiarização dessas diferentes abordagens das Ciências Sociais e Humanas, bem como da contribuição que esses aportem sobre a saúde, a doença e o cuidado, sobre a família e a comunidade.

A minha experiência enquanto trabalhadora do Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, com vivências na Zona Sul e na Zona

Oeste da cidade, bem como outros estudos (SOUZA e CARVALHO, 2003; FONTENELLE, 2007) sobre o cotidiano dos profissionais da ESF apontam para a riqueza e as potencialidades do trabalho na Atenção Primária à Saúde mas, por outro lado, para a complexidade e os desafios que envolvem este trabalho. Os fatores envolvidos nesse processo são múltiplos e vão desde as dificuldades de se trabalhar em equipe, as complexidades de trabalhar com comunidade e família e a dificuldade em lidar com questões que vão além do conhecimento técnico e biológico. Esta percepção faz ressonância com um estudo que foi realizado em Recife/PE, entre 2003 e 2004, sobre Gênero e Saúde no Programa Saúde da Família (VILLELA e MONTEIRO, 2005). Embora este estudo tenha um enfoque voltado para os aspectos de gênero no PSF de Recife/PE, ele traz outros achados relacionados ao Programa em si e seus profissionais. Reconhece que existem ações inovadoras na Estratégia Saúde da Família e potencial a ser explorado se considerar as relações interpessoais e familiares. Entretanto, foram identificadas dificuldades dos profissionais na assistência ou em ações educativas e preventivas por não ter amparo técnico ou por agir “sob o apelo de sua conduta moral pessoal” (SCHRAIBER, 2005, p.51). Este estudo mostrou a dificuldade desses profissionais em lidar com queixas socioculturais e a baixa resolutividade principalmente para demandas relacionadas à sexualidade e à saúde mental.

As dificuldades dos profissionais do PSF em São Paulo/SP provavelmente não apresentam grandes diferenças comparadas com as dificuldades dos profissionais de Recife/PE, mas há que se fazer estudo

detalhado para tal afirmação. De qualquer maneira, por meio desses dados, evidencia-se a importância do conhecimento que os trabalhadores da saúde precisam ter de maneira mais profunda sobre as questões de gênero, as tensões trabalhistas, a cultura regional, as formas de convívio familiar, a violência que existe nas comunidades

Embora, historicamente, o campo das Ciências Sociais não privilegie a intervenção, centrando-se na compreensão e explicação das relações e processos sociais, a gama de conhecimento produzido pelas áreas que compõem este campo pode abrir caminhos para o melhor desempenho na assistência dos profissionais da saúde, contribuindo para uma maior resolutividade do serviço de saúde e ampliação da possibilidade de satisfação do profissional de saúde naquilo que realiza. COUTO e col. (2007) afirmam que:

> (...) o empenho em considerar a vasta gama de aspectos sócioculturais na abordagem da saúde-doença-cuidado é indispensável aos profissionais de saúde (...) o “encontro” entre o profissional de saúde e o paciente/usuário remete a uma relação efetiva entre sujeitos que partilham de universos culturais próprios e que a “comunicação” resultante do “encontro” trará benefícios para ambos (...) (p. 14).

Neste percurso argumentativo, a questão que se coloca é : Quais são as concepções de saúde e doença das pessoas cuidadas por uma Equipe de Saúde da Família em um bairro da Cidade de São Paulo e como estas concepções influenciam relações destes sujeitos em contexto familiar e comunitário no que remete a práticas de cuidado do corpo e da saúde?

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando as relevantes contribuições das Ciências Sociais e Humanas para o entendimento das concepções sobre saúde-adoecimento e morte e para a compreensão da doença como mediadora das relações sociais, (já que a doença pode (re)definir posições e relações sociais nos ambientes da família, trabalho, lazer, afetividade-sexualidade, entre tantos outros) optamos pela busca de contribuições de autores, de diferentes abordagens, para o nosso estudo acerca das concepções de saúde e doença em famílias de uma comunidade de São Paulo atendida pela Estratégia Saúde da Família.

FITZPATRICK (1990) inicia seu livro "A Enfermidade como experiência"* propondo três tarefas para o trabalhador da saúde: primeira tarefa é identificar o problema do paciente; a segunda é oferecer segurança e tranqüilidade para aqueles que sofrem por sua enfermidade; e a terceira, é dar ao paciente explicações e orientações sobre como enfrentar sua enfermidade. Ele complementa descrevendo que a Antropologia, a Sociologia e a Psicologia Social podem contribuir oferecendo conceitos e evidências que permitam melhorar a atenção à saúde nas complexidades de cada paciente, ajudando a reconhecer os aspectos psicossociais dos problemas de saúde e auxiliando o trabalhador da saúde a reconhecer as inquietudes que os pacientes trazem junto com suas enfermidades. A

* [La enfermedad como experiencia].

princípio, essas tarefas parecem óbvias, entretanto, alguns trabalhos, segundo o autor, têm mostrado que uma grande parte dos problemas e interesses dos pacientes não é reconhecida por seus médicos.

COELHO e ALMEIDA FILHO (2003) discutem, baseados em CANGUILHEM, que um sinal de anormalidade pela semiologia médica pode ser um sinal de normalidade para um indivíduo ou para seu contexto social. Os “signos e significados de saúde não se reduzem à leitura da semiologia médica” (p. 102). Igualmente para a antropologia médica, um signo pode ter diferentes significados dependendo do contexto em que está inserido.

Muitos autores descrevem que a saúde é um processo dinâmico e está relacionada com diversos fatores como “contexto sócio-econômico-político-histórico-cultural, genótipo, psiquismo, modo de vida, aspecto e situação” (p. 102). O conceito de saúde como ausência de doença não foi suficiente pois partia do princípio do que não era a saúde, sem explicar de fato o que era saúde (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003).

Os estudos empíricos das ciências sociais mostram:

> que os fenômenos da saúde-doença não se reduzem a uma evidência ‘orgânica’, ‘natural’, ‘objetiva’. Estão intimamente relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a concepção de saúde-doença é construída, como o doente é um personagem social (MINAYO e SOUZA, 1988, p. 82).

MINAYO e SOUZA (1988), em suas pesquisas com segmentos da classe trabalhadora, observaram que ao falar de saúde e doença, os indivíduos sentem-se livres e conseguem expressar questões sobre sua vida o que possibilita o entendimento da relação do indivíduo com a sociedade, ao

falarem de saúde e doença, conseguem expressar sua visão de mundo, entre outras coisas. “Em síntese, saúde-doença funcionam muitas vezes como metáforas para explicar desordens, desvios, devassidão do ser humano, e por isso mesmo servem para o controle, a reorganização e o reencontro da sociedade com seus valores dominantes” (p. 84).

O pensamento social considera a saúde, doença, medicina, doente, profissionais da saúde como “fenômenos constitutivos da dimensão social da vida humana” (COUTO e col.,2007, p.1). A partir desse contexto, saúde e doença são entendidos por meio de fatores biológicos, sociais, políticos, econômicos, culturais e ambientais (COUTO e col., 2007).

Vários podem ser os conceitos de saúde-doença e estes variam com os referenciais que vão de classe social, passando por gênero e geração, e englobando também outros referenciais como religiosidade, sexualidade (COUTO, 2001). Dentro desses, três podem ser destacados para ajudar a compreender os determinantes sociais no adoecimento: classe social, raça/etnia e gênero (COUTO e col., 2007).

Classe social pode ser definida como “segmentos da população que compartilham tipos e níveis de recursos mais ou menos similares, com estilos de vida mais ou menos similares e (para alguns sociólogos) que têm uma certa percepção compartilhada de sua situação coletiva”* (FITZPATRICK e SCAMBLER, 1990, p. 66).

* [segmentos de la población que comparten tipos y niveles de recursos más o menos similares, con estilos de vida más o menos similares y (para algunos sociólogos) que tienen uma cierta percepción compartida de su situación colectiva].

A temática que relaciona as desigualdades sociais com referência à classe social e suas relações com a saúde data o século XIX. Na América Latina como um todo, essas investigações são mais recentes, a partir da segunda metade do século XX. Com o processo de globalização, é mais fácil observar as conseqüências deletérias da pobreza sobre a saúde dos mais desfavorecidos, principalmente nos países subdesenvolvidos. Nesse contexto, se expressar por meio do conceito de vulnerabilidade amplia a discussão das relações de saúde e desigualdade social quando possibilita discutir indicadores estruturais e qualitativos das condições de vida (COUTO e col, 2007).

O conceito de vulnerabilidade teve sua origem a partir da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem e depois começou a ser usado na saúde, principalmente nos processos entre o movimento dos Direitos Humanos e o ativismo diante da epidemia da Aids (AYRES e col., 2003).

Segundo AYRES e col. (2003), o conceito de vulnerabilidade:

> pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (p. 123).

O conceito de vulnerabilidade reforça a importância de se discutir as questões de saúde incorporando não só os aspectos individuais mas também os aspectos sociais e coletivos.

Dados de classe social colaboram para entender diferenças sociais e culturais, inclusive no âmbito da saúde, mas deve-se ter cautela para que não sejam interpretados com viés e estereótipos inflexíveis. A análise desses dados deve sempre vir acompanhada de crítica sobre o significado que carrega. As diferenças de classe são reflexos das diferenças econômicas e materiais, influenciando a alimentação, as condições de habitação, a situação empregatícia, o acesso aos serviços básicos como escola e o acesso aos serviços de saúde. Existe uma associação com desvantagens sociais e materiais além de barreiras culturais que se opõe à busca de ajuda aos serviços de saúde (FITZPATRICK e SCAMBLER, 1990).

Outros marcadores sociais a serem considerados são raça, etnia e cor. Do ponto de vista das ciências biológicas, o conceito de raça não existe. Para as ciências sociais, é um marcador social, uma construção histórica e cultural e a dimensão étnico-racial gera controvérsias aos pesquisadores quando relacionada à saúde (COUTO e col., 2007). As questões étnicas podem estar associadas indiretamente a fatores socioeconômicos que influenciam o cuidado à saúde (FITZPATRICK e SCAMBLER, 1990). Embora se encontrem algumas patologias mais prevalentes em determinados grupos étnicos, não há comprovação científica que dê suporte apenas para explicação genética. Volta a discussão sobre situações nas quais é importante avaliar a vulnerabilidade a doenças em determinadas populações como população negra, por exemplo, e grupos indígenas.

> No estudo das diferenças humanas a preocupação é evitar uma visão reducionista da genética, segundo a qual o destino dos indivíduos é definido

> estritamente pelos seus genes. Isto leva uma ênfase maior nos ‘defeitos’ individuais do que nas alterações produzidas no/pelo ambiente e, por sua vez, ao fortalecimento de uma concepção errônea de que a natureza (nature) é mais importante que o ambiente (nurture) no desencadeamento de certas doenças, induzindo a uma oposição entre natureza e cultura, quando, relativamente aos seres humanos, as Ciências Humanas e Sociais mostram o contrário: os homens, pela cultura, criam e recriam sua natureza (COUTO e col., 2007, p. 11).

É importante tratar os conceitos de classe social, raça, cor e etnia de maneira cuidadosa ao utilizá-los segundo uma perspectiva psicossocial da experiência da enfermidade. Avaliações simplificadas e descuidadas podem perpetuar estereótipos e conclusões inadequadas. “A extensão e a natureza das diferenças sociais e a conduta e benefícios em relação com a atenção à saúde segue sendo um problema urgente das ciências comportamentais” (FITZPATRICK e SCAMBLER,1990, p.97).

Gênero (para pesquisa empírica):

> compreende a série de significados culturais atribuídos às diferenças biológicas/anatômicas entre os sexos. Refere-se, assim, aos atributos, papéis ou funções sociais culturalmente legitimados para indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, estabelecendo-os com determinados valores sociais diferentes e desiguais entre si. (COUTO e col., 2007, p. 7).

Com a abordagem de gênero no campo da saúde, muitas investigações sobre o processo saúde/doença têm se ampliado, questionando análise de determinantes de saúde embasadas somente no modelo biomédico, considerando que com a perspectiva de gênero, as doenças passem a ter uma combinação de causas biológicas e socioculturais. Além disso, pode haver variações espaciais (de uma cultura para outra), temporais (mesma

cultura mas em momentos históricos diferentes) e longitudinais (ao longo da vida de um indivíduo) nas questões de gênero, o que também pode influenciar nos aspectos de saúde e doença (COUTO e col., 2007).

Todos esses conceitos são importantes porque servem para análise do entendimento sobre saúde e doença e cuidado que cada pessoa constrói no seu contexto de vida.

Outro autor que discute os conceitos de saúde e doença é ARTHUR KLEINMAN. No campo da Antropologia Médica norte americana, ele tem sido considerado um grande expoente quando se trata do estudo sobre saúde e doença e relação médico-paciente. Esse autor, de formação médica, trouxe grandes contribuições para o campo da Antropologia Médica a partir de trabalhos com a "etnografia clínica". KLEINMAN sofreu influência da "corrente interpretativa em antropologia", amplamente desenvolvida por C. Geertz. Kleinman também se inspirou em Eisenberg quando trabalhou com o conceito de "doença processo" - *disease* [doença] - e a "doença experiência" – *illness* [enfermidade] - que aparecem descritas em seus livros (UCHÔA, 1994, p. 500).

Acrescentando à contribuição de KLEINMAN, MIYASHIRO (1991) comenta:

> A doença está profundamente embebida no mundo social e, conseqüentemente, é inseparável das estruturas e processos que constituem esse mundo. Na pesquisa da estrutura dos significados de 'illness' deve-se considerar: a maneira com que a 'illness' se faz significante, os processos de criação do significado, assim como as situações sociais e as reações psicológicas que determinam e são determinadas pelos significados." (p. 432)

O conceito de *illness*[6] [enfermidade] "é o que o paciente e seus familiares trazem para o profissional da saúde"* (KLEINMAN, 1988, p.5). "É a interpretação subjetiva dos problemas que se consideram relacionados com a saúde"** (SCAMBLER e SCAMBLER, 1990, p.42). Doença, *disease*[7] [doença], é o que o médico traduz da enfermidade do doente. Esta tradução é o que de fato o médico é ensinado a fazer. "Doença é a enfermidade na perspectiva do médico"***(KLEINMAN, 1988, p.5), "se refere a um conceito médico de uma anormalidade patológica diagnosticada por meio de sinais e sintomas"****(SCAMBLER e SCAMBLER, 1990, p.42).

> A enfermidade é a experiência da mudança do estado de ser e da função social: as doenças são anormalidades na estrutura e função de órgãos e sistemas do corpo. Sendo assim, a doença aqui se refere a todos os aspectos experenciados de alterações corporais que passam pelos fatores culturais que influenciam a percepção, o nome, a explicação da experiência desagradável (FITZPATRICK, 1990, p.21)*****.

Para explicar com exemplos, KLEINMAN propõe uma possibilidade prática. No modelo biomédico, a doença é entendida como um processo corporal, por exemplo, uma oclusão arterial. Já no modelo biopsicossocial, a doença é uma "dinâmica dialética" entre vários fatores. Fazendo paralelo,

---

[6] A palavra *illness* está traduzida como enfermidade nesta dissertação (COUTO e col., 2007).

*[Illness complaints are what patients and their families bring to the practitioner.]

**[(...) "malestar" se refiere a la interpretación subjetiva de problemas que se consideran relacionados con la salud.]

[7] A palavra *disease* está traduzida como doença nesta dissertação (COUTO e col., 2007).

***[Disease is the problem from the practitioner's perspective.]

****["Enfermedad" se refiere a un concepto médico de una anormalidad patológica diagnosticada por medio de signos y síntomas (...).]

*****[Los males son experiencias de cambios menguantes en estados de ser y en función social: las enfermedades son anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo. Por conseguiente, aquí enfermedad se refiere a todos los aspectos experenciales de trastorno corporal que son "conformados por factores culturales que rigen la percepción, el nombre, y la explicación de la experiencia desagradable"].

seria o processo cardiovascular (hipertensão arterial ou insuficiência arterial coronariana), o estado psicológico (pânico, desmoralização) e o meio-ambiente ou situações que aconteçam nesse meio (por exemplo, crise conjugal) (KLEINMAN, 1988).

Quando KLEINMAN (1988) descreve o conceito de enfermidade, refere-se sobre o quanto a pessoa se sente doente, como sua família percebe isso, como vivem com isso e como o indivíduo responde aos sintomas e mal-estar. Quando fala em enfermidade, leva em conta os julgamentos que o paciente tem sobre a melhor maneira de lidar com o problema e o que esse problema causa no seu dia-a-dia. Nossas orientações culturais (como pensamos, agimos e descrevemos situações) nos ajudam a organizar nosso entendimento sobre a enfermidade. A experiência da enfermidade sempre está embasada no conhecimento cultural e também está pautada na biografia individual de cada um, sendo uma experiência sempre distinta da outra. O significado da enfermidade tem uma construção cultural, ou uma significação cultural. A enfermidade traz marcas para a pessoa, podendo gerar inclusive estigma, discriminação e exclusão social. Os significados culturais da enfermidade também caracterizam sua causalidade, podendo classificar a enfermidade como moral ou espiritual inclusive.

Neste sentido, as enfermidades crônicas apresentam-se como um grande desafio pois a pessoa tem um período extenso de convívio com sua doença e pode assim ter mais tempo para reinterpretar o significado de seus sintomas e de seu tratamento (FITZPATRICK, 1990).

A experiência da enfermidade geralmente tem mais de um significado. O conhecimento desses significados pode contribuir no “rompimento dos ciclos viciosos que amplificam a doença” (KLEINMAN, 1988, p.9)*. A interpretação desses significados pode melhorar a efetividade do cuidado.

As relações no dia-a-dia podem trazer conceitos que se relacionam com a saúde. Para muitos trabalhadores, a doença significa miséria e fome. A falta de comida gera doença, a doença gera impossibilidade de trabalho que gera maior dificuldade financeira e assim por diante. O conceito de saúde em muitas comunidades é a capacidade para trabalhar e a doença é a incapacidade para trabalhar (MINAYO, 1989).

O entendimento de como sentimos emoções e as interpretamos ou reagimos, por qualquer motivo, pode ajudar a entender como elaboramos a enfermidade.

(...) a natureza e a qualidade das emoções são determinadas segundo uma interação entre o estado físico e as percepções cognitivas, que por sua vez recebem influência do contexto social. Esse também pode servir como um modelo para considerar a natureza das doenças e enfermidades: o significado cognitivo atribuído aos estados corporais anormais é conformado social e culturalmente, e por sua vez constitui a experiência daquele que sofre (FITZPATRICK, 1990, p.22)**.

As crenças sobre a doença dão forma às respostas dos sintomas de quem sofre a doença e de quem está próximo. Nesse sentido, a antropologia tem ajudado a entender que variações culturais influenciam os conceitos de

---

* [There is evidence to indicate that throug examining the particular significancer of a person’s illness it is possible to break the vicious cycles that amplify distress].

**[(...) la natureleza y la calidad de las emociones es determinada según una interacción entre el estado físico y las percepciones cognoscitivas, que a su vez reciben la influencia del contexto social. Su demostración ofrece también un modelo para considerar la natureleza de enfermedades y males: el signifificado cognoscitivo atribuido a estados corporales anormales es conformado social y cultulmente, y a su vez constituye la experiencia des que sufre].

cuidado. Exemplo disso são as crenças relacionadas aos feitiços, mal olhado, espíritos, azares naturais ou do meio, castigos de Deus. Conceitos e credos que estão presentes em cidades pequenas e rurais até em grandes centros urbanos, nas civilizações ocidentais e orientais. (FITZPATRICK, 1990).

A dimensão corpo-consciência também está intimamente relacionada aos conceitos de experienciar e viver situações da vida inclusive a doença. O fundamento da experiência de estar no mundo é o corpo. É através dele que temos dimensão espacial e somos “seres em situação” (ALVES e col., 1999, p.12). É pela consciência-corpo ou corpo-consciência que passam as dimensões da vida. Além disso, o conceito de que *ser* e *estar* no mundo não implica somente na relação corpo e consciência mas na relação com o outros, “ser-com-outros” (p.14).

A antropologia, segundo UCHÔA e VIDAL (1994), ajuda a observar os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata do cuidar da saúde de uma população. A antropologia nos faz enxergar os aspectos do modo de vida e o universo social e cultural associados ao estado de saúde. “A antropologia médica é apresentada como uma perspectiva complementar e enriquecedora para a abordagem dos problemas de saúde pública” (p.498). A importância dos aspectos sócio-culturais no cuidar em saúde ainda têm sido colocados de maneira irrelevante e avaliados como acessórios.

ALVES e col. (1999) coloca a doença como uma questão prática antes de ser uma questão intelectual que se irá teorizar. Ele sugere um caminho

por onde pode-se trilhar a compreensão da enfermidade como uma experiência. São praticamente 5 passos: (1) aparece o sintoma, a impressão sensível da enfermidade. Depois, (2) o conjunto de sensações geradas pelo(s) sintoma(s) leva(m) à experiência, denominada matéria bruta. A matéria bruta passa pelo processo de (3) tomada de consciência. A partir deste momento surge o (4) significado: a enfermidade ganha significação. Este significado, além da tomada de consciência, (5) é uma construção sociocultural e também relacional (ALVES, 1993). Sobre a questão da consciência, CANGUILHEM (1995) também comenta dizendo que "(...) o fato patológico só pode ser apreendido como tal – isto é, como alteração do estado normal – ao nível da totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, ao nível da totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal" (p. 64).

Outro aspecto interessante, segundo OLIVEIRA (1998), são os estados considerados doença para a medicina moderna, passíveis de reversão se diagnosticados precocemente mas que são tratados muitas vezes pela comunidade como "*não-doença"*. Doenças como hipertensão arterial, hipercolesterolemia e outras são virtualmente sem sintomas nas fases iniciais e sendo assim torna-se difícil a motivação do paciente nos aspectos preventivos. Não há caracterização da necessidade do cuidar, a princípio.

Nesta dissertação, para entender os conceitos de saúde e doença, optou-se por entender os referenciais de pessoas que convivem com uma doença silenciosa, como a hipertensão arterial sistêmica (HA) - de caráter não contagioso, que neste trabalho denominamos de "**doença invisível**" - e

de pessoas que convivem com uma doença explícita, evidente, contagiosa – a tuberculose denominada "**doença visível**". A oposição "doença visível" - "doença invisível" busca a diversidade de conceitos, as representações de saúde e doença, bem como a referência ao tratamento e ao cuidado em saúde dos membros das duas famílias. Além disso, a hipertensão arterial e a tuberculose são comuns a todos os membros da Equipe de Saúde da Família e todos participam no cuidado da hipertensão e da tuberculose, o que também contribuiu para essas escolhas.

O grupo escolhido para este estudo foi a família corroborante com o foco Estratégia Saúde da Família que em sua formulação política dá importância conferida a esta instituição (MS, 1994). Além disso, enquanto lócus de convívio social contribui na construção dos conceitos de saúde, doença e cuidado, e é onde as pessoas se relacionam primeiro e constroem suas experiências e vivências culturais que impactam a relação dos sujeitos concretos com os serviços de saúde.

A noção de família que apoia este trabalho toma, em termos empíricos, critérios como co-residência, a relação de parentesco e dependência entre pessoas residentes nos domicílios particulares (GOLDANI, 1994). Entretanto, tendo como parâmetro o entendimento de que os indivíduos no interior das famílias estabelecem relações de tensão e afeto, que a família não se constitui como um grupo sempre harmonioso e sereno, mas como uma unidade composta por indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas que vivenciam um constante jogo de poder, buscamos compreender as concepções dos seus diferentes membros.

Afinal, é a falta de um entendimento da instituição familiar como *processo,* e não como uma estrutura fixa no tempo, que tem provocado distorções nas interpretações do universo familiar (GOLDANI, 1994; SZYMANSKI, 1995; BILAC, 1995).

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa é apreender as concepções de saúde-doença de diferentes pessoas membros de famílias de uma comunidade da Zona Oeste do Município de São Paulo/SP acompanhadas por uma mesma Equipe de Saúde da Família.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Apreender o significado atribuído a saúde-doença por duas famílias: uma que tenha pelo menos um de seus membros com hipertensão arterial sistêmica (HA) - “doença invisível” - e outra que apresente ao menos um membro com tuberculose - “doença visível”.

6. METODOLOGIA

A presente investigação tomou como base a metodologia qualitativa, que tem sido bastante empregada nas pesquisas da área da saúde.

Por este método podemos explorar a subjetividade dos indivíduos a respeito de sua vida comum, obtemos revelações dos processos sociais e acessamos áreas da vida social ,nem sempre possíveis em outro tipo de pesquisa. Como técnica de produção de dados foram escolhidas as entrevistas semi-estruturadas (POPE, MAYS, 2005). Este modelo toma por base roteiros com questões abertas, pré-definidas, que servem para delimitar a área a ser explorada, permitindo ao entrevistador e ao entrevistado flexibilidade de aprofundar os detalhes (BRITTEN, 2005).

Foram entrevistadas duas famílias da Zona Oeste da cidade de São Paulo, cadastradas no PSF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Administrativo Raposo Tavares. As famílias fazem parte da área adstrita de uma ESF dessa Unidade.

6.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Como descrito anteriormente no Referencial Teórico, elegemos duas modalidades de doenças para apreender conceitos gerais de saúde e

doença dos indivíduos, das famílias, a partir da experiência de doença invisível ou visível. Escolhemos a hipertensão arterial sistêmica (HA) como doença invisível e a tuberculose (TB) como doença visível. Este trabalho não tem o objetivo de explorar a hipertensão ou a tuberculose em si, mas, por suas características e apresentações, podem demonstrar as percepções acerca de um conceito geral de saúde e doença, sem focar a construção social. A escolha dessas patologias também está relacionada ao fato de fazerem parte do cotidiano de todos os membros da ESF. Dentro do PSF, elas são tratadas como "prioridades" (MS, 2001). A hipertensão arterial[9] e a tuberculose[10], além de estarem presentes na população brasileira, fazem parte do dia-a-dia das consultas, dos grupos, das notificações, das aferições da unidade, das visitas domiciliares e do *check-list* de prioridades dos ACS. Mensalmente, em suas visitas domiciliares, o ACS deve preencher uma ficha especial nas residências (Ficha B) onde há referência de hipertensos e tuberculosos (anexo 5). Também são consideradas prioridades para o PSF as gestantes, as crianças menores de 2 anos, as pessoas com hanseníase e com diabetes mellitus (MS, 2000).

As famílias foram escolhidas por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), onde constam todas as famílias cadastradas por

---

[9]De acordo com V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial / 2007, inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial de 22,3% a 43,9%. O diagnóstico de hipertensão arterial é feito após duas medidas, em consulta, da pressão arterial com valor ≥ 140/90 mmHg, com intervalo que não ultrapasse 2 meses entre as medidas.

[10] De acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica de Tuberculose da Fundação Nacional de Saúde de 2002, estima-se 50 milhões de infectados e 130.000 casos novos por ano no Brasil de tuberculose. Define-se 'caso de tuberculose' todo o indivíduo com diagnóstico confirmado por baciloscopia (exame direto da presença da bactéria) ou cultura (cultura de secreção em meio que proporcione o aparecimento de colônias da bactéria, caso a mesma esteja presente na secreção cultivada) - duas baciloscopias diretas positivas, ou, uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva, ou, uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose, ou, duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva - ou aquele em que o médico firma o diagnóstico com base na história clínica-epidemilógica e exames complementares.

equipe (por área) e por ACS (por microárea). Também por meio desse sistema, é possível selecionar famílias que relatem algumas situações especiais como tuberculose, hipertensão arterial, diabetes mellittus, alcoolismo, chagas, gestação, deficiência física, deficiência mental e hanseníase. Esses dados podem ser levantados por período com intervalo específico de datas e por área ou microárea. O prontuário foi avaliado para verificar algum critério patológico que não fizesse parte do critério de seleção, também, se a família escolhida fazia acompanhamento com o(a) médico(a) e enfermeiro(a) da equipe, além de receber visitas do ACS.

Para este trabalho foi considerada família com doença “invisível” aquela que apresentou um ou mais membros com hipertensão arterial sistêmica, sem complicações, como acidente encefálico prévio ou insuficiência coronariana prévia ou insuficiência renal dialítica. A família deveria estar em acompanhamento pela equipe há pelo menos um ano e o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica deveria ter ocorrido há pelo menos três anos até dezembro de 2006.

Foi considerada família com doença “visível” aquela com um ou mais membros com tuberculose pulmonar tratada ou em tratamento, desde janeiro de 2004 até o momento de início de escolha das famílias (dezembro de 2006).

Todas as famílias deveriam fazer parte dessa comunidade há pelo menos dois anos a partir da data de escolha no SIAB (dezembro de 2006) e deveriam ser famílias de pelo menos três pessoas acima de 15 anos no período de entrevista.

A Unidade de Saúde tinha a Estratégia Saúde da Família há mais de dois anos e a ESF que coordenava o cuidado dessas famílias, estava completa com seis ACS, dois auxiliares de enfermagem, um médico há mais de um ano na equipe e uma enfermeira também há mais de um ano.

6.2 ENTREVISTAS

Foram entrevistados todos os membros de cada família.

Seguimos o roteiro (anexo) dividido em quatro grandes tópicos principais:

1 – Identificação

2 – Relação com Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família

3 – Conhecimento sobre a doença

4 – O significado de ser doente e ser saudável

Após aprovação dos Comitês de Ética que avaliaram este trabalho (da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo), foram iniciadas as entrevistas. Como o estudo envolveu não apenas as concepções daqueles com história de HA ou tuberculose, mas também dos demais membros de suas famílias, todos foram entrevistados. No período de janeiro a maio de 2007 foram entrevistadas cinco pessoas da família com história de HA - todos os membros dessa família (duas mulheres e três homens). Foram entrevistadas

três pessoas da família com história de tuberculose (duas mulheres e um homem). Nesta família, só não foi entrevistada uma criança de dez anos pois o estudo originalmente não contemplou esta particularidade no que diz respeito aos aspectos éticos e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A própria pesquisadora realizou as entrevistas, gravou e transcreveu o material. As entrevistas foram previamente agendadas, aconteceram na casa das famílias respeitando os horários escolhido pelos familiares (algumas vezes foi necessário usar os finais de semana). O tempo médio foi de 60 minutos em uma única tomada. Foram produzidas 8 entrevistas.

6.3 FORMA DE ANÁLISE

Os entrevistados sabiam que, além de aluna de pós-graduação, a entrevistadora também era médica.

Os dados apurados contaram com a análise de conteúdo, especificamente sob a temática e os achados foram confrontados com a literatura.

Segundo GOMES e col. (2007, p. 567), para análise dos dados observamos:

> (a)leitura compreensiva, visando impregnação, visão de conjunto e apreensão das particularidades do material da pesquisa;

(b)identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos;

(c)identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas nos depoimentos sobre: relação com Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família, conhecimento sobre a doença e significado de ser doente e ser saudável.

(d)busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa;

(e)diálogo entre as idéias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo;

(f)elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Adotados nomes fictícios para todos os familiares e inclusive, também o nome da Unidade de Saúde foi modificado para garantirmos a confidencialidade dos entrevistados.

6.4 A ENTRADA EM CAMPO: DO CONTATO COM AS FAMÍLIAS À REALIZAÇÃO DO ESTUDO (depoimento da entrevistadora/autora)

Apresentei-me as famílias escolhidas com o crachá de aluno da Universidade de São Paulo, sem avental branco ou roupa que caracterizasse uma profissão específica. No portão de suas casas, explicava que era aluna da pós-graduação na Faculdade de Medicina da USP, médica (fato que deve ser lembrado na análise das entrevistas) e brevemente expunha a proposta do projeto - como seriam as entrevistas - e marcava novo encontro. Na segunda vez, novamente colocava a proposta do projeto

e confirmava a possibilidade de participação de todos da família, procurava, neste momento, organizar e agendar as entrevistas individuais. Três famílias recusaram. Uma delas, a princípio, pareceu estar favorável à realização, mas na segunda visita desistiu. Uma família inicialmente escolhida teve que ser substituída por outra. Nessa família foram realizadas duas entrevistas mas tiveram que ser descartadas pois um dos hipertensos residentes na casa apresentava Insuficiência Renal Crônica Dialítica, fato não relatado no prontuário. O entrevistado não retornou à unidade para dizer sobre seu novo diagnóstico e seu novo tratamento.

A Unidade de Saúde que participou deste trabalho tem seis Equipes de Saúde da Família, uma das quais fui integrante como médica, porém a área em que trabalhei não corresponde a das famílias entrevistadas.

O posto conta também com uma área de abrangência sem o Programa Saúde da Família e a referência para esses usuários são três pediatras, dois ginecologistas, dois clínicos e três cirurgiões-dentistas.

No final de cada entrevista, ficou aberto um espaço para dar oportunidade ao entrevistado de acrescentar algum assunto ou idéia que não foi abordado ou que poderia ser mais explorado. Alguns entrevistados contaram sobre sua satisfação de falar sobre o tema e colocaram a importância de serem ouvidos com relação ao que pensam sobre saúde e doença. Quase todos os entrevistados mostraram boa receptividade para realizar as entrevistas, sendo que apenas uma pessoa entrevistada não explicitou esta receptividade.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e recebeu aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clinicas da FMUSP – CAPPesq (ANEXO). O projeto também foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) (em anexo) da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo e foi aprovado para ser realizado em uma unidade especifica no Município de São Paulo, observando sua exigência em se colocar o nome do CEP e o contato.

Cada membro, de cada família foi primeiramente informado sobre o projeto e deu sua autorização por meio do termo de consentimento informado (APÊNDICE), lido no encontro que antecedeu à entrevista. Em apenas uma entrevista houve necessidade de um responsável para assinar o termo em nome do entrevistado e assim realizar a entrevista, devido ao fato desta informante ser uma senhora de 90 anos, analfabeta. Também cada membro da equipe de saúde recebeu o termo de consentimento informado para participar do projeto de pesquisa e todos consentiram e assinaram seus respectivos termos.

Entendemos que conversar sobre conceitos de saúde-doença poderia suscitar questões relativas aos cuidados que a família vem recebendo da Equipe de Saúde da Família e por isso optou-se por tal informação ficar restrita a pesquisadora responsável. Cada pessoa foi entrevistada

separadamente. Assim, a equipe não soube quais foram as famílias escolhidas. Somente um entrevistado teve junto a participação de sua esposa na entrevista, por opção dele. Tal fato ficou evidente na transcrição.

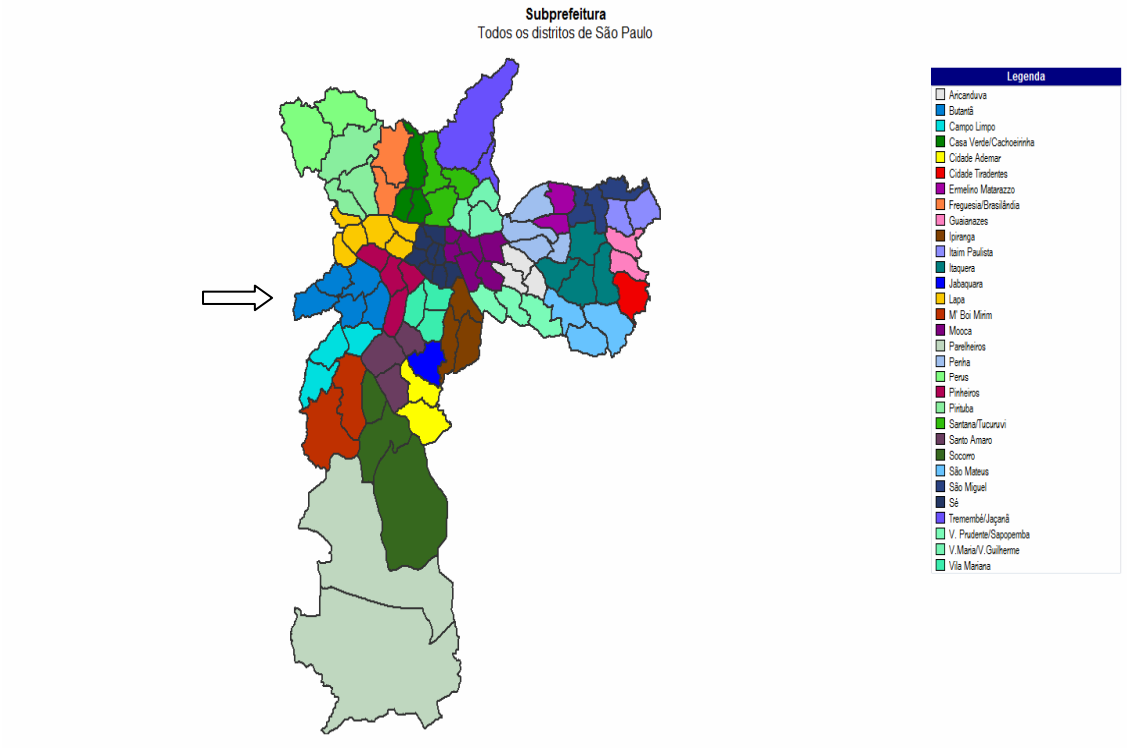
Segundo o Sistema de Informações de Atenção Básica, a equipe selecionada para a pesquisa tem mais de duzentas famílias em que pelo menos um membro tem hipertensão arterial sistêmica (HA) e mais de três famílias em que um membro teve ou tem diagnóstico de tuberculose.

7. ZONA OESTE DA CIDADE DE SÃO PAULO: CONHECENDO ONDE MORAM OS ENTREVISTADOS

Os entrevistados moram no Distrito Administrativo (DA) Raposo Tavares, onde fica também a Unidade Básica de Saúde.

O DA Raposo Tavares está localizado na região Centro-Oeste do Município de São Paulo e compõe, junto com os DAs Butantã, Morumbi, Rio Pequeno e Vila Sônia, a Subprefeitura Butantã. Esta subprefeitura faz limite com as Subprefeituras de Lapa, Pinheiros e Campo Limpo, e a cidade de Osasco. O mapa abaixo da Cidade de São Paulo mostra sua divisão em subprefeituras e Distritos Administrativos e a seta aponta para o DA Raposo Tavares (Figura 1).

Figura 1 – Mapa do município de São Paulo dividido por Subprefeituras e Distritos administrativos em 2007.



Fonte do Mapa de Subprefeituras: Atlas do trabalho e desenvolvimento da Cidade de São Paulo, 2007.

A subprefeitura Butantã tem área de 56,1 Km^2 e o DA Raposo Tavares tem 12,6 Km^2 desta área[11]. Esta subbprefeitura e seus DAs têm uma densidade demográfica semelhante à média da cidade de São Paulo, sem grandes diferenças no período de 1991 a 2004, como podemos observar a seguir na Tabela 1.

Tabela 1 - População Total e Taxa Anual de Crescimento Populacional, por Distrito Administrativo da Subprefeitura Butantã do Município de São Paulo, de 1991 e 2004.

Distrito	População 1991 (número absoluto)	População 2004 (número absoluto)	Densidade demográfica (hab/$Km^{2)}$ - 1991	Densidade demográfica (hab/$Km^{2)}$ - 2004	Taxa de crescimento anual 1991-2004 (%)

São Paulo	9.610.659	10.679.760	6.368,9	7.077,4	0,8
Butantã (Subp.)	365.388	377.567	6.513,2	6.730,2	0,3
Butantã (DA)	57.804	50.737	4.624,3	4.059,0	-1,0
Morumbi	39.884	32.875	3.498,6	2.883,8	-1,5
Raposo Tavares	82.586	92.809	6.554,4	7.365,8	0,9
Rio Pequeno	102.414	113.336	10.558,1	11.684,1	0,8
Vila Sônia	82.700	87.810	4.118,4	8.281,1	0,5

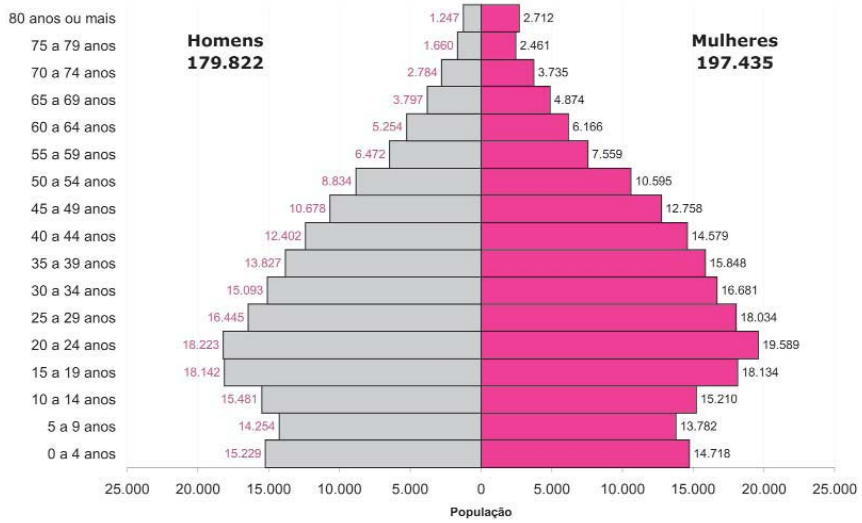
Fonte: Instituto Geográfico e Cartográfico – IGC; IBGE; Fundação Seade.

A população de 377.567 habitantes (em 2004, com 198.177 mulheres e 179.390 homens) deste pequeno pedaço da cidade de São Paulo se comportou de maneira diversa entre si. Enquanto os DAs Butantã e Morumbi tiveram redução de sua população, com taxa de crescimento anual negativa (-1,0% e -1,5%, respectivamente), os DAs Rio Pequeno e Raposo Tavares tiveram uma taxa de crescimento anual igual ou maior que a taxa de São Paulo (0,8% e 0,9%, respectivamente).

Esta população está distribuída conforme mostra a Pirâmide Populacional abaixo. A pirâmide tem base alargada, mas também um aumento da largura do topo, mostrando crescimento da população por nascimento e ao mesmo tempo por envelhecimento da população da região.

Pirâmide Populacional da Subprefeitura Butantã (Figura 2).

Figura 2 - Pirâmide populacioanl da Subprefeitura Butantã em 2000.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2000 e PROAIM/ Secretaria Municipal da Saúde/PMSP, 2003.

No DA Raposo Tavares, aproximadamente 70% dos domicílios recebem menos de dez salários mínimos, e desses 63% recebem menos de cinco salários mínimos, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Rendimento dos chefes de família nos Distritos Administrativos da Subprefeitura Butantã, por faixas de renda familiar, por distrito administrativo (em porcentagem) em 2000.

Distritos Administrativos	Menos de 2 SM (%)	De 2 a menos de 5 SM (%)	De 5 a menos de 10 SM (%)	De 10 a menos de 15 SM (%)	De 15 a menos de 25 SM (%)	De 25 e mais (%)
MSP	13,30	24,39	25,97	11,29	10,98	14,06
Butantã	4,93	10,60	16,23	12,10	18,25	37,88
Morumbi	4	9,05	10,76	5,67	9,95	60,58
Raposo Tavares	12,73	27,95	29,05	12,50	10,54	7,24
Rio Pequeno	11,80	22	22,77	12,38	13,08	17,96
Vila Sônia	9,58	16,05	20,05	11,28	13,96	29,07

Fonte: IBGE; Fundação Seade. Salário mínimo de referência do Censo 2000: R$ 151, 00.
MSP – Município de São Paulo/SP
SM = salário mínimo

A renda per capita média passou de R$ 366.11, em 1991, para R$ 393.77, em 2000 (tabela 3). A porcentagem de pobres no DA Raposo Tavares[12] era de 10,52% em 1991, passando para 12,43% em 2000, enquanto esta porcentagem na cidade de São Paulo passou de 8 para 12%, respectivamente. A desigualdade na distribuição de renda teve um aumento como um todo - no Município, na região da Subprefeitura Butantã e no DA Raposo Tavares - como mostra o Índici de Gini na tabela 4.

Tabela 3 - Renda per capita do Município de São Paulo, da Subprefeitura Butantã e do Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.

Região da Cidade de São Paulo	Média de renda per capita em 1991 (R$)	Média de renda per capita em 2000 (R$)
Município de São Paulo	536,28	610,04
Subprefeitura Butantã	724,47	946,00
DA Raposo Tavares	366,11	393,77

Fonte: Atlas do trabalho e desenvolvimento da Cidade de São Paulo, 2007.

Tabela 4 - Indicador sintético de desigualdade de renda – Índice de Gini* - do Município de São Paulo, da Subprefeitura Butantã e do Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.

Região da Cidade de São Paulo	Índice de Gini – 1991	Índice de Gini - 2000
Município de São Paulo	0,48	0,52
Subprefeitura Butantã	0,59	0,63
DA Raposo Tavares	0,56	0,62

Fonte: Atlas do trabalho e desenvolvimento da Cidade de São Paulo, 2007.
*Índice de Gini é uma das principais medidas de desigualdade de distribuição de renda, onde o valor zero representa a igualdade – todos os indivíduos tem renda com mesmo valor, e o valor 1 (um) indica que uma única pessoa se apropria de toda a renda e as demais nada recebem.

Com relação aos índices de educação, destaco a questão do analfabetismo. Houve uma diminuição do analfabetismo no DA Raposo

Tavares, mas seu índice em crianças ainda está acima da média do Município, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Analfabetismo por faixa etária no Município de São Paulo, na Subprefeitura Butantã e no Distrito Administrativo Raposo Tavares em 1991 e 2000.

Porcentagem de analfabetismo	Cidade de São Paulo		Butantã - subprefeitura		DA Raposo Tavares	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
(%) 10 a 14 anos analfabetos	2,78	1,92	3,08	1,96	4,42	2,17
(%) mais de 15 anos analfabetos	4,88	7,53	7,43	4,42	10,24	5,73

Fonte: Atlas do trabalho e desenvolvimento da Cidade de São Paulo, 2007.
Analfabetos = percentual de crianças ou adultos, conforme a faixa etária, que não sabem ler nem escrever um bilhete simples.

Ainda sobre educação, também é interessante ressaltar os Indicadores Educacionais dos Chefes de Família que se mostraram melhores quando comparados aos indicadores do município (tabela 6).

Tabela 6 - Indicadores Educacionais dos Chefes de Família da Subprefeitura Butantã e do Município de São Paulo em 2000.

Tipo de Indicador	Butantã (Subprefeitura)	Cidade de São Paulo
Com ensino Fundamental Completo (%)	54,85	49,69
Com ensino Médio Completo (%)	41,60	33,68
Média de Anos de Estudo	8,7	7,67

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo Demográfico 2000.

A subprefeitura do Butantã tem porcentagem acima de 90% de seus domicílios com rede de água, rede de esgoto e lixo coletado. Além disso,

tem um percentual de população em favela de 13,10%, com uma taxa de crescimento anual da população favelada de 0,52% (um pouco maior que a taxa de crescimento anual da população como um todo na região).

Tabela 7- Indicadores Habitacionais e de Saneamento da Subprefeitura Butantã e do Município de São Paulo em 2000.

Tipo de Indicador	Butantã – subprefeitura	Cidade de São Paulo
Número de domicílios	108.676	3.039.104
Número de moradores por domicílio	3,45	3,43
Percentual de domicílios com Rede de Água	99,43	98,62
Percentual de domicílios com Rede de Esgoto	92,37	87,23
Percentual de domicílios com Lixo Coletado	99,49	99,20

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo Demográfico 2000.

Tabela 8 – População em favelas na Subprefeitura Butantã e no Município de São Paulo em 2000.

Tipo de Indicador	Butantã - subprefeitura	Cidade de São Paulo
Número de favelas	81	2.018
População favelada	49.448	1.160.590
Percentual da população em favelas	13,10	11,12
Taxa de cresecimento anual da população favelada	0,52	2,97

Fonte: Secretaria da Habitação e Desenvolvimento Urbano/PMSP e Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo (PRODAM). Base Cartográfica Digital das Favelas do Município de São Paulo, 2000.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) do DA Raposo Tavares é o menor entre os cinco DA da Subprefeitura Butantã e também está abaixo do IDHM do município (tabela 9).

Tabela 9 - Índice de desenvolvimento social – índice de desenvolvimento humano municipal no Município de São Paulo, na Subprefeitura Butantã e em seus subsitritos em 2000.

Região	IDHM*
Cidade de São Paulo	0,841
Butantã - subprefeitura	0,885
Butantã - DA	0,928
Morumbi - DA	0,938
Raposo Tavares - DA	0,819
Rio Pequeno - DA	0,855
Vila Sônia - DA	0,895

Fonte: Atlas do trabalho e desenvolvimento da Cidade de São Paulo, 2007.
*Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é definido pela média aritmética simples de três subíndices referentes às dimensões longevidade, educação e renda.

A cobertura da região pela Estratégia Saúde da Família é de 8,22%[13].

Sobre os dados de mortalidade, escolhemos trazer os dados de 2006 pois fazia parte do contexto das famílias entrevistadas no momento da entrevista.

As cinco principais cuasa de morte da Subprefeitura Butantã em 2006 foram doença isquêmica do coração (260), doenças cerebrovasculares (166), pneumonias (111), câncer de pulmão (75) e a tríade bronquite, enfisema e asma (73). Quando analisamos as principais causas de morte no DA Raposo Tavares, notamos uma diferença com relação às causas da Subprefeitura. As doenças isquêmicas do coração (48) continuam como causa principal, seguidas das doenças cerbrovasculares (33), mas em terceiro lugar aparecem os homicídios (17), depois retornam as pneumonias (15) e, por fim, diabetes mellitus (12).

Tabela 10 - Óbitos ocorridos por residência nos distritos Administrativos da Subprefeitura do Butantã, segundo causas específicas em 2006.

Causas específicas	Butantã (DA)	Morumbi (DA)	Raposo Tavares (DA)	Rio Pequeno (DA)	Vila Sônia (DA)	Subprefeitura Butantã
Doenças isquêmicas coração	57	26	48	77	52	260
Doenças cerebrovasculares	32	17	33	45	39	166
Pneumonias	26	12	15	29	29	111
Ca pulmão	16	5	10	30	14	73
Bronquite, enfisema, asma	15	12	8	24	14	73
Homicídios	2	7	17	11	9	46

Fonte: PRO-AIM/Secretaria Municipal de Saúde/PMSP, 2008.

8. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

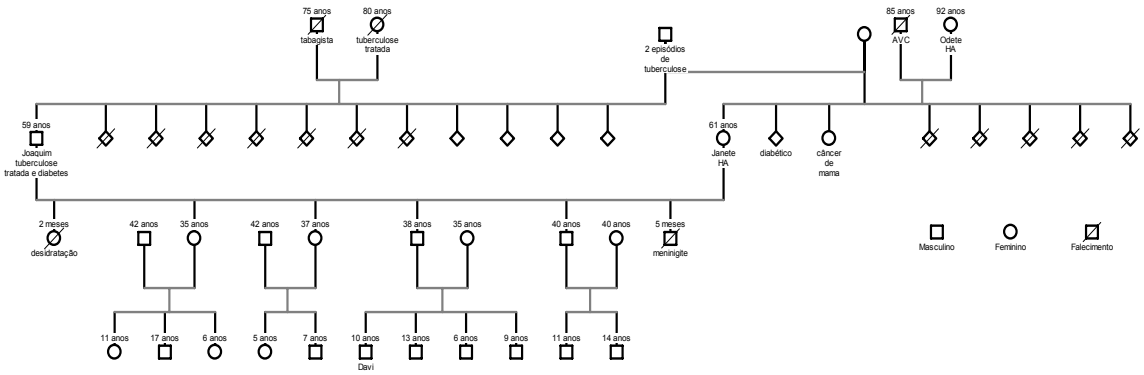
8.1 FAMÍLIA COM HISTÓRIA DE TUBERCULOSE

Para facilitar a descrição chamaremos este grupo de Família 1.

São quatro os familiares.O Sr. Joaquim tem 59 anos, é casado com D. Janete de 61 anos. Junto com os dois moram D. Odete, mãe de D. Janete, com 90 anos e também um neto, o Davi de 10 anos, filho do Jailson, segundo filho do casal.

A seguir, observamos o genograma desta família para melhor compreensão e visualização de sua estrutura. Este genograma foi construído durante as entrevistas (Figura 3)[14].

Figura 3 - Genograma da Família 1.



A família mora no bairro há 37 anos. Primeiro veio para São Paulo o Sr. Joaquim que comprou um terreno, aproveitando a oportunidade de um loteamento e construiu sua casa onde moram até hoje. Depois trouxe a D. Janete. Moram em uma casa de construção comum no bairro, na frente fica a oficina de um dos filhos do Sr. Joaquim – “puxadinho”.

> *Faz 40 anos que eu moro aqui. Nasci no Estado de Pernambuco, cidade de Carpina. Lá eu vivi até os meus 18 anos, depois de 18 anos eu vim pra São Paulo passear e aqui fiquei. Aqui foi quando surgiu o loteamento. Eu comprei o terreno e construí a casa e tô aqui até hoje, na data de 1967, 66, 67 mais ou menos. Cresceu, fui um dos primeiros daqui. (Sr. Joaquim, 59 anos)*

> *Meu marido veio pra cá e aí depois aí ele me mandou vir buscar, aí eu vim e aí depois foi vindo os outros atrás. Foi, foi ele, um rapaz vendeu isso aqui pra ele, vendeu o terreno pra ele. Foi nós que construímos essa casa*. (D. Janete, 61 anos)

A casa é de tijolo, com quatro cômodos, energia elétrica, sistema de esgoto e coleta de lixo. Ninguém na família possui plano de saúde. Possuem carro e televisão. São católicos. Participam de grupo comunitário religioso. Não foi questionado sobre renda familiar na entrevista.

O Sr. Joaquim estudou até a sexta-série (primeiro grau incompleto) e trabalha como taxista.

D. Janete cuida da casa, estudou até a quarta série.

D. Odete estudou, mas não sabe ler nem escrever, trabalhava na lavoura antes de vir para São Paulo. Realiza atividades diárias de auto-cuidado, mas não consegue realizar outras atividades na casa, recebe sua aposentadoria[15].

A família gosta do bairro. Acha que tem alguns problemas de violência mas que não chegam até sua residência. Conhecem muitas pessoas na região, sentem-se seguros.

> *Gosto, é tranqüilo. Tem muitas coisas por aí mas é lá fora, não é com a gente não, graças a Deus! Conheço a maior parte conheço. Quando a gente veio pra qui tinha bem pouquinha coisa e daí foi todo mundo chegando. Não acho perigoso. Tem a violência aí por fora mas a gente aqui em casa não, né?* (D. Janete, 61 anos)

8.2 FAMÍLIA COM HISTÓRIA DE HIPERTENÇSÃO ARTERIAL

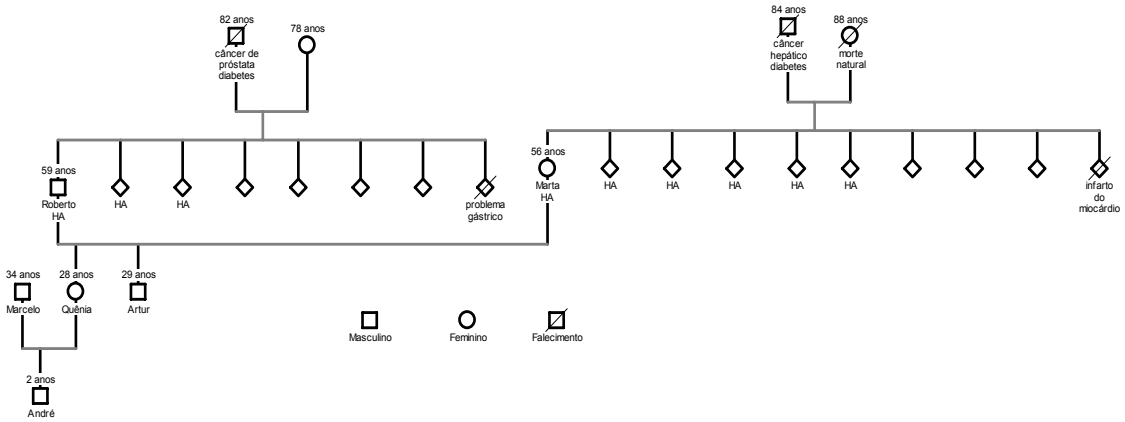
São seis familiares (Família 2), sendo que um deles é uma criança de 2 anos e não participou da pesquisa.

O Sr. Roberto, de 59 anos, e a Sra. Marta, de 56 anos, têm dois filhos: o Artur, de 29 anos, e a Quênia, de 28 anos.

A Quênia é casada com o Marcelo, de 34 anos, e eles têm um filho de dois anos, o André.

A seguir, o genograma da família 4 (figura 4).

Figura 4 - Genograma da Família 2



O Sr. Roberto mora há trinta anos nesse bairro, nesta casa. Ele nasceu no Maranhão, veio para São Paulo atrás do pai e decidiu morar em São Paulo. Estudou até segundo grau (completo). É microempresário de distribuidora de produtos infantis e pastor de uma Igreja Evangélica da comunidade. Todos os membros desta família referem ser evangélicos.

D. Marta também nasceu no Maranhão e veio para São Paulo com 18 anos, cuida da casa.

O Artur começou a fazer faculdade de direito, mas não conseguiu continuar. É gerente de vendas da distribuidora de seu pai. Mora na mesma casa desde que nasceu.

A Quênia terminou o segundo grau e sempre trabalhou na empresa do pai, é auxiliar administrativo. Também, como seu irmão, apesar de casado mora na mesma casa desde que nasceu.

O Marcelo veio da Bahia, estudou até o primeiro colegial. É eletricista, balconista e também faz alguns bicos de venda na empresa de seu sogro. Já morava no bairro com sua mãe.

> *Moro aqui há 30 anos. Eu nasci em outro estado, no Maranhão em uma cidade que chamava Rosário e desenvolvi passando todas as faixas etárias até chegar na faixa etária aí de moço com idade de 22 anos (...) veio pra São Paulo em 70, por aí(...) Daí eu me casei (...) alugou um comodozinho nesse terreno e eu vim morar aqui. E aqui eu comecei a desenvolver a minha vida em questão de trabalho. E logo fui pra igreja (...) Moro há 30 anos aqui.* (Sr. Roberto, 59 anos)

> *Gosto daqui. Eu gosto bastante. Me dou bem com todo mundo. Era mais tranqüilo, agora é que tá mais... é que vai aumentando, né, a população. Muda um, chega outro. Aí, nem todos tem o mesmo, não são iguais, né? Uns são mais sossegados, outros são mais barulhentos. Uns é casal, outros traz filhos. Os jovens são mais inquietos, inquietos, aquele barulhão todo. Mas eu gosto daqui, sempre gostei. Nunca houve assim, muito negócio de ladrão, desses jovens maloqueiros que vivem aí. É, aqui é bem sossegado, essa rua.* (D. Marta, 56 anos)

Eles moram em uma casa “típica” da região, onde em um terreno se constroem vários cômodos que podem virar mais de uma casa ou até um estabelecimento comercial junto do residencial em um mesmo local, como acontece também na casa do Sr. Joaquim. Em um andar da construção fica

a residência do Sr. Roberto, D. Marta e Artur. Em outro andar fica a residência da filha com o genro e o netinho. No pavimento inferior da casa, fica a microempresa. Todos gostam do bairro, mas D. Marta acha que já foi melhor. O fato de estarem há muito tempo morando no bairro os deixa seguro, sem medo de violência. Para Marcelo existe violência no bairro mas ela está camuflada.

A casa do Sr. Roberto e D. Marta é de tijolo, com sete cômodos, energia elétrica, sistema de esgoto e lixo coletado. De seis pessoas, contando a criança, 3 possuem Plano de Saúde privado. Possuem carro e televisão. A casa da Quênia tem seis cômodos. O único grupo comunitário que participam é religioso. Como descrito na família anterior, a entrevista não abordou questões sobre renda familiar[16].

9. DISCUSSÃO E ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Para fazer a análise do conteúdo das entrevistas, tomou-se como base os grandes eixos do roteiro para as entrevistas. Após diálogo entre as idéias problematizadas das entrevistas e estudos acerca do assunto, destacaram-se três temas principais: 1 – Relação com Unidade de Saúde e Equipe de Saúde da Família; 2 – Concepções sobre doença; 3 – Concepções sobre saúde.

9.1 RELAÇÃO COM UNIDADE DE SAÚDE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na história descrita no prontuário, o Sr. Roberto tem, desde sua primeira consulta na Unidade em 2002, a hipótese diagnóstica de hipertensão arterial. Os valores das medidas de pressão arterial oscilaram entre valores normais e altos que não obrigaram a introdução de tratamento medicamentoso desde o início. Foram solicitados exames de rotina, levantando-se também a hipótese de diabetes mellitus. As consultas ora eram regulares, bi ou trimestrais, ora eram espaçadas, chegando a ter intervalo de um ano entre uma consulta e outra, em demanda programada ou espontânea. A família começou a ser acompanhada pela ESF desde 2003 e o Sr. Roberto começou a ser atendido pela médica da ESF desde 2004. As consultas ficaram mais próximas entre si em 2005, quando aparece a descrição, no prontuário, de atendimentos em serviço de Emergência, Pronto Socorro, por precordialgia (dor no peito), mais de uma vez. Segundo a descrição do prontuário, os resultados dos exames no serviço de emergência não tinham alteração. Também foi encaminhado, de acordo com a descrição no prontuário, ao urologista por apresentar sintomas de alteração da micção (ato de urinar), sendo descrito acompanhamento no Ambulatório de Especialidades Público da região. Em sua penúltima consulta descrita no prontuário, após enumeração de seus sintomas e exame físico, a médica que atendeu o Sr. Roberto acrescentou como hipótese diagnóstica ‘Síndrome do Pânico’, além das outras já comentadas acima, e sugeriu um tratamento. O Sr. Roberto faltou na consulta seguinte.

Depois, veio pegar os resultados dos exames que havia colhido na Unidade de Saúde e referiu que continuaria seu tratamento no Convênio.

D. Marta começou a freqüentar a unidade antes do Sr. Roberto, desde 1999. Tem descrita hipótese diagnóstica de HA desde 2001, e a partir daí suas consultas começaram a ser mais regulares. Fazia acompanhamento com Clínico Geral e também realizava exames preventivos com o Ginecologista (Mamografia e colpocitologia oncótica – "Papanicolaou"), mesmo no período que ainda tinha convênio (trazia exames do convênio para o médico da unidade). Em 2004 também iniciou seu acompanhamento ambulatorial com a médica da ESF. Na evolução descrita no prontuário acrescenta-se nas hipóteses diagnósticas a hipercolesterolemia (elevação dos níveis de colesterol no sangue), artralgias (dor nas articulações) e depressão. Não tem descrição de procura por serviços de emergência no prontuário.

O trajeto de chegar até a Unidade de Saúde começou pelo convênio. Inicialmente o chefe da família, Sr. Roberto, era metalúrgico, tinha um convênio e também se utilizava dos serviços do seu sindicato. Depois abriu seu próprio negócio e não conseguiu manter o convênio para família e começaram a utilizar o posto de saúde do bairro. Nessa família, atualmente, somente alguns membros têm convênio: o Sr. Roberto, o Artur e o pequeno André. Mas usando ou não o convênio, todos têm como primeira escolha os serviços públicos de emergência da região, principalmente o Hospital Universitário (HU) na Cidade Universitária – Campus da Universidade de São Paulo (USP). Como segunda opção utilizam o convênio ou a unidade de

saúde do bairro. Somente a D. Marta tem como primeira opção os serviços da Unidade de Saúde.

Com relação à família 1, segundo informações colhidas no prontuário, o Sr. Joaquim chegou à Unidade de Saúde em 2006, com história de febre baixa e calafrios que já tinham duração de 30 dias, acompanhados de tosse produtiva, dor torácica, emagrecimento de 20 quilos em seis meses e dispnéia (falta de ar) ao tossir. Procurou o Hospital Universitário no Campus da USP três dias antes de chegar à Unidade de Saúde, quando foi prescrito Azitromicina. A Azitromicina é um antibiótico bastante utilizado no tratamento de Pneumonia e outras infecções respiratórias. Como não apresentou melhora, voltou ao Hospital quando realizou exame de escarro com resultado positivo para tuberculose[17]. Foi encaminhado para a Unidade Básica mais próxima de sua residência e iniciou tratamento e seguimento. Nesse período, era acompanhado mensalmente por consulta por médica da ESF ou por outra médica da Unidade que era referência para pessoas com tuberculose. Teve alta por cura da tuberculose em fevereiro de 2007[18]. Manteve acompanhamento regular por diabetes mellitus, hemorragia digestiva baixa (sangramento no intestino) em investigação, anemia e hipertrigliceridemia (aumento dos triglicérides no sangue). Referiu também que ingeria bebida alcoólica em excesso no passado e era tabagista, procurando diminuir o número de cigarros neste período. A evolução no prontuário mostra a notificação do caso para a Vigilância Epidemiológica, avaliação dos comunicantes (quem tinha contato próximo com Sr. Joaquim), controles seriados de glicemia (nível de açúcar no sangue), durante e depois

do tratamento da tuberculose, assim como dos triglicérides. Também estavam descritas orientações aos familiares sobre o ambiente e utensílios. Foram mantidas consultas regulares para cuidados dessas outras patologias.

D. Janete, esposa do Sr. Joaquim também é portadora de HA há uns 10 anos. Faz seu acompanhamento na Unidade de Saúde desde 2003 com clínico e ginecologista. Começou a ser acompanhada pela médica da ESF em 2004. Mantinha acompanhamento regular pela HA e também para avaliação de exames preventivos como “Papanicoloau” e mamografia.

D. Odete também é portadora de HA e faz acompanhamento nesta unidade desde 2004, com a ESF. Faz acompanhamento regular por HA e déficit visual com referência para oftalmologista e encaminhamento para cirurgia por catarata do olho direito. Recebeu também várias visitas domiciliares, principalmente das auxiliares de enfermagem da ESF.

Na análise deste tópico RELAÇÃO COM UNIDADE DE SAÚDE E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, surgiram três questões levantadas pelos entrevistados que discutiremos a seguir:

- As questões de gênero na utilização dos serviços de saúde;
- Prós e contras da Estratégia Saúde da Família;
- A relação com o serviço público e o privado.

9.1.1 As questões de gênero na utilização dos serviços de saúde

Para facilitar a discussão deste tema, neste tópico, podemos evidenciar três subitens que apareceram no conteúdo das entrevistas:

- Os homens procuram mais os serviços de emergência e desconhecem o serviço da Unidade Básica.
- As mulheres procuram mais os serviços das Unidades de Saúde e conhecem sua rotina.
- As mulheres são as 'cuidadoras da saúde' da família.

Com relação ao primeiro subitem, observamos nas entrevistas que os homens das duas famílias, com doença invisível ou com doença visível, referem que só procuram os serviços de saúde se 'necessitam de fato', ou seja, quando estão doentes. Além disso, existe uma preferência dos entrevistados masculinos aos serviços de emergência.

> *Tem a USP, tem as clínicas, né, que é onde eu vou mais. Eu sou mais tratado pela USP. O posto também, de vez em quando lá eu vou. Eles atendem bem também.(...) Agora quando tem alguma coisa de urgência assim já vou direto na USP ou HC. (...) Eu mesmo aqui tô pra ficar doente demoro mesmo, graças a Deus. (...) De vez em quando, quando precisa eu vou. Quando dá dores, quando precisa eu vou quando é mais grave, aí, diretamente eu já vou pro Hospital, pra USP ou HC (Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da USP) mesmo.* (Marcelo, 34 anos).

> *É, na verdade eu tenho plano de saúde. Quando eu não passo no meu plano de saúde, eu tenho uma preferência a USP. Por ser próximo e pelo motivo de que é um bom atendimento, tem bons médicos. (...) se eu falar pra você que eu nunca mais fui no médico. Graças a Deus por isso:*

Saúde.(...) Mas como, tipo, talvez pelo motivo de eu não freqüentar o posto, ou não, tipo assim, graças a Deus... ultimamente a saúde tá perfeita. Não que amanhã não precise, posso precisar, mas (...) no momento não tem nenhum tipo de problema (...). (Artur, 29 anos)

(...) *mas sempre com muita saúde e eu nunca precisei. (...) Até porque eu fui uma pessoa que pouco freqüentei posto, né, em questão municipal, estadual, enfim, todos os órgãos de saúde, dificilmente, dificilmente mesmo. (...) Porque eu fui uma pessoa que sempre trabalhei e eu nunca encontrei pretexto nenhum em questão de saúde*. (Roberto, 59 anos)

Isso começou a me dar friagem no corpo, né? Tinha febre, tinha frio, muita tosse. Aí foi quando eu fui até a USP. (Joaquim, 59 anos)

Na literatura, alguns autores discutem as questões que relacionam o gênero na utilização dos serviços de saúde.

Os homens estão menos presentes nos serviços de atenção primária à saúde do que as mulheres, mesmo apresentando menor expectativa de vida e piores índices de morbi-mortalidade em várias doenças e condições (SCOTT, 2005; GOMES e col., 2007). As questões de gênero podem ser vistas como fatores que influenciam nos padrões de morbi-mortalidade, principalmente nos padrões masculinos (FIGUEIREDO, 2005).

Em um estudo recente, foram entrevistados dezoito homens sobre questões específicas como “ser homem” e “menor procura pelos serviços de saúde por parte do homem em comparação à mulher” (GOMES e col., 2007, p. 567). Nesse estudo todos os homens concordaram que os homens procuram menos que as mulheres.os serviços de saúde.

Sobre a preferência por serviços de saúde e relação com gênero, também foi observado em outro estudo (PINHEIRO e col., 2002) que os homens procuram serviços de saúde principalmente por motivo de doença. Também há uma pequena diferença, mas estatisticamente significante, entre os tipos de serviços procurados por homens e mulheres. Entre os homens, há uma procura maior pelo pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato. Este estudo fez a análise sobre a procura e a utilização de serviços de saúde, tanto por homens como por mulheres, de áreas urbanas e rurais do Brasil (PINHEIRO e col., 2002).

Os homens desconhecem os serviços prestados na Unidade de Saúde, nas duas famílias. Dois deles colocam a questão do trabalho fora de casa dificultando o acesso à informação.

> *Tem a Solange, né (ACS)? A Solange que tá sempre atendendo a nossa família. Médico não sei. Mas quem auxilia ela aqui só minha esposa, né? Auxilia minha esposa, minha sogra, meu sogro, né, quando eles estão precisando deles, né?(...) O enfermeiro... olha é o que eu tô falando, né, é difícil , né? (...) Que eles tá sempre visitando as famílias, nessa área, entendeu? (...) Ás vezes eu tô trabalhando, né? Quando ela vem assim eu tô quase saindo, saindo pra ir trabalhar também, entendeu? É. E, de vez em quando eu sento, observo, entendeu*? (Marcelo, 34 anos)

> *Olha, passa duas pessoas aqui que tipo assim como eu não... é muito difícil eu ficar em casa pra eles me achar mas eu acho que é Solange e a Sueli. Acho que são pessoas que passam por aqui que, tipo assim, conversam mais com a minha mãe, na verdade. Mas eu creio*

> *que são essas duas pessoas que eu já vi e que freqüentam aqui. (...) Mas como, tipo, talvez pelo motivo de eu não freqüentar o posto (...) talvez por isso que eu estou um pouco assim não muito a par da situação.* (Artur, 29 anos)

Essas observações feitas pelos entrevistados se relacionam com horário que acontecem as atividades na Unidade. Embora eles estejam falando de uma atividade muito específica da Estratégia Saúde da Família, a visita do ACS, a mesma dificuldade acontece com outros homens, em outros contextos, para ter acesso aos serviços da Unidade de Saúde em horários que coincidam com a atividade laboral, como também aparece no trabalho de GOMES e col. (2007). Como apontam esses autores, essa questão, inclusive, também se relaciona com as mulheres, pois muitas trabalham no mesmo horário que geralmente estão abertas as instituições públicas de saúde. Além disso, os homens não se sentem parte dos serviços públicos de saúde por serem espaços feminilizados, muito freqüentados por mulheres (tanto as profissionais como as usuários) e os homens não se reconhecem como alvos dos programas propostos por essas instituições.

Outra questão presente nas entrevistas está associada ao contexto de invulnerabilidade e virilidade do homem. Este seria o contraponto ao cuidar feminino. Alguns comportamentos podem ser prejudiciais à saúde do homem, mas fazem parte da construção de um modelo de masculinidade idealizada, a masculinidade hegemônica (FIGUEIREDO, 2005). Nesse contexto, permite-se ao homem a idéia de invulnerável, da sexualidade incontrolável e a impossibilidade de contar seus problemas e falar de suas

fraquezas, o que denotaria comportamento feminino. O conceito de masculinidade hegemônica traz consigo riscos que podem interferir na saúde do homem. Também por estes motivos, o homem não precisa procurar o serviço de saúde pois isso demonstraria sua fraqueza (FIGUEIREDO, 2005) e o aproximaria "das representações de feminilidade" (GOMES e col., 2007, p.569). O que aparece nas entrevistas, nesse contexto, é a procura por serviço somente quando se tem um caso grave ou a não procura porque 'nunca foi preciso'.

> *O modelo hegemônico de masculinidade está muito relacionado à procura de serviços de saúde pelos homens. "(...) o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de auto-cuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca da masculinidade socialmente instituída.* (GOMES e col., 2007, p.571).

Fazendo um exercício de avaliar com maior clareza os reais motivos que levam os homens a procurarem menos os serviços de saúde, FIGUEIREDO (2005) propõe a avaliação desse fato considerando três aspectos: os homens como sujeitos em diferentes momentos de vida, a organização dos serviços considerando as particularidades dos sujeitos e vínculos entre os serviços e os homens. Considerar esses três aspectos amplia o entendimento sobre o menor número de homens nos serviços de saúde e ajuda a formular propostas que mudem este cenário através da sensibilização dos profissionais de saúde com relação às questões de gênero envolvidas nesse processo. Isso, com certeza, também influencia no

modo como a mulher é vista pelo serviço de saúde e como este pode contribuir no cuidado da saúde desses dois sujeitos.

Sobre o segundo subitem deste tópico, observamos que as mulheres destas duas famílias sabem as rotinas da Unidade Básica de Saúde do bairro, os serviços oferecidos e também se utilizam mais desses serviços que os homens. Como essas famílias estão em uma área onde tem a Estratégia Saúde da Família, são as mulheres também que conhecem a Equipe e fazem a ponte da Equipe com a família. Inclusive, na família 2, a mulher participa efetivamente das atividades da Unidade de Saúde, através da D. Marta, oferecendo seu espaço para grupos de artesanato.

> *Era, que eu me lembro era... aqui a dotora assim,só vem a Dra... a Rita. Quando minha filha ganhou nenê, ela veio 2 dias. A Rita é enfermeira e a agente de saúde é a Solange que mora até na minha rua aqui embaixo. É a única que vem aqui... mas também ela vem assim procurar pra ver como é que eu tô, se eu marquei retorno. (...) Dia 22 eu tinha retorno com a Rita para receber o resultado do papanicolaou. (...) ela (Dra. Irene) tem mais contato assim comigo por causa da igreja que eles já fizeram eventos aí na igreja, reuniões. É. Eu já falei pra ela que a hora que ela quiser pra fazer reunião, qualquer coisa, nós estamos aí. Eles fizeram, como é, o curso de artesanato. Fizeram lá mas não deu certo porque a mulherada não ía. Ía só um pouquinho e daí elas desistiram. Faz um tempinho.* (D. Marta, 56 anos)

> *Eu tava fazendo ginástica lá no posto lá. (...) Eu tava indo aí no posto mesmo. (...) Dra. Irene é médica da Equipe. A Sueli é (ACS). (...) Vem uma senhora medir a pressão, mas não sei o nome dela. Ela vem*

sempre mas aqui a pressão de mãe. Eu sempre vou lá pra medir a pressão. (Janete, 61 anos)

Bom, que eu sei que tem, eu sei que tem orientação prás adolescentes, prás meninas, orientação em tudo, desde assim a prevenção até ficar grávida e tal. Eu sei que tem também parece que tem, eu não sei se é ginástica, mas, alguma coisa pra meia idade nesse sentido de ginástica, essas coisas assim. (...) que eu de vez em quando, quando eu vou lá eu leio e acho bem legal. Fora isso, tem outras coisas que eles expõe lá nos murais da unidade. (...) Solange (ACS), como minha médica, assim, desde que a gente iniciou é a doutora japonezinha, Dra Irene, isso. Enfermeira, Rita, isso. Olha, geralmente assim é só mesmo a Rita que sempre tá em contato. (Quênia, 28 anos)

D. Marta, D. Janete e a Quênia contam sobre as atividades da Unidade de Saúde, mostrando que freqüentam e conhecem a Unidade.

Uma pesquisa mencionada anteriormente, realizada por Pinheiro et al (2002), com relação ao motivo da consulta, as mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção enquanto os homens preferem os serviços de emergência, como já discutimos. Com relação ao tipo de serviço procurado, entre as mulheres há uma procura maior pelos ambulatórios especializados. Isto reforça o conceito do papel feminino no cuidado da saúde e esse papel frágil e vulnerável, facilitando o acesso da mulher ao serviço de saúde e paralelamente, o próprio serviço reforçando a aproximação da mulher quando elabora estratégias mais voltadas para o público feminino. D. Marta mostra isso ao descrever o grupo

que tinha na sua igreja: grupo de artesanato – atividade que reforça a presença feminina.

O terceiro e último subitem analisado neste tópico retoma o papel feminino que responsabiliza a mulher sobre o cuidado da saúde de sua família.

Na entrevistas, observamos que as mulheres das duas famílias levam seus filhos e familiares mais idosos às consultas de rotina ou procuram a Unidade para fazer o pré-natal ou para exames preventivos referentes à saúde da mulher ou ainda para cuidado de suas doenças crônicas.

Existe na construção social de gênero a idéia de que a mulher é a responsável pelo cuidar de si e dos outros (SCAVONE, 2005; GOMES e col., 2007). Nas famílias aqui entrevistadas reconhecemos esse imaginário quando seus membros, tanto homens quanto mulheres, descrevem quem exerce as responsabilidades do cuidado na família.

> *(...) eu já fui freqüentador de lá (UBS). Quando eu era criança... tipo assim, até uma certa idade. Até que idade a gente toma vacina? 14? 15? Acho que todas as minhas vacinas praticamente eu tomei nesse posto. Pediatria, freqüentei (...), odonto, clínico. (...) Assim, tipo assim, é tudo o que referencia a uns pequenos tipos de doença. (...) que criança tem: uma gripe, um resfriado, torcer um braço, uma queda, um arranhão. Tudo foi atendido no postinho aqui. A mãezona que levava. (...) É, na verdade o seu Roberto ele é meio complicado, né. Quando ele quer comer coisas não tem jeito. Mas aí a patroa, minha mãe, dá uma manerada naquilo, naquilo, naquilo outro, mas ele tenta... mas é uma dificuldade porque, tipo assim, na verdade ele gosta de muita coisa e a maioria das coisas é muita comida forte, pesada. (...) mas às vezes também não come se a*

patroa fala: 'Não vai comer!' Não come. (...) Porque aí quem cuida dessa parte aí é minha mãe.(...) (Artur, 29 anos)

Eu tava fazendo ginástica lá no posto lá. (...) porque meu marido ficou doente e daí ficava ruim pra mim ir e aí eu parei uns dias aí. Eu tava indo aí no posto mesmo.(...) Ah, eu tive que ajudar, né? Tem que ajudar, né? Ajudar a tomar o remédio. 'Tá tomando o remédio certo, né?' Fazendo comida assim pra ele. Foi ruim por causo que tinha tuberculose e tinha diabete então fazia uma coisa pra melhorar a tuberculose, já fazia mal pra diabete. Ih, foi um sacrifício. Mas, tá indo bem. Graças a Deus. Tá tomando remédio, pra não deixar de tomar. (Janete, 61 anos)

Minha filha é quem cuida de mim. Não lembro o médico, não sei. Ela é quem sabe.(Odete, 90 anos)

Os trechos das entrevistas acima vão ao encontro da construção social de gênero em que a mulher é a responsável pelo cuidar. O Artur enfatiza o papel da sua mãe no cuidado de sua saúde desde a infância. A D. Odete enfatiza o cuidado que recebe da filha e a própria D. Janete reforça o cuidado que precisa ter para cuidar do marido.

O bom andamento da saúde da família é uma responsabilidade dada à mãe ou ao feminino. É a mulher que deve cuidar da alimentação, da higiene, das consultas médicas, das medicações. O papel da mulher no cuidado à saúde extrapola inclusive o ambiente familiar quando vários estudos observam que são as mulheres "as principais produtoras de cuidados sanitários, dentro e fora da família" (SCAVONE, 2005, p. 100). Em 2002, um estudo mostrou que 17% das mulheres brasileiras do mercado de

trabalho exerciam atividades em saúde, educação e serviços sociais. Já a porcentagem de homens eram apenas 3,4% (SCAVONE, 2005).

Esse cuidado à saúde começa na contracepção, depois se estende para gravidez, filhos ou crianças e, por fim, pessoas idosas (SCAVONE, 2005).

A Quênia sempre procurava a unidade por exigência da mãe, inclusive quando iniciou o pré-natal. Foi com a experiência da maternidade que começou a valorizar a prevenção e o serviço de saúde. Antes, procurar serviço de saúde não tinha nenhuma utilidade para ela. A maternidade fez parte do processo do cuidar da saúde. Agora a Quênia tem sua rotina no serviço de saúde (convênio e público) e é quem leva seu filho no médico, como fazia antes a sua mãe. O discurso aponta para a maternidade como uma nova referência identitária com conseqüentes implicações para o cuidado de saúde de si e de outros. Isso não se reproduz da mesma forma relativamente ao marido, agora pai. A mediação entre o serviço de saúde e a saúde do filho é colocada pelo Marcelo na mulher – Quênia.

Em um trabalho realizado por SCAVONE (2004), mulheres de camadas populares do nordeste brasileiro tiveram a mesma representação que a Quênia sobre a maternidade. A maternidade, para essas mulheres, significou o dever e a responsabilidade de cuidar dos filhos estando essa representação relacionada ao amor.

> *Bom, pra dizer bem francamente, quem usa mais o posto é o meu filho. Porque assim, precisa das vacinas dele que precisa ficar em dia*

> *e assim a consulta rotineira dele (...) o meu pré-natal foi acompanhado certinho pelo posto de saúde. (...) Porque quando a gente fica grávida, a gente fica assim super preocupada, né, 'Será que meu filho tá bem, tal?' Então, isso também me levou mais a querer. (...) Hoje eu freqüento mais (o posto) (...) Também, também, principalmente por causa do meu pré-natal.* (Quênia, 28 anos)

> *Mas eu sou mais observador, entendeu? Fico observando o que tá acontecendo. Pergunto pra Quênia, né? De vez em quando, quando vai levar o nenê. (...) Levam o nenê na consulta, que os médicos estão sempre consultando eles, aí eu pergunto como é que ele está, se está bem. Mas graças a Deus, até agora não tem nada com ele não.* (Marcelo, 34 anos)

Uma discussão interessante proposta por SCAVONE (2005) são os conceitos que estão por traz das palavras inglesas *to care* [cuidar] e *to cure* [curar]. A tradução dessas palavras construiu um conceito que marca uma divisão entre o saber médico e as atividades de cuidado da vida. Essa separação desvalorizou o cuidado e o restringiu ao campo afetivo familiar e não-profissional. Para compreender melhor a relação de gênero e saúde, ela também discute outras duas expressões da língua inglesa retomam o papel hegemônico do homem enquanto a mulher deve ser responsável pelo cuidado com a família: *caring off* [cuidar de] *e caring for* [cuidar para]. *Caring for* remete ao cuidado da mulher e suas preocupações com a família, enquanto *caring off* remete ao cuidado do homem como provedor.

Vale lembrar que “os cuidados pela saúde não são frutos de uma determinação biológica entre os sexos, mas sim das relações sociais de sexo/gênero” (SCAVONE, 2005, p.102).

Quando o Marcelo diz que a Quênia, sua esposa, é a responsável pelas consultas de seu filho, ele traz a tona a dimensão sexual do trabalho na família. Neste caso, a atividade doméstica não aparece como um trabalho de fato e não é remunerada (SCAVONE, 2005).

9.1.2 Prós e contras da Estratégia Saúde da Família

Embora não seja o objetivo desta pesquisa, aparecem nas entrevistas algumas questões que avaliam o sistema de saúde e as ressaltamos neste tópico com o objetivo de levar à reflexão a forma de trabalho dentro da Estratégia Saúde da Família.

A relevância deste tópico está baseada no fato de entender os entrevistados como “atores” e “autores” dos processos no sistema social. O setor saúde faz parte do sistema social, o que os indivíduos dessas famílias observam e como eles se relacionam com o sistema de saúde sua postura com relação a esta organização. Considerar essas observações e entender essa relação possibilita a construção e o planejamento de um sistema de saúde mais democrático (MINAYO e SOUZA, 1988, p. 86).

Um aspecto positivo levantado sobre a Estratégia Saúde da Família é a questão da longitudinalidade do cuidado. Esta é uma premissa que a

Estratégia reforça mas que já estava prevista desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2006). Além disso, a vigilância à saúde por meio de visita do ACS também fortalece o vínculo da família com o serviço e o resgate do serviço público de saúde.

Eu fiquei bastante tempo com a Dra. Irene. Gosto muito dela. Ela é muito atenciosa. Ela é assim, super bacana. Eu gosto muito da Dra. Irene.(...) Eu pelo menos, eu nunca gostei de trocar de médico, entendeu? Eu sempre gostei...quando dizia assim: 'Dra. Irene tá de férias.' Aí eu só passava assim, pra ver o exame. Aí eu dizia: 'Quando ela voltar, eu passo com ela.' (...) Mas eu nunca passei com outros doutores não. (D. Marta,56 anos)

Porque o meu pré-natal foi acompanhado certinho pelo posto de saúde. Então, depois daí eu não quis mais me desvincular porque eu comecei a achar legal, entendeu assim. Eu vi que não era bem assim, tudo largado. Porque tem muita gente que fala muito, assim: 'Ah! Não, não dá certo, não é legal.' E eu não achei isso. Eu achei bem legal. A preocupação deles me ligarem e falar: 'Por que que você não compareceu hoje? Não pode atrasar ou não pode deixar de fazer isso, você tem que vir, tal?' Então assim eu comecei a me ligar, tipo assim, a me preocupar mais também com essas coisas. Porque antes eu era mais desligada. E foi a partir daí que eu comecei a ver que era importante, que eu precisava fazer, que eu precisava seguir as regras, tudo certinho. (Quênia, 28 anos)

Ah, sempre entrando em contato pra ver como é que está, né? Eu acho legal ter um deles estar sempre assim entrando em contato com a gente, né, com a família. Porque o dia de hoje, né, qualquer momento, aí

sempre o lance que vem, a pessoa pensa que tá bom e não tá. Ajuda (a prevenir doenças) (...). (Marcelo, 34 anos)

Porque só o motivo que eles vêm na sua casa, no seu lar, participa, vem aqui, procura saber da pessoa, se a pessoa não vai, eles cobram, entendeu? 'Acho que você deve ir, vem aqui e remarca.' Isso é muito importante porque nem às vezes a pessoa, por mais problema que ela esteja, ela tem o compromisso. Às vezes a pessoa dá mais atenção ao compromisso do que a própria saúde, por incrível que pareça. E esse trabalho (...) eles fazem é legal. (...) porque a partir do momento que você entra dentro do lar da pessoa, começa, querendo ou não, você vem e começa a fazer parte dessa família, você vai estar a par do que estão acontecendo com a pessoa. A cada dia que passa, você vai descobrindo algo que acontece, o que ela tem, problemas de saúde ou do dia-a-dia da pessoa, cada vez que vocês entram, você descobre alguma coisa diferente. Porque o ser humano ele demonstra as coisas aos poucos, mas aparecem. Você acaba descobrindo o que tem. Aí é onde você pode estar colocando a par e sugerindo. (Artur, 29 anos)

Causo que quando tá doente, precisando, vai lá e passa com a médica. Tudo bem, pega o remédio lá e tudo. Elas vêm aqui porque elas têm que vir todo mês mesmo, né? Sei lá. Tá bom, tá ótimo. Antigamente não tinha nem essas coisas, né? Foi bom sim. (Janete, 61 anos)

A relação com o profissional da saúde, nas falas dos entrevistados, parece ser um ponto importante na valorização do serviço. Este fato vai de encontro à conclusão que chegaram MINAYO e SOUZA (1988, p. 97): "(...) a concepção de bom atendimento inclui competência técnica e relacionamento pessoal." Essa concepção é reforçada na fala do Artur:

> *Primeiro lugar: é, todo ser humano gosta de atenção. Além de ter atenção, o ser humano gosta de ser bem tratado. Depois ele tem que ser muito profissional.* (Artur, 29 anos)

AYRES (2004) também conta sua experiência de encontro terapêutico com uma paciente em uma Unidade de Saúde. Tinha de avaliar risco (era uma paciente com HA), rever a medicação, reforçar as medidas de mudança de hábito e ouvir as reclamações de sempre da paciente. Propôs ouví-la, porém gostaria de saber das coisas que ela gostava de fazer ou não gostava, falar da vida, de si mesma. Descreve que, depois dessa consulta, as prescrições de dietas e medicamentos continuavam presentes, mas ele mesmo e a paciente haviam mudado e de fato transformado aquele encontro em "uma delicada e bem sucedida relação de cuidado" (p. 4). Analisando este encontro, discute que a mudança presente daquele para os encontros anteriores foi dar sentido aos "diagnósticos, exames, controles, medicações, dietas, riscos, sintomas" e significar "a própria presença de um diante do outro" (p. 8).

> O que a cartase daquele (des)encontro propiciou foi justamente a possibilidade de se surpreender a falta de sentido de se cumprir tão mecanicamente os papéis de médico e de paciente, orientados, ambos, por uma lógica, que, em si mesma, não pode atribuir sentido a nada, a lógica clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional (AYRES, 2004, p.8).

Ele discute que o êxito técnico e o sucesso prático são coisas diferentes. No caso que traz como ilustração de sua vivência prática na clínica, o sucesso prático do encontro foi a redescoberta da felicidade para a paciente

e isso foi além do êxito técnico, o controle da hipertensão arterial (AYRES, 2004). A possibilidade de dialogar com o técnico e o não técnico possibilitou alcançar “um plano de maior autenticidade e efetividade do encontro terapêutico” (p. 12).

Outra questão levantada como ponto positivo para o trabalho da Estratégia Saúde da Família foi a otimização da vigilância à saúde com relação à vacinação e à dengue por meio do trabalho do ACS. Quem levantou essa questão foi a Quênia.

> *Eu acho que é muito mais legal quando ele vem, porque, porque às vezes cê vai no Posto e você não quer nem saber, cê passa por lá despercebido e eles vem e te orientam e fala: ‘Olha, essa vacina vai ficar aí, cê tem que ir, você tem que ir, não pode deixar de ir, não pode faltar’. Ou qualquer outra doença assim, que sei lá tem que se prevenir. Igual a dengue. Eles vem, eles te orientam, eles explicam (...).* (Quênia, 28 anos)

O Sr. Roberto discorda da opinião de seus familiares. Ele não acredita no trabalho do ACS e a saúde está vinculada a questão de acesso à consulta médica. Outro ponto questionado pelo Sr. Roberto é a quantidade de pessoas que são atendidas e o número de profissionais existentes na Unidade para esse atendimento.

> *A agente, ela que pode ajudar. (...) Pra ela ajudar, não só eu mas os outros, como ela faz os contatos, (...) ela orientou como eu devo fazer pra chegar até o médico. O problema não é somente ela vir me contactar e me informar. O problema tá lá no conteúdo da coisa. (...) só em questão*

de contato não vai adiantar nada, não vai resolver nada. Ela não é médica. Ela simplesmente vai colher alguma coisa. Ela pode até passar essa informação lá, e aí o resultado? Quem é que vai examinar o paciente? Quando esse paciente vai ser examinado? (...) Porque a conclusão tá lá, é lá no posto, é lá no hospital.(...) Eu subo às vezes quando eu vou lá no posto, tá aquela fila. (...) "Doutora Irene só tá semana que vem." O que ajudou o contato? Pra melhorar a saúde precisa de consulta (...) A doutora é muito boa. Agora, não é questão da médica. É uma questão que a matéria prima está aí, mas não tem mão de obra. (Roberto, 59 anos)

Uma questão abordada pela D. Janete (61 anos) como algo positivo, deve ser ressaltado como um ponto de reflexão para o trabalho dentro da ESF. A vigilância à saúde exercida pelo ACS, um dos pontos importantes da estratégia, pode ser usada de maneira paternalista pela família acompanhada pela ESF e pela própria Equipe. Algumas atitudes que deveriam surgir como resposta de co-responsabilidade pelo usuário, são atribuídas à ESF, sobrecarregando muitas vezes essa equipe com tarefas que fogem do seu escopo principal.

Se precisa de alguma coisa pede pra elas, elas faz, né? Como pegar, como...agora mesmo estou precisando dessa receita. Se eu falar com ela, ela vai falar lá com a médica lá e ela me dá, né? (Janete, 61 anos)

Acima, é atribuído à ESF receitar mesmo que não exista o ato da consulta e coloca nas mãos do ACS a responsabilidade de pegar a receita e trocá-la para o usuário. Isto sobrecarrega a equipe com tarefas que vão além

das propostas descritas na construção original da Estratégia Saúde da Família. Situações como esta sempre aparecem no dia-a-dia de trabalho da equipe diante de uma demanda de 800 famílias em sua área de abrangência.

Outras questões críticas que aparecem nas entrevistas estão principalmente relacionadas com o sistema público de saúde, não estando restritas somente à Estratégia Saúde da Família. A demora na contra-referência e a dificuldade de acesso à consulta em alguns momentos acontecem não só no contexto da Estratégia Saúde da Família, mas no contexto do sistema como um todo na Cidade de São Paulo. No próximo tópico discutiremos esses dois pontos.

A questão do horário de atendimento da Unidade de Saúde e do trabalho da ESF também foi levantado como um problema, o que foi discutido no tópico anterior e, novamente, trata-se de um problema que atinge todo o sistema.

9.1.3 A relação com o serviço público e o privado

A perda do emprego e a luta para manter o convênio parece ser bastante comum. Essa questão aparece na família 2.

Nas entrelinhas, o Sr. Roberto parece recusar os serviços públicos o que pode sugerir três motivos: a incapacidade do chefe de família de manter o convênio e por isso a recusa ao serviço público, a desvalorização do serviço público entendendo que o serviço privado é mais qualificado ou a

decepção do usuário diante de um serviço de saúde público lento que dá poucas respostas.

> *Na verdade, dentro da casa dos trinta anos eu trabalhei dezesseis anos de empregado e nesse período eu usava o convênio da empresa, usava muito o sindicato que eu era metalúrgico. Quando eu saí da empresa, eu abri meu próprio negócio mas sempre com muita saúde e eu nunca precisei. (...) E quando apareceu alguns sintomas de pressão alta: "Ah, eu preciso marcar uma consulta com médico." Foi aí que eu fiquei freqüentando praticamente um ano por aí (o posto de saúde). Depois eu peguei o convênio e nunca mais. (...) Uma burocracia, sabe, muita gente para ser atendida e poucos assistentes (...) Procurei o convênio com uma certa dificuldade mas é mais rápido. No convênio, dentro de uma semana eu fiz seis, dentro de uma semana eu fiz seis exames de sangue, exames de fezes, exames da próstata, pro peito, eu fiz eletro, fiz uma bateria de exames, e se for fazer no posto tem que demorar cinco anos, três anos, um ano.* (Sr. Roberto, 59 anos)

> *É aqui, nesse posto aí. Aí nesse posto de saúde eu vou sempre, faz bastante tempo. Porque quando meu esposo trabalhava na Muk, nós tínhamos convênio. Aí depois, eu não sei se faz quinze anos, por aí, que ele saiu. Aí ele não foi orientado que poderia ter ficado com o convênio, pagando aquela taxa. Ele não foi orientado. Nós perdemos o convênio. Aí ficamos indo aí (no posto de saúde). Depois ele fez um convênio. Pagamos um tempo e depois não pudemos mais porque foi aumentando, aí nós ficamos só aí. Daí eles encaminham para outros lugares, já faz bastante tempo. (D. Marta, 56 anos)*

Para o Sr. Roberto, o que vale é a experiência que ele teve com o serviço e não as percepções que outros membros de sua família têm. A partir do momento que ele começa a usar o serviço público de saúde e logo depois o privado, constrói uma crítica negativa a respeito do público. Contrapondo esta crítica, sua filha e sua esposa constroem um caminho positivo no serviço e mantém boas e resolutivas relações com o serviço. São construções completamente diferentes em uma mesma família, sobre um mesmo serviço.

Um ponto é comum para todos os membros da família. A questão da morosidade do serviço público, principalmente quando se fala da integralidade. Quando existem outras necessidades que precisam sair do nível primário, há um atraso, uma demora resolutiva e neste sentido o setor privado parece ser mais dinâmico. A imagem que temos no setor privado é a entrada direta dos usuários no serviço, pulando o cuidado primário e chegando diretamente aos outros níveis de integração, expondo uma crítica ao setor público que, embora caminhe privilegiando o acesso e o cuidado primário e longitudinal, não consegue desatar o nó da referência/contra-referência. Aos olhos dos usuários, isso dá uma vantagem ao setor privado. O privado parece também privilegiar o consumo por produtos de saúde.

> *No convênio, eu pago. Eu fiz o exame, cheguei, marquei a consulta, passei no médico, eles fazem o exame. Fiz esse exame. Marque no outro dia, eu fui, fiz o exame. Na outra semana eu colhi o exame, passei na médica, passei no médico de acordo com a especialidade, examinou os exames, pediu outros exames. Na outra semana, eu fui*

*fazer os exames. Questão de quatro dias os exames já estavam prontos. Aí eu pergunto pra você: 'Por que é rápido? É uma empresa? É privada? É. Por que funciona? Por que é rápido?' (*Roberto, 59 anos)

Convênio depois do neném, porque daí meu pai falou pra gente assim: 'Não, você tem que fazer porque a preocupação é maior, e tal, o neném não é igual a gente que é grande, que vai levando. O neném precisa seguir mais regrado e tal' (...) Bom, do convênio foi desde quando nasceu meu filho porque daí a gente vê a necessidade maior, né, de ter um convênio. Não, assim que desclassificando ou desmerecendo a unidade pública mas assim é que a gente vê que certas coisas funcionam mais rápido assim, assim entre aspas. (...) uma pessoa, vamos supor, que descobre: 'Existe uma doença'. E ela não tem uma condição legal, de tipo assim, tratar aquilo, ela vai, coitada, ela vai mesmo chegar ao fim do poço. Mas se a pessoa tem condição de falar: 'Você tem isso'. E você tem uma condição, assim, não digo que: 'Ah é rico', mas você tem condição eu acho que te leva sim a uma possibilidade melhor de vida sim, conceito melhor de vida. Agora se não, (...) acho que é igual a gente vê aí. (...) Porque você com dinheiro, você faz aquilo que tá ao seu alcance (...) (Quênia, 28 anos)

(...) infelizmente hoje, hoje tipo assim, os nossos governantes oferecem poucas coisas na verdade em termos de saúde pro ser humano, pra população. É, se você dependendo do problema que você tiver de saúde e o grau que for seu problema, talvez hoje num hospital público, sei lá, do governo, do estado, sei lá, talvez seja mais complicado, demorado. Então, você vai ter que esperar que uma outra pessoa que está sendo tratada te desocupe para você ter o espaço. E se você tiver o dinheiro, fica (...)mais fácil. Por quê? Você pode tá

> *pagando, pode estar comprando aparelho, você pode estar adquirindo um quarto, uma pessoa pra cuidar, na verdade um médico para estar ali um bom período de tempo, uma enfermeira, é, uma nutricionista, uma fisioterapeuta. Então, quer dizer, se você tem condições financeiras, você vai ter mais facilidades.* (Artur, 29 anos)

Existe, na percepção da Quênia, do Artur e do Sr. Roberto, a necessidade de tecnologia, o que é, para eles, um fator de valorização e eficiência do serviço de saúde. O importante é realizar exames, muitos, de vários tipos. A diferença dessa percepção entre o Sr. Roberto e seus filhos é que os filhos conseguem também enxergar a importância do vínculo e por isso, mesmo com um atraso tecnológico que os três descrevem no serviço público, os filhos valorizam o serviço da unidade básica do bairro. D. Marta também manifesta a importância do vínculo e como isso faz diferença no atendimento e resolutividade para sua saúde assim como o Marcelo. Esta questão já foi discutida no tópico anterior 'Os prós e contras da Estratégia Saúde da Família'. Em nenhum momento o Sr. Roberto passa pela questão do vínculo. Em sua entrevista só há cobranças, talvez pelo papel que assumiu enquanto parte do Conselho Gestor. Em algumas perguntas não responde e faz um discurso voltado pra cobrança.

> *Então é o seguinte, eu moro aqui há 30 anos, tem esse posto. Ajudei, evidentemente, trabalhamos para que pudéssemos conquistar para o bem estar da comunidade, mas infelizmente é um cabide de emprego praticamente.* (Sr. Roberto, 59 anos)

> *Quando a gente vai se acostumando com aquele médico, às vezes é um médico legal, né, bom, que trata a gente bem, que examina a gente direitinho. Que você sabe que nem todos os médicos são iguais. Uns são, recebem a gente muito bem, examina bem. Outros já não ligam, só perguntam o que a gente tem, já vai escrevendo a receita, já entrega. E já outros não. Aí passaram vários. Eu fiquei bastante tempo com a Dra. Irene. Gosto muito dela. Ela é muito atenciosa. Ela é assim, super bacana. Eu gosto muito da Dra. Irene. Aonde ela me vê, seja até na rua, ela me cumprimenta.* (D. Marta, 56 anos)

Uma situação que provavelmente serviu também como experiência para o Sr. Roberto na construção de sua opinião em relação ao serviço público de saúde foi vivenciar o "clientelismo", além das dificuldades de referência e contra-referência do sistema. Mesmo sendo beneficiado e se utilizando desse processo paralelo dentro do serviço público, constatar que o mesmo médico do convênio que demora meses na contra-referência da Unidade Básica tem agenda em quatro dias no convênio o fez desconfiar do serviço público, já que também conseguiu passar em uma semana por um processo que demora meses, burlando as vias comuns de atendimento no serviço público.

> *(...) eu precisei passar no médico de próstata. Eu fiquei quatro meses, presta atenção, fiquei quatro meses. Eu liguei pra um amigo meu lá em Carapicuíba. Eu falei: 'Rapaz, eu tô em dificuldade, eu preciso.' Ele é da Secretaria de Saúde. 'Eu preciso de um médico.' Eu liguei pra ele. 'Oi Roberto.' Eu dei pra ele o número do documento. 'Oh! já tá marcado já. O doutor Lou... (...) É, semana que vem você vai passar*

com ele.' Lá em Carapicuíba. (...) 'Olha Roberto, pra ele atender é seis meses. Pra pessoa passar espera seis meses.' Eu ligo lá pro meu convênio: 'Eu preciso passar com médico de próstata, com o urologista(...). Questão de três, quatro dias tá bom.' (...) No convênio ele atende pelo convênio eu não fiquei nem uma semana pra ir pro médico. (Sr. Roberto, 59 anos)

9.2 CONCEPÇÕES SOBRE DOENÇA

Neste tópico, alguns pontos foram observados nas entrevistas e que valem ser destacados para análise de seu conteúdo:

- Gênero: da doença da mulher e da vulnerabilidade do homem diante da doença;
- Conhecimento da biomedicina na descrição popular;
- Religião e sua influência na relação de saúde-cuidado.

Antes de abordá-los, vale lembrar que para a análise deve-se considerar que os entrevistados sabiam que a pesquisadora e entrevistadora era médica. Neste tópico, quando se discutiu se havia doença na família, qual era a doença, fatores de risco e proteção etc, os entrevistados fizeram colocações que mostram que suas respostas foram pensadas em uma perspectiva de responder para um profissional médico:

Assim, do ponto de vista da medicina, assim, eu não sei explicar não. Aí, eu não sei e não sei te passar isso. Eu não consigo explicar. Não consigo mesmo. (Quênia, 28 anos)

Se eu sei o que é pressão alta? Se eu, talvez eu não saiba explicar. O que eu acho que é pressão alta? Pressão alta, pressão alta, nossa, boa pergunta. É uma coisa simples, né? (...) Espero que eu tenha me saído bem nessa explicação. (Artur, 29 anos)

9.2.1 Gênero: da doença da mulher e da vulnerabilidade do homem diante da doença

Sobre a questão de gênero, alguns subitens foram destacados sobre a vivência e experiência da doença do homem e da mulher:

- A desconsideração da doença da mulher.
- O trabalho como fator protetor e causador de doença e a vulnerabilidade do homem diante da doença.

A questão da desconsideração da doença da mulher está bastante presente na análise da entrevista da família 2. Enquanto a hipertensão arterial do Sr. Roberto é de conhecimento de todos e mobiliza a todos no cuidado, a hipertensão arterial da D. Marta é ignorada.

Na família 1, esta questão não aparece de maneira evidente, entretanto, ninguém comenta sobre a doença da D. Janete. Ela cuida da saúde de seus familiares e sabe do que cada um precisa, mas ninguém comenta sobre as necessidades da D. Janete e sua doença.

A desvalorização dos sintomas da mulher e a hipervalorização dos sintomas do homem é um fato já estudado por vários autores.

A trajetória descrita por D. Marta até o diagnóstico de HA traz um conteúdo tão significativo quanto aquele trazido pelo Sr. Roberto. Mas seu diagnóstico não teve tanta força e causou tantas mudanças como o diagnóstico do Sr. Roberto. A família se sente responsável pelo cuidado do Sr. Roberto mas não se sente responsável pelo cuidado da D. Marta, como vemos nos trechos abaixo das entrevistas:

Eu já tenho uns quatro, uns cinco anos que foi descoberto porque eu fiquei com uma dor de cabeça tão forte que é que parecia que tinha um tumor. Eu não podia nem abrir a boca. E assim, comecei a vomitar, eu tava até na igreja. Aí meu esposo me pegou com um irmão lá e me levaram para o pronto-socorro. Chegou lá minha pressão tava 18 por 8. Aí eles me deram medicamento e falaram pra eu procurar um posto para estar fazendo tratamento e aí foi quando eu comecei a fazer o tratamento com Dra. Irene que ela já estava aí no posto. É, e depois dessa já repetiu três vezes. (...). (Marta, 56 anos)

Aí começa a me esquentar aqui o pescoço, o pé do pescoço, a nuca começa a doer. Aí o braço começa doer. Eu ficava assim, como que esquecer. Foi aí que eu comecei: "Tem alguma coisa errada. Vamos procurar qual era o motivo." *(...) fui num posto, eu estava na região de Osasco, passei no posto: "A sua pressão tá alta. Tá 18 por 9. Procura um médico, procura um médico." Aí meus clientes maiores são farmácias. Aí em fui num cliente, não tava legal: "Oh! Mede pra mim. Examina minha pressão aí, que eu não tou legal." "Ministro, a pressão tá um pouco alta, procura médico."* (Roberto, 59 anos)

Só mesmo meu sogro, seu Roberto, né, que sempre tem essa pressão alta, tontura, né? Ele já foi internado também, ficou um tempo internado.

Até eu fui visitá-lo mais a Quênia, entendeu? Dona Marta, assim, de vez em quando assim ela faz suas consultas, vai lá, vê. De vez em quando dá umas tonturas, entendeu, ela vai no posto, marca as consultas dela, sempre, tá passando, né? (...) Eu, durante que eu tô aqui , sempre vinha umas tonturas pra ele, entendeu? Negócio, tontura, dor de cabeça, ele tem que tomar remédio, entendeu? Aí, às vezes tem que marcar as consultas. (Marcelo, 34 anos)

(...) a gente se torna uma família preocupada. É, na verdade, por exemplo, é, ele já não pode ficar dirigindo sozinho. Saiu, se ele for dirigir ou sair tem sempre que estar com alguém. Assim perto a gente não liga mas se for pra longe preocupa. A hora que ele dorme, se tiver sozinho, você tem que dar uma atenção a mais, por exemplo. Se minha mãe chegar a viajar, sair, for passar uns dias fora e ele for dormir uns dias sozinhos, você tem que ficar mais na atenção então, tipo assim, ele tem um pouco de preocupação da parte da gente, um pouco mais de atenção assim nesse sentido. Então, a hora que ele fica nervoso, a gente procura, tipo assim, nunca respondemos a ele, sempre respeitamos. (Artur, 29 anos)

D. Marta mantém a identidade da mulher cuidadora, que fica no espaço privado cuidando do bem-estar da família, assim como D. Janete. São elas a figura da mulher que cuida da casa, dos filhos, da doença do marido. O surgimento de um hipertenso na família mudou a rotina de todos. Não só a comida do Sr. Roberto, mas a comida do Artur, o trabalho da Quênia. Assim também foi com a D. Janete que inclusive parou atividades no posto para cuidar do marido com TB.

A minha mãe, na verdade, também tem problema de pressão mas eu acho que é pressão baixa, que alta mesmo só isso. Minha mãe toma

> *alguns medicamentos, de vez em quando, sente umas dores na cabeça assim, forte e tal. Esse mês atrás a gente tava preocupado mas tomou medicamento também. Ela não toma o quanto meu pai, que ele não sei se é correto, seria dependente*.(...) (depois da descoberta da doença do pai) *Ah, sim, sim. Algumas coisas a gente teve que acostumar sim como adoçante, comida com menos sal, pouca gordura na alimentação. Ultimamente tem tomado mais sucos naturais. Tipo assim, cortou algumas coisas que eu tipo, por exemplo, gosto como no caso eu que convivo com ele.* (Artur, 29 anos)

> *Eu tava fazendo ginástica lá no posto lá. Não, porque meu marido ficou doente e daí ficava ruim pra mim ir e aí eu parei uns dias aí (Janete, 61 anos).*

Nas unidades de saúde, assim como no ambiente familiar, os sintomas das mulheres são entendidos como menos urgentes que os sintomas dos homens. A mulher pode esperar. Se o homem procura a unidade de saúde, suas queixas e sua busca são tratadas como uma necessidade real, diferente da mulher acolhida pelo serviço como se não precisasse do mesmo cuidado que o homem (SCOTT, 2005).

Uma pesquisa realizada por SILVEIRA (2000) sobre *sofrimento de nervos* entre mulheres numa comunidade de descendentes de açorianos em Florianópolis/SC, as mulheres se queixaram que não eram ouvidas adequadamente nem no serviço de saúde nem em sua família sobre sua sintomatologia. Descreviam uma sensação de abandono. Essas mulheres trouxeram em seus discursos a frustração com o cuidado médico quando este parecia ser realizado com descaso, às pressas e não sentiam-se

compreendidas pelo profissional da saúde, especificamente o médico. Neste trabalho, a autora coloca que a expectativa dos médicos e profissionais contraria a representação que essas pacientes tinham sobre o problema dos *nervos*. Para os profissionais, essas mulheres poderiam superar e controlar seus sintomas e esta incompatibilidade impossibilitava muitas vezes uma boa relação terapêutica. Baseada também em outros trabalhos, a autora comenta que há uma desconsideração ao sofrimento do doente ao dizer: “isso é só um nervoso” (SILVEIRA, 2000, p. 70). Ela conta sobre sua graduação em medicina e como foi treinada para acreditar na gravidade de um homem aparentemente em coma e pensar em uma síndrome conversiva (fingir uma coisa que não é de fato) ou somatização ao avaliar uma mulher com o mesmo quadro. Lembra de um artigo de um jornal secular de 1998 contando que as mulheres demoravam mais para chegar ao hospital quando tinham sintomas de infarto e ao chegarem ao serviço de saúde não eram atendidas com urgência pois os médicos as classificavam como somatizadoras e, por isso, não merecedoras de cuidados imediatos (SILVEIRA, 2000).

Um dos aspectos mais comentados e citados por todos os entrevistados, das duas famílias, são as questões que relacionam o trabalho com saúde, doença, cuidado e gênero.

Se observa, na análise das entrevistas, que assim como trabalhar foi um dos fatores mais importantes no surgimento da hipertensão e da tuberculose, ele também tem relação com saúde se apresentando não só

como fator desencadeante de doença mas também como fator protetor à saúde.

Primeiro, o trabalho surge como o grande vilão, propiciando o aparecimento da doença no contexto dessas famílias. Depois, a doença se torna a grande vilã por impedir que o trabalhador exerça sua função, impossibilitando o trabalho aos provedores da casa. É um papel ambíguo que exerce o trabalho. Ele leva à doença e isso impede o indivíduo de continuar a trabalhar, e poderia então resolver a questão do adoecimento. Entretanto, o impedimento ao trabalho também é um fator que pode gerar doença e a vulnerabilidade do homem diante da doença.

Para as duas famílias entrevistadas, o excesso de trabalho foi fundamental no processo de adoecimento tanto para doença invisível, quanto para doença visível, formulando a seguinte equação:

[excesso de trabalho (gerando estresse) + erro alimentar = doença]

> *A pressão alta ela, não sei, no caso. No meu caso eu posso falar aqui obviamente o que ocorreu é por excesso de muito trabalho, não tem repouso, não me alimentar na hora certa, acumular muitas coisas, sabe? Eu queria fazer tudo ao mesmo tempo. Foi isso realmente que veio trazer, a provocar a pressão. (...) eu fui tomado pelo stress. E isso aí provocou... Mexeu na pressão.* (Roberto, 59 anos)

> *Mas durante que eu tô aqui, sempre foi essas coisas assim, nervosismo, entendeu? É o que mais puxa. Aí vem da pressão alta também, né? (...) Eu creio que vem do stress também, né, do dia-a-dia, da correria. Tem*

coisas que acontecem, vem acontecendo e vai acumulando, né? E vai pensando, pensando, naquilo, naquilo e (...) vem o stress e a pressão alta, né? E tudo leva pra pressão alta eu creio, né? (Marcelo, 34 anos)

Pressão alta (...) É uma coisa simples, né? (...) não tem nada a ver com o sangue. (...) Pressão alta, tipo assim, ela pode vir através de um nervosismo, estresse, a pessoa pode alterar, acho que altera a pressão da pessoa. É que tem na família situações. Ah, tipo assim eu tenho um exemplo dentro de casa, por exemplo. Meu pai, às vezes, por motivo tipo que lidar com muitas pessoas que (...) acaba se estressando, fica nervoso, acorda com mal humor. Aí às vezes em uma dessas situações a pressão sobe e ele sente tontura, sete mal estar, não se sente bem. Sente dor no peito, dor na nuca e escurece as vistas e então, por esse, essa situação todas às vezes tem que ter o repouso ou logo ser medicado. (...) Uma pessoa assim que come em horários errados, uma pessoa que não pratica esportes, não se alimenta direito e quando se alimenta se alimenta mal, coisas salgadas, coisas não muito salgadas (...) Não dorme bem que é super importante você manter um bom descanso (...) Vai ter que reagir de alguma maneira. Talvez é aí ele vai achar essa maneira...pressão. (Artur, 29 anos)

Assim, do ponto de vista da medicina, da medicina assim eu não sei explicar não. (...) É quando, no seu corpo, a pressão vai a mil ou abaixa de vez. Assim, bom no caso dos meus pais, assim eu vou explicar pelo que acontece aqui, na minha casa. Na casa do meu pai, é pelo problema assim de nervos que ele tem. Então assim, ele fica muito estressado, muito nervoso, quando tem alguma coisa assim preocupando ele assim aí sobe, aí vai a mil, sobe tudo. A pressão dele é alta, então eu não sei dizer como seria baixa assim, o que acontece. Então, no caso aqui de casa seria isso. E da minha mãe é porque ela tem mesmo, ela controla com remédio. O dela eu não sei te dizer o que que é que o dela

acontece. Mas do meu pai, como foi assim constatado pelo médico (...). (Quênia, 28 anos)

Friagem, muito serviço, muita canseira, muita. Ah, não sei como é que pega não, mas ele eu acho que foi, na minha opinião, acho que foi muito excesso de trabalho. Trabalho, friagem, sem se alimentar direito, sei lá. (...) As refeições na hora certa. Minha idéia que eu penso é isso, né? Se ele é uma pessoa que se alimenta bem, tudo... Mas quando tiver trabalhando muito, então, a alimentação é, bem ... não tem hora certa pra parar, pra começar, né? (Janete, 61 anos)

O Sr. Roberto, após o diagnóstico de HA precisou reduzir seu tempo de trabalho, mudando a carga horária de seus filhos. O Sr. Joaquim teve um período de afastamento do trabalho após o diagnóstico de tuberculose, necessitando da ajuda financeira de seus filhos. Nas entrevistas, palavras como 'insegurança' e 'medo' começam a fazer parte do vocabulário desses dois homens quando contam seus sentimentos diante da doença.

Eu me encontrava uma pessoa insegura. Eu não me sentia seguro em estar sozinho em qualquer lugar, de dirigir eu tinha que estar com uma pessoa do lado. Sabe, se eu ía para o banco, ía uma pessoa. Quer dizer, eu me sentia inseguro. (...) Porque eu fui uma pessoa que sempre trabalhei e eu nunca encontrei pretexto nenhum em questão de saúde. E, de repente, eu comecei a sentir a cabeça querendo rodar, aquela... aquele querendo faltar, princípio de ... de respiração, sabe, e você não tem ânimo. Você perde o ânimo. Você não tem reação. (...) Mas daí os meus filhos: 'Pai, você precisa parar, tá? Você precisa parar, você precisa parar. Deixa o negócio da empresa ficar

um pouco com a gente.' Aí em comecei realmente a me afastar mais. (Roberto, 59 anos)

(...) descobriram que era tuberculose. Não deixa de ser meio ruim, né? Meio triste, né? Sim. É, se não deixa de dar (medo). Sempre dá aquele medo, dá tudo. (...) Sim, mudou muito. A gente pensava que nada com a gente acontece, em primeiro lugar. 'Não é comigo, e isso aí é nada.' Aí depois que acontece que a pessoa vai passar a acreditar, né? E a vida muda muito, comecei a ter uma nova experiência. Já sabe, né? O que deve e o que não deve ser feito. (...) Parei um pouco de trabalhar, diminuí o trabalho. Parei de trabalhar, fazer mais repouso, né? (...) a pedido médico, né? O médico pediu, né? Justamente para repousar pois essa doença merece muito repouso, né? Um mês. (Atrapalhou) Muito. Trabalhando já num dá e sem trabalhar, né? Ela (D. Janete sua esposa) é só prenda doméstica, né? Cuida da casa. Cada um num ritmo. Ficou sem ninguém trabalhar. Usar a poupancinha, né? O quase nada que tem, tem que usar pra...os filhos também ajudô. Os filhos ajudô. (Joaquim, 59 anos)

Vários autores descrevem que o trabalho – ser trabalhador - está vinculado à estruturação da identidade, neste caso, na identidade de ser homem e ser mulher (NARDI, 1998).

Nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, o sofrimento pela perda do trabalho decorrente da doença está presente na fala dos homens e das mulheres. A sensação de estar doente e sentir-se inseguro ganha uma proporção ainda maior quando essa doença pode afastar o homem de suas atividades laborais, colocando em xeque sua identidade masculina. Este fato

retoma a questão de gênero discutida anteriormente sobre a masculinidade hegemônica, que reaperace ao se discutir o aparecimento da doença na família.

> *A estreita relação que se impõe entre ser trabalhador, ser homem, ser pai e responsável pelo sustento da família, como condições constituintes da identidade, do 'ethos', ou ainda, do 'habitatus' masculino, fazem da vivência da doença (...) da incapacidade, com origem no trabalho, uma vivência de sofrimento*.(NARDI, 1998, p.101)

Vários atributos que fazem parte da identidade de ser homem são quebrados quando ele mesmo perde sua capacidade de trabalhar.

O espaço para a masculinidade está no público, enquanto o espaço privado é do feminino. O homem se relaciona com o espaço privado quando tem a função de 'pai-provedor'. Cabe à mulher, tradicionalmente, o espaço privado onde se vincula a fraqueza, a incapacidade e o cuidado da doença. Quando o trabalhador, por motivos do próprio trabalho, adoece e precisa ficar afastado do espaço público, confronta-se com o espaço privado, que remete ao feminino. Além disso, deve conviver com a incapacidade para o trabalho, o que rompe com as estruturas que identificam o 'ser homem' e 'ser trabalhador' (NARDI, 1998, p.95).

Ao mesmo tempo em que o trabalho para o homem representa sua identidade masculina, ele, o trabalho, pode levar à doença, colocando em risco suas atribuições de homem-trabalhador por gerar limitações (NARDI, 1998).

Um trabalho realizado por NADIR (1998) com trabalhadores homens afastados por doença ou acidente ocupacional do Pólo Petroquímico de

Triunfo (RS), mostra no conteúdo das entrevistas palavras também de sofrimento, quando esses trabalhadores falam da sensação de ficar em casa por doença ou acidente. Palavras como ‘invalidez’, ‘inutilizado’, ‘impotente’ aparecem nas entrevistas que combinam bem com as palavras ‘medo’ e ‘insegurança’ das entrevistas com Sr. Joaquim e Sr. Roberto.

Em uma pesquisa realizada por MINAYO (1988), que também será mais discutida no próximo tópico, foram entrevistados trabalhadores de favelas do Rio de Janeiro sobre fatores causadores de doença. Alguns depoimentos também apontaram as condições de trabalho como fator patogênico. Homens e mulheres o responsabilizaram por sintomas e queixas, caracterizando que, de fato, fatores socioeconômicos como trabalho, moradia e salário também estão intimamente ligados à construção popular da concepção de saúde e doença.

Para os entrevistados das duas famílias desta pesquisa, o trabalho foi visto como causador de doença.

Em outro artigo, mas com o mesmo grupo de trabalhadores, MINAYO e SOUZA (1989) descrevem que a idéia que este grupo tinha a respeito do que era saúde também estava intimamente relacionada a “ter condições para trabalhar” e doença como a “incapacidade física para trabalhar” (p.87), fato que vai ao encontro do que aconteceu com Sr. Joaquim e Sr. Roberto. Por conseqüência da doença, seja ela visível ou invisível, o trabalho teve que ser interrompido e até reformulado, no caso do Sr. Roberto.

A idéia de saúde e doença vinculadas ao conceito de poder ou não trabalhar está relacionada a uma “visão social do mundo capitalista”

(MINAYO e SOUZA, 1989, p. 90). A partir da Revolução Francesa, a medicina adotou novos conceitos sobre a normalidade baseada no desenvolvimento do capitalismo e nova ordem econômica imposta pela burguesia. Naquele momento o trabalho se tornou mais complexo e caminhou com a industrialização citando novas regras de comportamento. A '*engrenagem social*' desse processo é o "rendimento e a saúde individual do trabalhador" (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 105).

Para a classe trabalhadora, o corpo é um motor que gera força para o trabalho e este é o modo como sobrevivem esses atores (MINAYO e SOUZA, 1989). A partir desta constatação, o trabalho torna-se uma questão de vida e morte.

Complementando a discussão, cabe citar uma frase de LERICHE (apud SERPA JR, 2003): "(...) a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer" (p. 4).

9.2.2 Conhecimento da biomedicina na descrição popular

Todos colocam como tratamento de suas doenças ou das doenças de seus familiares a medicação e descrevem corretamente o modo como utilizam os medicamentos. Destaco, o conhecimento sobre o tratamento da tuberculose que passa por duas fases, com diferentes medicações. Além disso, está também colocado o conhecimento biomédico na fala dos

entrevistados quando colocam questões a respeito da forma como se chega à HA e à tuberculose e o tratamento.

> *(...) medicamento correto, né? A minha (tuberculose) até foi recuperada. A médica ficou até muito contente, né? Dois tipo de remédio, agora nome eu não sei. Eram dois tipos, é. No começo foi seis comprimidos, daí depois foi diminuindo e terminou com dois. Três meses passou só com dois. Total foi seis meses.* (Joaquim, 59 anos)

> (como se trata HA) *Tomando remédio, né, não comendo sal, acho que é só isso. É.* Só se for o stress, né? *Fica nervosa, é, só isso. Aumenta (pressão), né? Atrapalha, aumenta, né? (...) Porque eu tomo remédio, tem que ter o remédio, né, pra tomar. Acho que é assim. É fácil. (...) Tomo de manhã, tomo de noite quando vou deitar, não tem problema. Se ficar sem remédio, porque tem tomar e aí então eu já fico com medo, né? Diz que eu não posso ficar sem o remédio. Sem o remédio, que aumenta muito, né?(...)* (como 'pega' tuberculose) *o Vírus, né? Então porque (...) porque pega o vírus e pega a tuberculose.* (Janete, 61 anos)

> *Acho que pressão alta, acho que por falta de ... eu , no meu modo de dizer, acho que tem muitas coisas. Talvez seria porque uma pessoa , tipo assim, eu acho que uma pessoa obesa, que não se cuida. Uma pessoa assim que come em horários errados, uma pessoa que não pratica esportes, não se alimenta direito e quando se alimenta se alimenta mal, coisas salgadas, (...) não se alimentar nos horários corretos e com horários que se alimentam, dormem logo em seguida. Não dorme bem, que é super importante você manter um bom descanso. Acho que numa seqüência de coisas assim, acho que através da alimentação, através de um cuidado de saúde tipo praticar um exercício, um esporte. Ainda o corpo da pessoa fica tão acostumado àquilo, tão dado àquele tipo de*

situação que ele chega uma hora, ele não agüenta. Vai ter que reagir de alguma maneira. Talvez é aí ele vai achar essa maneira...pressão. (Artur, 29 anos)

No *caso do meu pai, é pelo problema assim de nervos que ele tem. (...) A pressão dele é alta, (...) foi assim constatado pelo médico (...) foi agravando e que realmente chegou ao ponto ter que ser controlado com remédio.(...) Olha, assim, pelo que eu vejo aqui, são com comprimidos que eles tratam, remédio. Agora, eu não sei qual que é a fórmula não. (...)*. (Quênia, 28 anos)

Maioria da minha alimentação é diet, light, pouca gordura. Meu arroz é feito só na água e depois de pronto põe um pouquinho de óleo e sal, por causa da pressão.(...) Por que tinha pressão baixa e essa pressão vem alta? Aí eu comecei a descobrir que era por intermédio da alimentação. Que eu comia coisas salgadas, muita fritura. Então eu acho que é através disso que começo a ter. (...) *Ah, eu acho assim que a pressão alta ela surge do estresse assim da gente. Será que é? Assim, pela alimentação, stress, acho que deve ser disso, é (...) Tratamento? É tomar o medicamento que o médico passa, não deixar de tomar todos os dias na hora certa, né, é isso? (...) Porque não adianta a gente se apavorar, se estressar, ficar nervoso porque a coisa tá ficando muito nervosa, porque é nesse momento que a pressão aumenta.* (Marta, 56 anos)

A médica me passou um remédio. Eu tô tomando um remédio pra controlar. Mas eu acho que não é uma questão só do remédio. Eu acho que a própria pessoa (...) eliminando os fatos que provocou você chegar àquele estado. (Roberto, 59 anos)

Outra questão abordada com a família 1 é o conhecimento adquirido sobre o que é hereditariedade e esse conceito construído para a doença a partir da observação do que vivenciaram.

> *(tuberculose) Pode ser o genérico (genético)? Será que é o genérico? (...) É genérico será essa doença? Porque a mãe dele teve, o irmão dele. (...) A tuberculose é genérico, né? Vem de pai pra filho. Teve a mãe dele, o irmão dele.* (Janete, 61 anos)

Nas duas famílias, é interessante descobrir as formas como incorporaram conhecimento sobre doença e cuidado. Descrevem orientações recebidas na Unidade de Saúde, na conversa entre amigos e pelos meios de comunicação como a televisão.

> *E a gente escuta na televisão. Não é o livro que tem aí que diz como é que é a tuberculose? É um livro de receita, né? Que passou na televisão de A a Z. Explica como é a tuberculose. Pra tratar quais são mais os sintomas, o tipo de comida, o que precisa usar mais pra combater. Tem bastante sobre o tipo de doença. O que é bom pra diabetes, o que é bom pra... diversos tipos de doença, inclusive a tuberculose. Gripe, de tudo, né? Ele vem...é... a gente compra, né? Passou na televisão há muito tempo. Lê quando precisa de alguma coisa a gente corre aí e já... mais ou menos explica como que é, os sintomas. (...) A dotora lá explicou tudo, falou pra mim o que precisava. Que não precisava separar o copo, o prato, uma coisa assim mas não precisava desse negócio de tá com medo, de eu não dormir junto com ele, nem nada, não precisava nada disso.* (Janete, 61 anos)

Na verdade, na verdade, na vida a gente vai vivendo, conhecendo pessoas assim que tem um conhecimento, vai, mais ouve do que se fala e tentando se colocar em lugares bons, em assuntos bons nos momentos certos, corretos pra ganhar um pouco de conhecimento. E também algumas vezes é, tipo assim, é eu tenho um pouco de noção sobre o corpo humano, entendo, nos livros. Fiz um curso no IML nas Clínicas. E a respeito tipo de pressão assim é mais porque hoje, infelizmente, eu não posso dizer no mundo, mas no nosso país, no meu estado, muitas, acho 50%, vamos se dizer... Não! Vamos chutar alto, 30% da população deve ter problema de pressão. Provavelmente pessoas idosas sofrem disso. Então, você vê muitas pessoas comentando: "Ah, que médico bom e tal, passou isso, passou aquilo em conseqüência disso, em conseqüência daquilo e pelo que você vivendo cada dia que passa, semanas, meses, anos, você vai ganhando uma história, uma situação e você acaba guardando aquilo pra você e vai adquirindo como uma experiência e um saber. Aí você guarda e hoje está me sendo útil, eu acho. (Artur, 29 anos)

Os trechos acima descritos das entrevistas mostram um conhecimento biomédico que os entrevistados têm incorporado em seus discursos. A forma e a importância de tomar os medicamentos prescritos, como deve ser a alimentação, a importância do exercício, a obesidade como fator de risco para doença, são questões reforçadas tanto nos serviços de saúde como pelos veículos de comunicação, embasados principalmente no referencial biomédico. Este conhecimento faz parte do conhecimento popular dos entrevistados. Vale relembrar que os entrevistados tinham conhecimento que a entrevistadora era médica, o que também pode ter influenciado na elaboração de suas respostas.

Sobre os aspectos etiológicos da doença, MINAYO (1988) discute que "(...) as 'teorias populares' desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina 'oficial' como de todos os sistemas alternativos."(p.365) O conhecimento popular também se utiliza do conhecimento biomédico pela sua experiência. Voltando à pesquisa feita por MINAYO (1988), com um segmento da classe trabalhadora que vivia nas favelas do Rio de Janeiro em meados de 1988, ela discute, a partir da investigação desse grupo, que a "interpretação das doenças recobre um contexto pluridimensional: natural, sobrenatural, psicossocial e socioeconômico" (p.379) no contexto popular, a despeito da 'teoria evolucionista' que sobrepõe o conhecimento biomédico como verdade sobre o 'sistema médico popular' que, nessa teoria, é referido como 'ignorante' e baseado principalmente em 'causas sobrenaturais' para explicar saúde, doença e cura.

Nessa pesquisa, MINAYO (1988) propõe um sistema etiológico que vai de encontro com outros autores como Ngokwey, com vários domínios de causação:

a) Natural;
b) Psicossocial;
c) Socioeconômico;
d) Sobrenatural

Na causação natural, fenômenos da natureza explicam cólicas, resfriados e nervosismo. Na causação sócioeconômica, as condições como salário, moradia, tipo de trabalho e relações sociais são situações que levam à

doença, como discutido no tópico anterior. Neste ítem, o serviço de saúde pode ser o responsável pela doença como ‘uma gestação mal conduzida e um déficit mental da criança’ ou ‘uma alteração da pele desde que tomou uma anestesia’. Com relação à causação psicossocial, alguns sentimentos e emoções podem ser prejudiciais à saúde, como raiva, inveja, susto. Na causação sobrenatural, a doença se relaciona às questões transcedentais, como veremos no próximo tópico.

Nas entrevistas, podemos observar aspectos naturais (vírus), psicossociais (estresse) e sócio-econômicos (tipo de trabalho), segundo a classificação proposta por MINAYO (1988). Também aparece nas entrevistas os aspectos sobrenaturais, mas estes serão discutidos no próximo tópico.

9.2.3 Religião e sua influência na relação de saúde-cuidado

A relação da saúde ou doença com a religião, apoiada na vivência da família 2 (sem considerar a religião também como um trabalho), se baseiam em três pontos para o Sr. Roberto, pastor e portador de hipertensão arterial: (1) a fé cura; (2) a causa de doença pode ser demônio – ora e melhora; (3) a ‘cultura religiosa’ faz bem para a saúde.

Nas entrevistas, a fé e a biomedicina podem andar juntas. A medicina e a fé podem curar. Existe a possibilidade de se trabalhar em conjunto e não pensar que só a religião é a solução ou só a medicina. A flexibilidade aponta

para valores que podem ser mudados e repensados baseados nas experiências de cura tanto da religião quanto da própria medicina.

> *Tem remédio. Mas quando tem pressão alta eu mesmo já encaminho para o médico, entendeu? Eles passam em um remédio deles, entendeu, pra pressão. Aí melhora. Mas sempre vem, né? (...) 'É melhor você ir pro médico. É.' O médico, controle também, não se estressar muito, né, e ver tudo isso aí.* (Marcelo, 34 anos)

> *A religião, ela influi no homem de acordo com a sua fé e vontade de Deus. E se a pessoa estiver com câncer, com câncer hoje, de acordo com o tempo da descoberta dela você pode até eliminar ele, cerca ele e não deixa ele se instalar e ir matando, com a medicina. Na ótica da religião, é uma questão de fé e se esteja na vontade de Deus. (...) Mas se não vai sarar. Porque aquela enfermidade é espiritual, é demônios na vida daquela pessoa. Então o demônio só sai com oração e jejum de acordo com a casta de demônios.(...) Não é justo que Deus não quis curar e nem que o camarada... Essa causa era pra você curar. Agora, quando é uma causa que é para nós os religiosos, os pastores, os missionários, enfim, pra orar e Deus curar, ele vai na igreja, a gente ora e é curado. Agora, se não é curado, não tem o médico? Agora se você dissesse assim: "Não, eu não tenho recurso!" Aí sim, é um caso pra igreja. Vamos orar hoje, vamos orar amanhã, vamos orar depois de amanhã, vamos fazer campanha de oração que Deus cura porque o médico já despachou, o médico não achou recurso. Agora, até então você pode curar, você que é uma pessoa ideal, cabível para solução do problema, porque você é médica.* (Sr. Roberto, 59 anos)

No diálogo acima, o Sr. Roberto está considerando a entrevistadora sob sua perspectiva profissional, fato importante para análise do texto. O

entrevistado tem ciência que a entrevistadora é médica. Por isso, quando ele coloca 'você', está se referindo a 'você – profissional médico' neste trecho da entrevista.

Em um de seus trabalhos, COUTO (2001) evidenciou em sua pesquisa sobre planejamento familiar/reprodução e religiosidade, que: *"(...) o universo pentecostal, a despeito de suas variações internas, tem uma atitude que pode ser considerada como liberalizante ou secular*." Citando R. FERNANDES, a autora continua: *"(...) pode-se entender que para os evangélicos 'Deus deu à humanidade o conhecimento científico, e, por conseqüência, a capacidade de produzir métodos anticoncepcionais que devem ser usufruídos por homens e mulheres'."* O mesmo raciocínio cabe na fala do Sr. Roberto, parafraseando R. Fernandes (apud COUTO, 2001, p.40) "Deus deu à humanidade o conhecimento científico, e, por conseqüência, a capacidade de curar a doença". Esta flexibilidade também aparece na entrevista com o genro do Sr. Roberto, também muito dedicado à religião, tendo como missão pessoal a oração por pessoas doentes. O Marcelo descreve uma experiência de cura, e mescla a fé com a importância do diagnóstico médico. Quando ele foi questionado sobre tratamento da HA, ele diz ser importante a avaliação do médico (trecho da entrevista destacado previamente) e continua:

> *Deus usou a minha pessoa pra orar pra ele, ser curado, né? Tem comprovação por médico, né? Tem comprovação por médico, né? Graças a Deus, hoje ele tá bem, eu espero que esteja. No tempo que ele me pediu, me pediram pra ir orar por eles, né, orar por ele e Deus*

> *me usou pra falar pra ele que ele ia ser curado, já estava curado (...) A próxima consulta que ele teve com os médicos, o médico falou: 'Rapaz, o que que aconteceu com você? Que você... a cura aconteceu sobre tua vida, foi um milagre.' Entendeu?* (Marcelo, 34 anos)

No discurso do Sr. Roberto e do Marcelo, a causação natural e a sobrenatural se intercalam.

A 'causação sobrenatural' é uma das etiologias do sistema etiológico proposto por MINAYO (1988) no tópico anterior, e que aparece de maneira significativa na entrevista com Sr. Roberto e seu genro, Marcelo. Essa explicação, embora se relacione à esfera 'metafísica', na verdade se expressa no corpo. Por isso, é possível a associação dos recursos biomédicos com os espirituais. "As relações familiares, o desempenho de papéis sociais e atribuições ao sobrenatural estão sempre envolvendo a narrativa de qualquer estado doentio, tomado como uma situação que inclui sensações corporias e sentimentos interiores." (MINAYO e SOUZA, 1989, p. 92)

Minayo descreve trechos de sua pesquisa com conteúdo muito semelhante ao descrito acima do Marcelo (34 anos). Em sua pesquisa, religiosos também encaminham algumas situações diretamente para o médico para depois fazer suas orações e outros também tem a experiência de cura espiritual (MINAYO, 1988; MINAYO e SOUZA, 1989).

Ao se pensar em como prevenir a hipertensão arterial, aparece um fator que tem relação tanto com o que se fala nas áreas técnicas da saúde, como também cuidados que são observados em pessoas protestantes, como não beber e não fumar. Essa idéia de que 'você vai colher aquilo que você plantou' pode estar relacionada com um modo de pensar religioso do cuidado com o corpo e a culpa do não cuidado. Segundo COUTO (2001), a filiação a uma religião carrega não somente a aceitação de um conjunto de crenças mas também um modo de vida, um comportamento. Isso parece estar presente na fala do Sr. Roberto, trazendo comportamentos ditos religiosos e que também irão influenciar no que se entende por saúde e doença.

> *Por exemplo, a pessoa é nova, ela bebe, ela fuma, ela é uma pessoa extravagante, ela não dorme bem. Evidentemente, que vai chegar mais cedo os problemas pra ele, né? Se ele foi um camarada que tem muita saúde, fazendo muitas coisas banais, vai mais pra frente, longe. Mas se ele não foi um cara que tem uma estrutura, uma natureza mais forte, evidentemente que mais cedo vai começar a sentir os sintomas daquilo que ele plantou, daquilo que ele semeou. Agora, se ele conservar, se ele realmente procurar fazer, dormir oito horas, beber alguma coisa fim de semana, não diariamente, se alimentar (...) Olha lá, fui um moço com idade de vinte e seis anos, vinte e sete anos, que já não bebia, já não fumava, sabe? Dediquei a minha vida em trabalho e trabalho e a religião. Então, eu sempre tive aquela*

aquela força, aquela energia. Trabalhar e não me exceder. (Sr. Roberto, 59 anos)

A importância de levar em consideração essas observações tem relação na maneira como o profissional de saúde se comunica com pessoas que levam rigorosamente seus preceitos religiosos. Colocar todos os 'crentes' como inflexíveis e radicais pode ser um erro do profissional da saúde. "(...) vê-se que traços 'modernizantes' de parte destes segmentos são desconsiderados pelos profissionais de saúde em detrimento do caráter 'mágico' que essa religião imporia aos seus adeptos" (COUTO, 2001, p.41).

9.3 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE

Quando a proposta foi descrever o que é saúde para os entrevistados, um conceito nos reportou às concepções de LERICHE a respeito de saúde, foco principal de discussão neste tópico.

Ao final, também destacamos um outro achado nas entrevistas: a saúde como liberdade.

9.3.1 Saúde na concepção de Leriche

Ser doente é ruim, né? A gente tem é que ficar boa, tem que ficar sempre boa, né? Não tá sentindo nada. (...) Não estar sentindo nada. Tá disposta, fazer as coisas, tá com saúde. (Janete, 61 anos)

Saúde é você não ter nenhum tipo de problema. (Artur, 29 anos)

Ser doente, ah, ser doente é ter o quê? Um câncer, né, e um vírus HIV também, que hoje em dia tá tendo mais também. (Marcelo, 34 anos)

Primeira coisa você tem que tá bem com você. Porque se você não tiver bem com você, tem alguma coisa que tá errada. Então, se eu tô bem comigo mesmo, sabe, eu tô com ânimo, tô com disposição, sabe, a minha natureza está pedindo pra mim avançar e tal, então eu tô legal. Agora, se eu, sabe, tô com aquele sintoma, não tô legal, não tô bem comigo mesmo, então no caso é uma coisa, porque eu não sou assim. (Roberto, 59 anos)

O tempo que eu era moça era saudável porque eu fazia de tudo e não sentia nada. (Odete, 90 anos)

Todos os relatos foram retirados dos entrevistados desta pesquisa, tanto da família com doença invisível quanto da família com doença visível.

Alguns dos entrevistados descrevem o que é ter saúde como ‘não ter nenhum problema’ e ‘não sentir nada’. Outros falam sobre este mesmo tema, mas da maneira inversa, colocando que doença ‘é você ter algo’ ou ‘sentir alguma coisa que não faz bem’ - pode ser um vírus ou um câncer ou desânimo.

Buscando a literatura, encontramos GEORGES CANGUILHEM discutindo conceitos de saúde de vários autores. Quando ele discute o conceito dado por Leriche, observamos semelhanças com os trechos das entrevistas anteriores.

LERICHE (apud CANGUILHEM, 1995; apud CANGUILHEM, 2005) discute um conceito : “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (p. 67; p. 35).

Vários autores discutem a saúde como Leriche, antes e depois de suas reflexões sobre o tema.

A resposta de PAUL VALÉRY à LERICHE foi: “A saúde é o estado no qual as funções necessárias se realizam insensivelmente ou com prazer.” (apud CANGUILHEM, 2005, p. 35).

Outros autores já pensavam nessa idéia antes de Leriche e Valéry.

CHARLES DAREMBERG escreveu: “No estado de saúde, não sentimos os movimentos da vida, todas as funções se realizam em silêncio.” (apud CANGUILHEM, 2005, p. 35)

DIDEROT também propôs que: “Quando estamos bem, nenhuma parte do corpo nos informa de sua existência; se alguma delas nos adverte por meio da dor é, com certeza, porque estamos mal; se for por meio do prazer, nem sempre é certo que estejamos melhor.” (apud CANGUILHEM, 2005, p. 36)

Antes de todos, já colocava DESCARTES que:

Ainda que a saúde seja o maior de todos os nossos bens concernentes ao corpo, ele é, contudo, aquele sobre o qual fazemos o mínimo de reflexão e apreciamos menos. O conhecimento da verdade é como a saúde da alma:

quando a possuímos, não pensamos mais nela. (apud CANGUILHEM, 2005, p. 37).

"A saúde é a inconsciência do corpo, sendo a sua consciência despertada pelos limites impostos à saúde, ou seja, pela doença, seus sofrimentos e suas dore"' (SERPA JR, 2003, p. 4).

Embora CANGUILHEM tenha se baseado em LERICHE, como também em outros autores em suas reflexões sobre saúde e doença (CANGUILHEM, 2005), em alguns pontos ele discorda de Leriche. Para Leriche, '*silêncio dos órgãos*' não significa não ter a doença. O sujeito pode ter um órgão doente, mas ignora essa existência e seu real estado doente. Leriche entende a doença pertencendo ao órgão ou tecido, mas não ao doente (SERPA JR, 2003). Ele coloca que o '*silêncio dos órgãos*' não quer dizer necessariamente ausência de doença. Podem ter alterações funcionais no organismo, mas estas são imperceptíveis por muito tempo (CANGUILHEM, 2005).

Por isso, para LERICHE, "se quisermos definir a doença será preciso desumanizá-la". E ele conclui dizendo que: "na doença, o que há de menos importante, no fundo, é o homem." (apud CANGUILHEM, 1999, p.68). Aqui ele retoma a alteração anatômica ou fisiológica como causa da doença, ignorando a dor, a incapacidade funcional e a enfermidade social com doença (CANGUILHEM, 1999).

Para entender melhor a teoria de LERICHE, CANGUILHEM (1999) propõe um exemplo: imaginemos um homem com câncer do rim mas que em vida ignora sua existência e sofre um acidente ou seja vítima de

assassinato. Pela teoria de LERICHE, se na autópsia encontrassem este câncer, este homem estava doente mas agora ficaríamos com um dilema pois não poderíamos atribuir doença a um homem morto. Mesmo assim, o que Leriche propõe é que “a doença, que jamais tinha existido na consciência do homem, passa a existir na ciência do médico. Ora, achamos que não há nada na ciência que antes não tenha aparecido na consciência (...).” (CANGUILHEM, 1995, p. 68). Neste ponto, a discordância de CANGUILHEM com LERICHE está na importância que dá ao ponto de vista do doente. Ele, CANGUILHEM, discute que hoje, os médicos conseguem, com várias técnicas, se anteciparem aos doentes sobre alterações que estão acontecendo no organismo mas ainda são ignoradas por quem as sofre, ainda estão em silêncio. A discussão proposta por CANGUILHEM (1995) é que hoje temos este conhecimento porque no passado alguém sentiu uma alteração de fato e procurou o médico – quebrou-se o silêncio. O médico, em sua avaliação, encontrou uma alteração e a partir daí pôde utilizar este conhecimento. Mesmo que hoje isto impeça que o doente vivencie a experiência da doença, precisou no passado um doente ter apresentado essa experiência para o médico adquirir conhecimento sobre ela.

“Sempre se admitiu, e atualmente é uma realidade incontestável, que a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças.” (CANGUILHEM, 1995, p. 69)

Contrariamente a LERICHE, CANGUILHEM insiste que as alterações que acontecem no corpo têm uma “dimensão experiencial valorativa”

(SERPA JR, 2003, p.5), ou seja, é preciso tomar consciência da alteração para que ela tenha um significado de doença, pois poderia ser tratada apenas como uma variação do que pode se definir, naquele momento, variação do 'normal', e, neste caso, não seria doença.

Com relação aos entrevistados, é comum a todos colocarem a saúde como o "silêncio dos órgãos"' mas sobre a doença descrevem tanto uma alteração anatômica, como sentimentos e sensações que valorizam como doença.

9.3.2 Saúde e liberdade

Quando os entrevistados continuam descrevendo o que é saúde, quase todos relacionam o conceito de saúde com a liberdade ou a possibilidade de fazer coisas que na presença da doença 'fogem da regra'.

> (ter saúde) *Ah, é muito bom, né? Como é que eu posso te explicar, é ... A pessoa fica ativa, fica contente, é tudo diferente. É saber que não tem doença. É tudo completamente diferente. Você pode ir pra qualquer lugar que você está tranqüilo, tá sossegado. Tem saúde, né? E desde quando a pessoa é doente, já não tem ânimo, não tem coragem, não tem nada pra fazer, nada.* (Joaquim, 59 anos)

Saudável, ah, você poder comer o que você gosta, é, poder se alimentar de tudo sem ter nenhum tipo de problema, alergia, de fazer mal, de desidratar. Eu acho ter saúde é você estar bem com você mesmo, seu corpo, praticar esportes, é, freqüentar uma academia, fazer o 'cooper', andar de bicicleta. (...) Ah, saúde é saúde. Além de tudo, você pode se cuidar, tanto no seu exterior, quanto no seu interior. Você poder se cuidar, se sentir bem. Poder se alimentar daquilo que você gosta, poder praticar todos os tipos de esporte. Ter saúde, poder levantar com a cabeça legal e fazer tudo aquilo que você gosta. E saúde é saúde, acho que isso é que é saúde. É tá bem contigo mesmo, com teu corpo. (ser doente) É acordar de mau humor sabendo que você não pode fazer... cê vê as pessoas correndo e praticar um esporte e você não poder fazer um esporte. É uma pessoa que depende de medicamento, depende de outro ser humano pra tudo. Ou quando não, ela tem que ficar ali numa cama. É, não poder o que ... comer o que ela tem vontade, beber o que tem vontade. Ela não poder participar, curtir a beleza da natureza, poder viajar. Ah, isso é terrível. Não ter saúde, não ter saúde, acho que é... a pessoa que não tem saúde fica vegetando? Não ter saúde deve ser, deve ser o pior. Acho que não tem coisa melhor do que você ter saúde. Acho que é o mais importante além de tudo. Saúde é saúde. (Artur, 29 anos)

Saúde é a gente poder ter assim liberdade de fazer tudo, ter paz, ter alegria, aí já faz parte da saúde. Porque quando a gente não tem saúde, a gente não tem prazer, não tem alegria, não tem prazer de fazer nada. Traz assim uma tristeza na gente, né. E a gente tendo a saúde já é uma coisa muito importante na vida da gente. (Marta, 56 anos)

E ser saudável acho que é você ter liberdade, meu, de fazer o que você ... nossa, o que você quer. Você tem liberdade de... Na parte tanto assim

secular quanto na sua vida mesmo, como que eu posso te explicar? Assim, ser saudável é você poder comer o que você quer, é ir a hora que você quer em algum lugar, é brincar, é trabalhar, estudar, viajar, acho que você faz tudo com saúde. E doente não, você restringe a muitas coisas. Se você fazia a mais você começa a fazer menos. (Quênia, 28 anos)

Enquanto a saúde "é poder desobedecer e acompanhar transformações, a doença ou o patológico é a perda da capacidade normativa, a impossibilidade de mudança, a fixação e a obediência irrestrita à norma" (COELHO e ALMEIDA FILHO, 2003, p. 108).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sobre as concepções de saúde-doença, na análise das entrevistas das famílias neste trabalho e com os achados na literatura que incremetaram esta discussão, observamos que a invisibilidade e a visibilidade da doença extrapolaram o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e tuberculose. A invisibilidade e a visibilidade da doença não se limitaram ao diagnóstico anátomo-clínico.

Primeiro, observamos que a utilização dos serviços de saúde não teve diferença entre a família com história de HA e a família com história de TB. As questões de gênero foram o grande diferencial na utilização dos serviços

de saúde. Os homens utilizam menos os serviços de saúde das Unidades Básicas e não se apropriam de suas atividades, preferindo os serviços de emergência. As mulheres são frequentadoras das unidades para cuidar de si e de seus familiares. Elas são as responsáveis pelo cuidado da saúde dos filhos e de toda a família.

Com relação ao adoecimento, também notamos que as questões de gênero deram ou não visibilidade à saúde e à doença.

De um lado, notamos a invisibilidade do adoecimento das mulheres que assumem posição de auto e hetero cuidado em saúde e convivem com a desvalorização de seus sintomas.

Do outro lado, os homens reforçam sua identidade no trabalho como provedores da família e são as relações com o trabalho que desencadeiam processos de adoecimento e tornam visíveis sua doença e os retiram da posição de provedores, dando também visibilidade à sua insegurança e vulnerabilidade.

Além disso, as questões religiosas e o conhecimento popular também fizeram parte das concepções de saúde e doença dos entrevistados e se mostraram integrados com os aspectos biomédicos que as famílias incorporaram ao conhecimento cotidiano.

Por último, discutimos as concepções de saúde segundo um conceito filosófico.

A compreensão de saúde segundo Leriche como ‘saúde silêncio dos orgãos’ esteve presente tanto na família com doença invisível quanto na

família com doença visível, o que reforça que o conceito de saúde também extrapola o diagnóstico de HA ou TB.

As questões aqui abordadas mostram a importância do conhecimento das Ciências Sociais na prática do trabalho do profissional da saúde. Esta é apenas uma reflexão de como é possível usar este conhecimento na busca de melhores resultados na comunicação do binômio profissional-usuário no cuidado à saúde.

11. BIBLIOGRAFIA

Aerts DRGC, Giugliani ERJ. Vigilância do Estado Nutricional da Criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e colaboradores. Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 180-189.

Alves PC. A experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. Cad. Saúde Públ. 1993; 9: 263-271.

Alves PCB, Rabelo MCM, Souza IMA. Introdução. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, editores. Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 11-20.

Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-138.

Ayres, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Mimeografado, 2004.

Bilac ED. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO MC (org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ, 1995.

Bresolin AMB. Avaliação do Estado Nutricional. In: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo - Caderno Temático da Criança. São Pulo: Imprensa Oficial; 2003. P. 53-55.

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N, editores. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 21-29.

Canguilhem G. O Normal e o Patológico (4ª edição). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

Coelho MTA, Almeida Filho N. Análise do Conceito de Saúde de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadoras. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 101-113.

Couto MT. Religiosidade, reprodução e saúde em famílias urbanas pobres. Interface_Comunic, Saúde, Educ. 2001; v.5: 27-44.

Couto MT, Schraiber LB, Ayres JRCM. Aspectos Sociais e Culturais da Saúde e da Doença. In: Tratado de Clínica Médica. São Paulo: Sarvier; 2007. No prelo.

Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(1): p. 105-109.

Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J e cols. La enfermedad como experiência. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1990. Conceptos comunes de La enfermedad. p. 19-41.

Fitzpatrick R., Scambler A. Clase social, etnicidad y enfermedad. In: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J e cols. (org). La enfermedad como experiência. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1990. p. 65-97.

Fontenelle LF, Andrade CL, Forster AC. Estratégia de Saúde da Família: redução do uso do hospital de referência. In: Publicação em anais, II Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade; 6 a 9 setembro de 2007; Campinas – Brasil: Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade, 2007. P. 68.

Goldani AM. Retratos de família em tempos de crise. Estudos Feministas. 1994; Número Especial: 303-335.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC.Por que os homens buscam menos os serviços do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, 2007; 23(3): p. 565-574.

Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. Estados Unidos: Basic Books; 1988.

Kleinman A. The illness narratives: suffering, healing & the human condition. Estados Unidos: Basic Books; 1988. Resenha de Miyashiro GM.. The illness

narratives: suffering, healing & the human condition . Cad. Saúde Públ. 1991; 7(3): 430 – 435.

Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad. Saúde Públ. 1988; v.4: p. 363-381.

Minayo MCS, Souza HO. Na dor do corpo grito da vida. In: Costa NS, Ramos CL, Minayo MCS, Stotz EM, editors. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes; 1989. p. 75-101.

MS - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Brasília, DF; 1994.

MS - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1998.

MS - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília, DF; 2000.

MS - Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF; 2002.

MS - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF; 2006.

Nardi H. C. O *Ethos* Masculino e o Adoecimento Relacionado ao Trabalho. In: Duarte LFD, LEAL OF, organizadores. Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1998. p. 95-104.

Oliveira FJA. Concepções de doença: o que os serviços têm a ver com isto? In: Duarte LFD, LEAL OF, organizadores. Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro:Fiocruz, 1998. p.81-95.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS.Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde coletiva. 2002; 7 (4): p. 687-707.

Pope C, Mays N, editors. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde; p. 11-19.

Rebelo L. Genograma familiar. O bisturi do Médico de Família. Rev. Port. Clin. Geral, Lisboa. 2007; 23: p. 309-317.

Scambler G., Scambler A. La enfermedad “iceberg” y algunos aspectos de La conducta em el consultório. In: Fitzpatrick R e col. (org). La enfermedad como experiência. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1990. p. 42-64.

Scavone L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In: Villela W, Monteiro S, orgs. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Arbeit Factory; 2005. p.99-109.

Scavone L. Dar a vida e cuidar da vida: Feminismo e Ciências Sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

Schraiber LB. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família. In: Villela W, Monteiro S, orgs. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Arbeit Factory; 2005. p.39-61.

Scott P. Gênero, família comunidades: observações e aportes sobre o Programa Saúde da Família. In: Villela W, Monteiro S, orgs. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Arbeit Factory; 2005. p.73-98.

Serpa Jr OD. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de “O normal e o patológico” de Georges Canguilhem. [acesso em 8 abr 2008]. Disponível em: http://www.puc-rio.br/sobrepuc/depto/psicologia/Octavio.html

Silveira ML. O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde. Atenção Básica e PSF. Documento Norteador. São Paulo, SP; 2005.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006.

Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um ohar da psicologia. Estudos de Psicologia. 2003; 8 (3): p. 515-523.

Szymanski H. Teorias e “teorias” de famílias. In: Carvalho MC (org.). A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ, 1995.

Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cad. Saúde Públ. 1994; 10 (4): p. 497-504.

Villela W, Monteiro S. Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Arbeit Factory; 2005. Atenção à Saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas; p.15-31.

12. APÊNDICES

12.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

12.2 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO ENTREVISTADO .:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO:

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO .....Nº ...

COMPLEMENTO .....

BAIRRO: .....CIDADE .....

CEP:.....TELEFONE:(.....) .....

2.RESPONSÁVEL/LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M □ F □

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: .....Nº .....

COMPLEMENTO.....

BAIRRO:.....CIDADE: .....

CEP:.....TELEFONE:(.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Conceitos de saúde e doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família.

PESQUISADOR: Anete Augusta Fioranelli de Paula

CARGO/FUNÇÃO:mestranda do departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL : 94676

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO X

RISCO MÍNIMO □ RISCO MÉDIO □

RISCO BAIXO □ RISCO MAIOR □

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como conseqüência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 6 meses (coleta de dados)

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa

A prática do profissional da saúde na comunidade tem tornado visível a limitação da sua atuação no consultório. Fica evidente a necessidade de maior interação entre o discurso e propostas do profissional da saúde e a bagagem pré-existente na comunidade, na família e no indivíduo. Tem se observado uma grande evolução do conhecimento médico mas, ao mesmo tempo, a perda do entendimento holístico do ser humano. Embora atualmente seja visível a impotência dos serviços de saúde vigente e tente-se observar a importância dos aspectos sócio-culturais no cuidar em saúde, esses dados ainda têm sido colocados de maneira irrelevante e avaliados como acessórios. Sendo assim, o objetivo geral desta dissertação de mestrado é apreender os conceitos de saúde-doença de diferentes pessoas membros de famílias de uma comunidade do município de São Paulo/SP, e confrontá-los com os conceitos de saúde-doença que norteiam o trabalho de uma equipe de saúde da família dessa mesma comunidade. Como objetivos específicos temos:

- apreender o significado atribuído a saúde-doença em uma família que tenha um ou mais membros com uma doença crônica/invisível/não-contagiosa (elegida neste trabalho a hipertensão arterial sistêmica), outra família que apresente um ou mais membros com uma doença não-crônica/visível/contagiosa (elegida neste trabalho a tuberculose).
- conhecer, através de entrevistas com os diferentes componentes da equipe de saúde da família qual(is) o(s) referencial(ais) de saúde-doença que norteiam o trabalho da equipe.
- compreender as especificidades do agente comunitário de saúde relativamente a inserção enquanto membro da equipe de saúde e enquanto membro da comunidade.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.

O estudo se vale de metodologia qualitativa, baseado em entrevistas em profundidade com os membros das famílias elegidas para o trabalho e com os membros da equipe de saúde da família que cuida das famílias elegidas. A análise dos dados produzidos será realizada por meio da análise de conteúdo, especificamente sob enfoque da análise temática, gravado em fita cassete durante a entrevista.

3. desconfortos e riscos esperados: não há.

4. benefícios que poderão ser obtidos: não há.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: não há.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa: não há.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa: não há.

V. INFORMAÇÃO DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRENCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS

Anete Augusta Fioranelli de Paula

Rua Marguerite Louise Riechelman, 80 apto 73 bloco2

Vila Santa Catarina – São Paulo/SP

CEP 04403010

Tel. 94199111

Márcia Thereza Couto Falcão

Av. Dr. Arnaldo, 455 segundo andar, sala 2241

Cerqueira César – São Paulo/SP

Te. 30667094

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Não há.

VII. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 200 .

_____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

_____

assinatura do pesquisador

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este Termo de consentimento livre e esclarecido faz parte da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada: “Conceitos de Saúde e Doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família”. O objetivo desta pesquisa é apreender os conceitos de saúde-doença de diferentes pessoas membros de famílias de uma comunidade do município de São Paulo/SP e este termo de consentimento será entregue e deverá ser preenchido por todos os participantes do estudo (pessoas da família usuários do programa de saúde da família e membros da equipe de saúde da família).

Informamos que sua participação consistirá em uma entrevista conduzida pela aluna responsável pela pesquisa, Anete Augusta Fioranelli de Paula. Para facilitar o processo de apreensão das falas estas serão gravadas em fita cassete para posterior transcrição. Dessa forma, a coleta de dados não oferece qualquer tipo de risco a saúde.

Não haverá remuneração por sua colaboração nem benefícios em relação ao uso do serviço de saúde da Unidade de Saúde que faz parte. O mesmo se aplica a equipe de saúde da família entrevistada.

Os dados pessoais dos participantes (nome, endereço, estado civil etc) serão mantidos em regime de confidencialidade, ou seja, não poderão ser divulgados. Você poderá revogar o consentimento sobre o uso de sua entrevista nesta pesquisa a qualquer tempo.

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Anete Augusta Fioranelli de Paula

Rua Marguerite Louise Riechelman, 80 apto 73 blobo2

Vila Santa Catarina – São Paulo/SP

CEP 04403010

Tel. 94199111

Márcia Thereza Couto Falcão

Av. Dr. Arnaldo, 455 segundo andar, sala 2241

Cerqueira César – São Paulo/SP

Te. 30667094

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, de de 200 .

_____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

_____

assinatura do pesquisador

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com : Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2°andar – telefone: 32184043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

12.2 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Identificação
    a. Nome (primeiro)
    b. Idade
    c. Sexo
    d. Nível escolar
    e. Profissão
    f. Religião
    g. Situação de trabalho
    h. Onde tem assistência à saúde?

i. Trajetória na comunidade, quanto tempo no DA Raposo Tavares, como é seu espaço social, contexto em que vive. Contar também trajetória até à UBS.

2. Relação com Unidade de saúde e equipe de saúde da família
    a. Quem é seu agente de saúde
    b. Quem é seu médico
    c. Quem é seu enfermeiro
    d. Quem é seu auxiliar de enfermagem
    e. O ACS/o médico/ o enfermeiro/ o auxiliar de enfermagem ajudam a melhorar sua saúde? Como?
    f. A equipe faz prevenção de saúde?
    g. Qual deveria ser o papel da ESF para você para ter melhor saúde?
    h. Que atividades tem na UBS – consultas, grupos etc.

3. Conhecimento sobre a doença
    a. Qual doença tem na família? O que ela é?
    b. Modos de transmissão – quais conhece
    c. Formas de tratamento – influências do meio sobre “sua” doença (casa, religião...)
    d. Formas de prevenção – conhece alguma
    e. Dificuldades enfrentadas antes, durante e depois do tratamento
    f. Quem conversou com este usuário sobre o que sabe

4. Qual é o significado de estar doente ou de estar saudável
    a. O que é ser/estar doente ou saudável?
    b. Relaciona saúde e doença com trabalho, emprego, lazer, família ...?

13. ANEXOS

13.1 APROVAÇÃO DA CAPPesq

13.2 APROVAÇÃO DA SMS

13.3 FICHAS B

HC HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 26.01.06, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1227/05**, intitulado: **"Conceitos de saúde e doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família."** apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10.10.1996, inciso IX. 2, letra "c").

Pesquisador(a) Responsável: **Dra. Márcia Thereza Couto Falcão**

Pesquisador (a) Executante: **Dra. Anete Augusta Fioranelli**

RECEBIDO SPG 10.2.06

ASS.:

CAPPesq, 26 de Janeiro de 2006.

Prof.ª Lilia Blima Schraiber
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Presidente da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP
Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP
Fone: 011 - 30696442 fax : 011 - 3069 6492 - e-mail : cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq@hcnet.usp.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0029.0.162.000-06
Projeto de Pesquisa Conceitos de saúde e Doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família		
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica	**Grupo** Grupo III	**Fase** Não se aplica
Pesquisador Responsável		
CPF 19691819821	**Pesquisador Responsável** Anete Augusta /fioranelli de Paula	**Assinatura**
Comitê de Ética		
Data de Entrega 22/03/2006	**Recebimento:** Zenilda Lima Moura RT 560900-8 III SMS-GAB. **Assinatura**	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0029.0.162.000-06
Projeto de Pesquisa Conceitos de saúde e Doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família		
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica	**Grupo** Grupo III	**Fase** Não se aplica
Pesquisador Responsável		
CPF 19691819821	**Pesquisador Responsável** Anete Augusta /fioranelli de Paula	**Assinatura**
Comitê de Ética		
Data de Entrega 22/03/2006	**Recebimento:** **Assinatura**	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0029.0.162.000-06
Projeto de Pesquisa Conceitos de saúde e Doença na perspectiva de famílias e profissionais de equipe de saúde da família		
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica	**Grupo** Grupo III	**Fase** Não se aplica
Pesquisador Responsável		
CPF 19691819821	**Pesquisador Responsável** Anete Augusta /fioranelli de Paula	**Assinatura**
Comitê de Ética		
Data de Entrega 22/03/2006	**Recebimento:** **Assinatura**	

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta ins condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: MIA UMEDA

DRA. MIA UMEDA
CRM 34.839

Data: 22/03/06

Assinatura

Vinculada

Nome Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo			CNPJ ../-
Endereço Av. Dr. Arnaldo 455		Bairro Cerqueira Cesar	Cidade Sao Paulo - SP
Código Postal 01246-903	Telefone (11)3066-7364	Fax	Email soniaf@usp.br
Responsável		Cargo / Função	

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 19/03/2006. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Coordenação da Atenção Básica
Sistema de Informação da Atenção Básica – Adaptado do Ministério da Saúde

Ficha B
GEST/HA/DIA/TB

Estabelecimento de Saúde	Equipe	Microárea	N.º da família:	Nome do acs:

Acompanhamento domiciliar de gestante

Identificação da gestante	Data última menstruação (DUM)	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N -Nutrida Mês de gestação									Data da consulta de pré-natal Mês de gestação									Fatores de risco		Resultado da gestação atual (Data)			Data da consulta de puerpério	
Nome:			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9			NV	NM	AB	1	2
																									6 ou mais gestações						
																									Natimorto/Aborto						
																									36 anos e mais						
																									Menos de 20 anos						
Nº cadastro no SISPRENATAL:	OBS:															Data da visita do ACS									Sangramento						
																									Edema						
																									Diabetes						
																									Pressão Alta						

Acompanhamento domiciliar de portador de hipertensão

Identificação	Sexo	Idade	Fumante			Meses												Observações
			sim	não		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:					data da visita do ACS													
					faz dieta													
					toma a medicação													
					faz exercícios físicos													
Nº cadastro HIPERDIA					Pressão Arterial (transcrever)													
					data da última consulta													
Nome					data da visita do ACS													
					faz dieta													
					toma a medicação													
					faz exercícios físicos													
Nº cadastro HIPERDIA					Pressão Arterial (transcrever)													
					data da última consulta													

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Coordenação da Atenção Básica
Sistema de Informação da Atenção Básica – Adaptado do Ministério da Saúde

Ficha B
GESTA/HA/DIA/
TB

Estabelecimento de Saúde	Equipe	Microárea	N.º da família:	Nome do acs:
|_|_|_|_|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|	|_|_|_|	

Acompanhamento domiciliar de portador de diabetes

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Observações
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:			data da visita do ACS													
			faz dieta													
			faz exercicios físicos													
Nº cadastro HIPERDIA:			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													
Nome:			data da visita do ACS													
			faz dieta													
			faz exercicios físicos													
Nº cadastro HIPERDIA			usa insulina													
			toma hipoglicemiante oral													
			data da última consulta													

Acompanhamento domiciliar de portador de tuberculose

Identificação	Sexo	Idade		Meses												Outras Informações	
				Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome			Data da visita do ACS													Nº de Comunicantes	
			Toma medicação diária													Comunicantes < 5 anos	
			Reações indesejáveis														
Tipo de tratamento			Data da última consulta														
			Exame de escarro														
auto-administrado			Comunicantes examinados														
supervisionado			< 5 anos com BCG														