Autor desconhecido

"A melhor teoria é a que mobiliza a ação de investigação e de transformação. A pior teoria é a que imobiliza, por mais coerente que possa parecer. Todos aprendemos mais a cada tentativa de pesquisa e investigação, sempre que houver honestidade e rigor, do que quando há 100.000 observadores passivos, deslumbrados com o trabalho do outro".

Pedro Luis Castellanos (OPS/OMS)

A PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE: O PAPEL DAS CRENÇAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES NA VIVÊNCIA DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

ALEXANDRINA APARECIDA MACIEL

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Doutor.

Área de concentração: Materno-Infantil

Orientador: Profa. Dra. Ana Cristina d´Andretta Tanaka

SÃO PAULO

1999

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura: [illegible]

Data: 20/12/99

39425/2000 (doc)

Dedico este trabalho à minha família por me oferecer possibilidades infinitas...

Meu pai Arthur, minha mãe Lourdes, meus irmãos Sandra e Arthur, minha cunhada Marilda, meus sobrinhos Fernanda, Luís Guilherme, Aline e Nathália e ao meu querido Danielle.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa Científica - CNPQ - pela concessão de bolsa-auxílio para qualificação docente.

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - pela subvenção ao projeto de pesquisa "O Conceito de Morbidade Como um Indicador da Qualidade de Vida e Como Determinante de Práticas em Saúde de uma população", que originou este trabalho.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento em Pesquisa - CAPES - pela concessão de bolsa sanduíche que proporcionou o aprimoramento deste trabalho junto à London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Ao Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, pela possibilidade de desenvolver este trabalho.

À Professora Doutora Ana Cristina d´Andretta Tanaka, pela orientação plena deste trabalho e apoio incondicional no processo de minha capacitação profissional e no meu crescimento pessoal.

À disciplina Saúde da Mulher e da Criança, pelo apoio indireto e em especial à Professora Thelma M. Sodré, pelo trabalho de coordenação na coleta de dados deste estudo.

À minha irmã, Professora Doutora Sandra Mara Maciel, pela presença e apoio fundamentais durante a realização deste estudo.

À Professora Doutora Maria Lúcia Drachler, pela amizade e inestimáveis contribuições para a transposição dos obstáculos.

À amiga Professora Doutora Maria Luiza Gonzalez Riesco pela dedicação e companheirismo constantes, que foram essenciais para a finalização deste trabalho.

À amiga Professora Doutora Augusta Alvarenga, pelos momentos de reflexões compartilhados ao final do estudo.

À amiga Professora Doutora Roselena Bazilli Bergamasco, pelo auxílio na utilização dos recursos da informática.

Aos amigos Mauro Salles, Cristina Marques, Cida Assad, Alessandra Guedes e Maria da Luz Vaz, pela presença e incentivo constantes oferecidos durante todo o processo de construção deste trabalho.

Aos funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelo apoio técnico e carinho.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Maciel AA. A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença. Londrina (BR); 1999. [tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

O objeto deste estudo foi descrever e analisar uma população de mulheres segundo condições sócio-econômicas, percepção de problemas de saúde, procura por cuidado em saúde e experiências com os serviços de saúde, bem como, crenças e atitudes sobre a prática da prevenção em saúde. A população deste estudo transversal foi composta por 654 mulheres na faixa etária entre 10 e 65 anos que habitavam uma área selecionada de Londrina, Paraná, Brasil. Entendendo-se que o objeto da Epidemiologia abrange tanto os indivíduos que procuram os serviços de saúde, pertencentes à demanda atendida, como as necessidades daqueles que compõem a demanda reprimida e não tem acesso ao serviço devido a múltiplos fatores, a utilização de seus conhecimentos foi utilizada para o diagnóstico da saúde das populações na primeira fase do estudo. O acesso às informações de caráter subjetivo como percepções, crenças e valores, que compõem, junto com variáveis biológicas e sócio-econômicas, o quadro de ser e estar sadio ou doente entre os indivíduos ou populações, encontrou subsídios para sua análise, a partir dos métodos e técnicas propostos pela Teoria da Cognição Social, utilizada na segunda fase do estudo. De acordo com os resultados da primeira fase, a renda familiar foi o único fator associado à procura por cuidado preventivo. Entretanto, os dados da segunda fase mostraram que as atitudes e crenças em saúde das mulheres, independentemente da renda familiar, eram similares. Porém, a renda familiar concretizou-se em uma barreira real no processo de procura por cuidado e para a prática de atitudes positivas em saúde, determinando desigualdades em saúde.

Descritores: Cuidado em saúde, Prevenção em saúde, Crenças em saúde, Saúde pública.

SUMMARY

Maciel AA. A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença.[The search for health care: the role of believes and perceptions on the health/ill process experience] Londrina (BR); 1999. [tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

The aim this study was to decribe and analyse a women population according to socio-economic caracteristics, awareness to health, search for health care, experiences when using the health care system and believes and attitudes related to the health prevention practice. The population of this corss-section study were formed by 654 women aged 10-65 year old, from a selected area in Londrina, Paraná, Brazil. Accepting that both the object of the Epidemiology covers the individuals who look for the health service belonging to the real demand and the needs of those that form the repressed demand and do not have acess to the service due to multiple factors, the use of their knowledge was then considered as one of the scientific basics for the diagnosis in population health and used during the first phase of the study. The acess to the subjective information as perceptions, beliefs and values, which together with the biologic and socio-economic variables constitute the condition of being sick or health among the individuals or populations, found subsidies for its analisys from the methods and thecniques proposed by the Social Cognition Theory, used in the second fase of the study. According to the results of the first fase, the family income was the unique determinant factor for the search for preventive care. However, the second phase´s data showed that the women´s believess and attitudes in health were similar, independently of the family income. Despite of this fact, the family income arised as a real barrier in the process of searching for care, determining inequalities in health.

Descriptors: Health Care , Health prevention, Health believes, Public health.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 A complexidade inerente aos conceitos de saúde e morbidade ... 7

1.2 A questão da saúde e morbidade feminina 14

1.3 Referencial teórico-metodológico 19

1.3.1 Hipótese do estudo 29

2. OBJETIVO DO ESTUDO 34

3. MATERIAL E MÉTODO 36

3.1 Desenho do estudo 37

3.2 Local 37

3.2.1 Caracterização do local 37

3.3 População do estudo 40

3.4 Amostra 40

3.4.1 Tamanho da amostra 40

3.4.2 Procedimento na amostragem 41

3.4.3 Critérios de exclusão referentes à primeira fase 43

3.4.4 Casos especiais no desenvolvimento da primeira fase 43

3.5 Instrumentos de coleta de dados 44

3.6 Variáveis do estudo 45

3.7 Procedimento na coleta de dados 50

3.8 Representatividade da população da segunda fase do estudo .. 51

3.9 Apuração e análise dos dados 52

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO 56

4.1 Os números como caminho para o entendimento do comportamento

das mulheres do estudo - primeira fase 57

4.1.1 Condições sócio-econômicas e demográficas das mulheres.. 57
4.1.2 A prática da prevenção em saúde reprodutiva 69
4.1.3 A experiência da morbidade como pano de fundo para se resgatar as crenças e a prática de atitudes positivas em saúde 77
4.2 O resgate das crenças e experiências pessoais das mulheres para se entender as atitudes em saúde - segunda fase 89
4.2.1 A renda familiar como pano de fundo 89
4.2.2 O desvelamento do discurso das mulheres sobre saúde e prevenção 95
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS 110
6. REFERÊNCIAS 120
7. ANEXOS 134
Anexo A - Formulário de coleta de dados - primeira fase 135
Anexo B - Roteiro de entrevista - segunda fase 140
Anexo C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa 141
Anexo D - Unidades temáticas 142

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Modelo Analítico Hipotético 32

Figura 2 - Variáveis e respectivas categorias 48

Figura 3 - Categorias de análise - 2ª fase 49

Figura 4 - Dados sobre as condições sócio-econômicas e demográficas das mulheres 68

Figura 5 - Dados sobre a prática da prevenção em saúde reprodutiva 76

Figura 6 - Temas de análise do estudo 97

Tabela 1 - Número de mulheres, número e porcentagem de mulheres com atitude positiva em prevenção e odds ratios de atitude positiva em prevenção, segundo condições sociais e econômicas. Londrina, 1999... 64

Tabela 2 - Número de mulheres, número e porcentagem de mulheres com atitude positiva em prevenção e odds ratios de atitude positiva em prevenção, segundo problema de saúde nos últimos 30 dias e procura por cuidado médico nos últimos 30 dias. Londrina, 1999 84

1. INTRODUÇÃO

Falar hoje sobre a situação de saúde das populações significa discutir um objeto de estudo de grande complexidade. A base, entretanto, que subsidia esta discussão vincula-se às demandas e necessidades, às quais os indivíduos são e estão submetidos, no cotidiano vivenciado no contexto do processo saúde e doença.

Entende-se que a saúde resulta primordialmente de políticas de Estado, sendo considerada como um bem público, como um conjunto de intervenções estatais justificadas e legitimadas socialmente em nome do interesse coletivo de toda a população. Neste estudo, propõe-se a Epidemiologia e o Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde da Teoria da Cognição Social para se acessar a verdade da realidade das populações, sustentando assim, a definição de tais políticas.

A Saúde Pública, desde seus primórdios, parte da comprovação da existência de diferentes situações de saúde nas populações e subpopulações, como expressão das diferentes condições de vida. É por sua vez expressão do reconhecimento da responsabilidade do Estado de propiciar as respostas sociais necessárias e possíveis para reduzir as iniquidades em saúde.

Ressalta-se que, a Epidemiologia, sob a perspectiva da Saúde Pública como política de Estado, tem como objeto de estudo básico a

situação de saúde *de* populações, isto é, os perfis de problemas coletivos humanos, mesmo que sua prática, no campo dos serviços inclua também, necessariamente, os estudos de doenças e problemas específicos de saúde *em* populações, para o controle das mesmas (CASTELLANOS, 1997).

Neste estudo, o cenário é observado não segundo a proposta preventivista, que nasce vinculada ao pensamento clínico e expressa a aspiração de reduzir os riscos de adoecer dos indivíduos. A preocupação teórica não é *porque os indivíduos adoecem*, mas sim, *porque as populações e subpopulações têm determinado perfil de saúde.*

Historicamente, os profissionais de saúde e das diversas ciências de interface com esta área vêm buscando formas para melhor entender as diferentes realidades que se apresentam, no que diz respeito ao nível de saúde e qualidade de vida das populações.

A pesquisa na busca de medidas objetivas para se conhecer a condição de saúde de uma população tem uma longa tradição na saúde pública, e remonta ao surgimento da demografia, na segunda metade do século XVII. Durante décadas, a taxa de mortalidade infantil e a esperança de vida ao nascer foram aceitas como medidas que refletiam a saúde de uma população. No entanto, estas medidas, isoladamente, têm-

se mostrado insuficientes para traduzir estas necessidades, impulsionando assim a busca de fontes ou instrumentos que dêem conta deste problema (HANSLUWKA, 1987).

A consciência crescente de que indicadores com base na mortalidade têm perdido seu valor como medidas sensíveis das condições de saúde de grandes populações, bem como, a implementação das ciências sociais na pesquisa em saúde, são fatores que têm impulsionado este movimento de busca por novas formas de acessar o conhecimento necessário sobre a saúde da população, através de indicadores alternativos.

Do mesmo modo, os vários questionamentos sobre o papel da epidemiologia e seu campo de ação têm operacionalizado inúmeras propostas de intervenção, no sentido de se enfatizar o uso de novas abordagens para o diagnóstico de saúde, o desenvolvimento de novos indicadores, os estudos de interface com planejamento e gestão de serviços de saúde, os estudos teóricos e conceituais e os estudos interdisciplinares.

Esta nova forma de se olhar para questões de saúde, como afirmam BARRETO e ALVES (1994), é fundamental no sentido de se rever a

ênfase excessiva nos estudos etiológicos, que acabam deslocando os ecológicos para um espaço marginal.

Outra importante questão em discussão é o quanto o avanço tecnológico tem sido efetivo no combate às causas de eventos negativos em saúde. Parece que as doenças crônicas continuam inabaladas em suas incidências, sugerindo que é fundamental se avaliar custos e onde, como e quando estes recursos estão sendo aplicados e se esta aplicação é adequada ou precisa ser revista.

GRUENBERG (1977) e Koizumi citado por HANSLUWKA (1987) afirmam que, o decréscimo nas taxas de mortalidade e o aumento na esperança de vida traduziram-se, em seus estudos, no aumento do número de pessoas doentes, ou seja, morrer menos e ter uma sobrevida prolongada não significam uma melhora na saúde, e consequentemente, na qualidade de vida destas pessoas.

A realidade com que se está convivendo no campo da saúde, faz então priorizar como salienta ALMEIDA FILHO (1994), *"a construção de uma epidemiologia referencial e histórica, que seja capaz de alimentar uma prática e não meramente produzir uma técnica, ultrapassando assim, os limites que a caracterizam, muitas vezes, como inferencial e retrospectiva".*

Os Estudos de Morbidade, em especial, os que utilizam informações acessadas através da morbidade referida, são um exemplo concreto de utilização de um indicador alternativo e por que não dizer, relativamente novo, com a finalidade de se entrar em contato com informações não disponíveis nas fontes de investigação tradicionais e que são essenciais no reconhecimento das necessidades locais de saúde.

Neste sentido, estes estudos têm sua importância principal caracterizada pelo fato de suas estatísticas serem mais reveladoras, do que as de mortalidade. A grande diferença entre os indicadores de mortalidade e os de morbidade reside no tipo de diagnóstico que cada um possibilita, ou seja, as taxas de mortalidade mostram um quadro de *saúde como ela foi*, e os dados de morbidade nos fornecem uma visão de *como ela é*, representando então as condições de saúde de uma população com maior sensibilidade que as taxas de óbitos (LEBRÃO, 1996).

Partindo então para uma discussão acerca de algumas definições que são essenciais a este estudo, sugere-se que, ao se pretender estudar a morbidade de uma população, tem-se primeiramente que determinar o que se entende por saúde.

1.1 A COMPLEXIDADE INERENTE AOS CONCEITOS DE SAÚDE E MORBIDADE

A condição de saúde de uma população está diretamente relacionada aos conceitos operacionalizados em seu contexto, do que seja saúde, doença e de quais as causas associadas a este processo.

Nesse sentido, a definição básica de saúde como a "ausência de doença" e desta última, como sendo algum "desequilíbrio na saúde" é muito limitada, não permitindo a compreensão de todas as questões que estão envolvidas neste processo. Este pressuposto embasa-se em definições mais elaboradas, tendo sua origem no tradicional conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde saúde seria o completo bem estar físico, mental e social do indivíduo.

Outras definições como a de FERREIRA (1986) onde "saúde é o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal", e a de DUBOS (1995), que afirma que esta, "é o resultado do equilíbrio entre o indivíduo e o seu meio ambiente", favorecem uma maior aproximação da realidade, porém têm-se clareza sobre algumas dificuldades que lhes são inerentes. Estas dificuldades são determinadas pela subjetividade inerente à cada um dos termos utilizados nas definições, bem como, pela dificuldade de operacionalizar seus pressupostos.

Pode-se considerar que as propostas resultantes da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, no Cairo, onde a saúde é vinculada à garantia da acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e exeqüibilidade dos serviços de saúde para todas as pessoas, avançam para visões mais concretas, e estão em conformidade com os compromissos assumidos em nível nacional. Estes compromissos incluem proporcionar acesso à atenção básica de saúde a toda população, aumentando os anos de vida saudável e melhorando a qualidade de vida das populações (CONFERÊNCIA, 1994).

Introduzindo o que se entende por morbidade, uma primeira observação a se fazer diz respeito às diferentes dimensões que este fenômeno possui, colocando-se diante de um problema conceitual.

PEREIRA (1995) discute o conceito de morbidade sob três possíveis óticas, denominadas por ele de A, B e C, que embora distintas, são interrelacionadas. A primeira possibilidade é apresentada como:

A: *"A anormalidade no estado de saúde, da maneira como ela é percebida pelo paciente. Refere-se a uma queixa, sofrimento ou incômodo, físico ou mental, ou a qualquer outra razão que leve as pessoas a se preocupar com a saúde. O termo moléstia é, por vezes, usado para caracterizar a situação...".* A segunda possibilidade é:

B: "*A anormalidade biológica em estrutura e função, diagnosticada por um profissional de saúde, após o exame do paciente. Em termos técnicos, doença designa uma entidade patológica, geralmente definida por, pelo menos, dois ou três dos seguintes critérios: um agente etiológico reconhecido, um grupo identificável de sinais e sintomas, e alterações anatômicas consistentes... O paciente pensa em termos do item (A), o qual, analisado detidamente pelo profissional de saúde, se transforma ou não em item (B). Não há perfeita equivalência entre ambos, sendo a transformação realizada pelo processo de diagnóstico clínico...*"

Finalmente, a terceira possibilidade coloca:

C: "*A expressão social da morbidade representada pelas atitudes e comportamentos assumidos pelas pessoas, quando percebem desvios da normalidade na sua própria saúde (seja nos itens A ou B)... Este ângulo equivale ao termo illness behavior. A exteriorização das manifestações depende de aspectos culturais e é condicionada pelas expectativas da sociedade: por exemplo, proteger-se do sereno, guardar leito, não ingerir bebidas alcoólicas, abster-se de trabalhar e buscar formas alternativas ou complementares de tratamento...Um indivíduo pode sentir-se mal (A), sem ter anormalidade orgânica detectável (B) e nem passar-se por doente (C). Um outro pode sentir-se bem (A), mas ser portador sem o saber de*

uma anormalidade biológica (B) e, quando dela tem conhecimento, após um exame médico, assumir ou não o papel de doente (C)".

As dimensões de morbidade que são analisadas pelo autor deixam claro que, a busca por informações nos estudos sobre morbidade não pode ser reduzida a levantamentos estatísticos sobre casos de eventos negativos, isolados ou agrupados, sob um enfoque puramente clínico ou biológico.

O item "C" descrito por PEREIRA (1995), traduz o olhar através do qual deve-se observar e analisar a informação que se busca obter sobre a qualidade de saúde de uma população, servindo como subsídio de análise no presente estudo.

A questão das diferentes dimensões da morbidade remete-se à outra questão, também importante, que diz respeito às fontes de informação para o seu conhecimento. Epidemiologicamente, este fenômeno pode ser analisado através das estatísticas dos registros rotineiros de documentação escrita sobre as pessoas que procuram os serviços de saúde, quais os motivos, diagnósticos, tratamentos e encaminhamentos.

Os principais registros de morbidade são os prontuários e estatísticas de estabelecimentos de saúde, notificações compulsórias de

doenças, registros especiais de doenças, arquivos de banco de sangue, de laboratórios de patologia clínica, registros da Previdência Social, arquivos médicos de empresas/sindicatos/escolas e creches, fichas de consultórios particulares, arquivos de alistamento militar, registros policiais, atestados de óbito e estatísticas de mortalidade, bancos de dados de pesquisas. Estas são as fontes para se obter a denominada morbidade observada.

Outra forma de se obter informações sobre este fenômeno se dá através do contato direto com as pessoas, para conhecer seu estado de saúde, os fatores a ele relacionados, bem como, as opiniões e atitudes dos indivíduos, chamada de morbidade referida.

Esta última, obtida freqüentemente por meio de inquéritos ou recenseamentos, geralmente, tem como questão central, a quantificação dos problemas de saúde, a percepção que as pessoas têm destes e também, a demanda que estes podem gerar no sistema de atendimento.

O inquérito norte-americano de morbidade, realizado no início da década de 60, teve grande impacto no sentido de desencadear pesquisas com metodologia semelhante em outros países. Os resultados mostraram que, no período de um mês, para cada grupo de 1000 adultos, 750 declararam ter tido uma ou mais enfermidades ou lesões; 250

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

consultaram um médico uma ou mais vezes, nove foram hospitalizados, cinco encaminhados a outro médico e um paciente foi referido para um centro médico universitário (WHITE, 1973).

A Investigação Nacional de Morbidade, realizada na Colômbia entre 1965-66, através de entrevistas domiciliares para detectar problemas de saúde ocorridos num período de duas semanas anteriores à entrevista, mostrou que de cada grupo de mil pessoas, 387 se sentiam doentes, mas apenas 88 buscaram consultas, das quais 63 foram ao médico e somente duas foram hospitalizadas (PAREDES e MEJIA, 1968).

Em diversos inquéritos de morbidade realizados, inclusive no Brasil, embora as taxas não sejam semelhantes, as conclusões o são. Segundo PEREIRA (1995), estas conclusões caracterizam realidades onde muitos indivíduos na população não apresentam problemas de saúde durante a fase de investigação; certa proporção destes relata problemas desta natureza; e um número reduzido, procura atendimento, sendo que, destes, apenas uma pequena parcela acaba sendo hospitalizada.

Este é um resultado concreto da importância dos estudos de morbidade, na medida em que viabilizam conclusões que são de grande valia no questionamento do atual modelo de assistência à saúde. Este modelo, prioriza a concentração de recursos em tecnologia e o enfoque

clínico-hospitalar no ensino das ciências da saúde, sendo que a população apresenta padrão de morbidade discordante.

No entanto, estes não são os únicos dados que podem ser acessados nos estudos de morbidade referida. Conhecer quem é este indivíduo, o que ele entende por estar doente ou saudável, bem como, conhecer suas atitudes e prioridades quando em processo de desequilíbrio em sua saúde, são informações tão importantes quanto sabê-los quantitativamente, seu custo, sua caracterização em demanda para o serviço e quais os resultados alcançados através das intervenções em saúde. Muito do que se planeja em saúde não obtém o impacto esperado, justamente por não considerar como o cliente se vê, enquanto indivíduo doente ou sadio, e como ele entende que deve resolver seus problemas nesta esfera.

Estas informações são essenciais para se tomar decisões mais ajustadas ao padrão de comportamento das populações e seus problemas de saúde, e desta forma, obter-se resultados mais satisfatórios em relação ao custo e benefício das ações de saúde e à qualidade de vida destas pessoas.

1.2 A QUESTÃO DA SAÚDE E MORBIDADE FEMININA

A assistência à saúde da mulher defronta-se hoje com um desafio, que é o de discutir a questão da saúde feminina dentro de um contexto mais amplo, caracterizado pela falta de condições para uma vivência saudável de todas as fases de seu ciclo de vida, o que, seguramente pode determinar um quadro de morbidade.

Duas constatações embasam a forma de se olhar esta questão. A primeira, refere-se ao fato de já ser bastante difundida a idéia de que grupos populacionais ou comunidades com características desfavoráveis, tais como renda familiar e grau de escolaridade baixos, qualidade de alimentação insuficiente, precária disponibilidade de infra-estrutura, poucas atividades de lazer e cultura, acesso restrito a bens de consumo e a meios de comunicação, entre outros fatores, apresentam maior concentração de problemas de saúde.

A segunda, diz respeito à especificação do grupo feminino como enfoque de análise, para a qual acha-se respaldo nas colocações de Ortiz citado por ÁVILA (1994). O autor salienta que além das condições gerais de vida citadas anteriormente são válidas para todos os grupos populacionais, *"...percebe-se que ela apresenta uma condição adicional de risco de adoecer ou morrer que é a de cumprir o papel biológico da*

reprodução humana, o que não ocorre com seu parceiro homem. Pela identificação desta situação é que hoje em dia se afirma que a mulher, independentemente de tempo e lugar, deve ser objeto de priorização no cuidado à saúde".

Nesse sentido, verifica-se de longa data, a priorização por parte dos serviços de saúde, na programação de ações voltadas à fase reprodutiva do curso de vida da mulher. Quando fora do ciclo gravídico-puerperal, que engloba a assistência pré-natal, ao parto e pós-natal, as ações focalizam aspectos relacionados à fecundidade, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Todos fatores intimamente relacionados a questões reprodutivas. Em sociedades onde a definição do gênero feminino tradicionalmente é referida à esfera familiar e à maternidade, o enfoque acima citado é coerente com as necessidades socialmente determinadas, enquanto *status quo.*

Entretanto, observa-se que na vivência do ciclo gravídico-puerperal, a hospitalização desnecessária da mulher no momento de dar à luz, reduziu o parto a um evento clinico e medicalizado, expondo a mulher a procedimentos invasivos e iatrogênicos, aumentando o risco de morbidade entre mulheres saudáveis.

É importante deixar claro que não se discorda do princípio básico da saúde pública, onde os problemas das populações que estão na base da escala sócio-econômica, devem ser prioridade para ações que promovam e mantenham a saúde. E nestas populações, a saúde materna, indubitavelmente continua a merecer a mais alta prioridade e os melhores esforços, no sentido de proteger as vidas das mulheres desse grupo.

Embora estas mulheres estejam maciçamente presentes na força de trabalho e no mundo público, as políticas de saúde e as condições de assistência não consideram esta realidade, mostrando-se incapazes de tratar questões intrínsecas ao processo saúde-doença feminino de forma adequada, ampliando o campo de estudo e prática da saúde da mulher.

Dados sobre agravos à saúde da mulher existem em grande quantidade, porém, na maioria das vezes são focalizados nos campos da saúde materno-infantil e reprodutiva (SIQUEIRA e cols., 1991; TANAKA e cols., 1989; TANAKA e MACIEL, 1990; BEMFAM, 1987 TANAKA e cols., 1989. Estes dados, de forma alguma deixam de ser fundamentais na construção do diagnóstico do quadro de saúde da mulher nas diversas populações, visando uma melhor qualidade de saúde e de vida para este grupo. Entretanto, esta focalização acaba por excluir aspectos não menos relevantes, do processo de programação em saúde da mulher.

ÁVILA (1994) cita alguns destes aspectos, muitas vezes colocados em segundo plano nas discussões sobre saúde da mulher, que chama de *"ordem sócio-cultural"*, como *"violência sexual, confinamento e privação no espaço doméstico, negação da automia do indivíduo, abandono durante a gravidez e clandestinidade do aborto"*.

Desta forma, sexualidade e saúde, violência e saúde, o bem-estar nas diferentes fases do curso de vida da mulher e seus respectivos determinantes comportamentais, bem como, suas relações com a saúde/morbidade feminina são questões ainda pouco discutidas.

Um exemplo de análise que leva em consideração estes aspectos é a de Heise citada por GIFFIN (1994). A autora comenta resultados de um estudo do Banco Mundial, salientando o fato de que nas economias de mercado consolidadas, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física entre mulheres de 15 a 44 anos, são resultados da violência de gênero; em países onde as doenças da pobreza são comuns e a mortalidade materna é alta, esta cifra é de 5%. Salienta ainda que em termos globais, *"as conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres, medidas desta forma, são maiores que as conseqüências de todos os tipos de câncer, e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares"*.

Outro estudo mostra que as conseqüências não mortais da violência praticada por parceiros incluem lesões permanentes; problemas crônicos, tais como dor de cabeça, dor abdominal, infeções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação; e doenças de efeito retardado, incluindo artrite, hipertensão arterial e doenças cardíacas (GIFFIN, 1994).

Acredita-se que as necessidades em saúde das mulheres são um campo relevante de pesquisa para ações concretas, onde deve haver um forte comprometimento político, tanto das organizações oficiais como da população, para que o conhecimento e as propostas sejam produzidos no sentido de se atender de forma efetiva a estas necessidades. A saúde pública tem papel fundamental no processo de tomar como prioridade o acesso das mulheres aos serviços preventivos, às tecnologias de diagnóstico e tratamento, bem como, à promoção do auto-cuidado para o resgate do bem-estar feminino.

Sendo assim, propõe-se a realização deste estudo com a finalidade de contribuir para o aprofundamento dos conhecimentos relativos ao perfil de morbidade referida pelas mulheres, bem como, ao conhecimento feminino, determinantes de comportamentos relacionados a percepções, práticas e atitudes que estas mulheres têm sobre ser e estar sadia ou doente, no decorrer das diversas fases de seu curso de vida.

1.3 Referencial Teórico-Metodológico

Embora as definições relacionadas ao processo saúde/doença não tenham unanimidade de opiniões e a sua mensuração e análise possam ser problemáticas, a coerência e fidedignidade das discussões estará justificada no referencial teórico que se pretenda utilizar.

A utilização de pressupostos inadequados à análise ao priorizar a sofisticação dos desenhos e análises em detrimento do arcabouço teórico que embasa o objeto de estudo, pode colocar a relevância deste objeto em segundo plano, conduzindo a um estreitamento de instrumentais e métodos, desfocando o compromisso do estudo em dar conta das demandas da área de saúde (MINAYO, 1994).

Dessa forma, diante do conceito preconizado por PEREIRA (1995), que coloca a saúde como fenômeno multidimensional, não se pode utilizar um referencial metodológico que estabeleça pressupostos que sejam incoerentes com a visão de saúde e doença, como um processo socialmente determinado.

Vale salientar que a definição de saúde e doença depende de questões sociais, culturais e do momento histórico a que as populações estão vinculadas.

Como acessar então, as informações necessárias à compreensão do processo saúde/doença feminino e como analisá-las? Não se pode aqui fazer uso de um referencial metodológico que inviabilize o conhecimento deste indivíduo ou população de forma abrangente.

Entendendo-se que o objeto da epidemiologia abrange tanto os indivíduos que procuram os serviços de saúde pertencentes à demanda atendida, como as necessidades daqueles que compõem a demanda reprimida e não têm acesso ao serviço, devido a múltiplos fatores, a utilização de seus conhecimentos é colocada para o diagnóstico em saúde das populações.

Os problemas atualmente vivenciados em relação à utilização e análise de indicadores de saúde estão diretamente associados à concepção que profissionais que trabalham com estes instrumentos tem sobre saúde. A medida em que a saúde é entendida como um 'continuum' entre o evento morte e a saúde total ou completa, tende a tornar-se cada vez mais, uma questão que necessita ser avaliada e analisada sob uma ótica social, incluindo aí a utilização de um modelo que atenda a esta visão mais ampla, possibilitando chegar a informações que traduzem a condição de saúde das populações (HANSLUWKA,1987).

Entretanto, apesar dos esforços no sentido da operacionalização de novos indicadores que viabilizem a análise do processo saúde/doença nos indivíduos de forma integral, os dados acessados através dos coeficientes de mortalidade, sobrevivência e mesmo morbidade, são de grande valia nos diagnósticos de saúde. Estes indicadores não podem ser descartados devido à inexistência de outras medidas sensíveis que indiquem as condições de saúde populacional, além do fato de que a importância destes indicadores está também associada ao nível de desenvolvimento do país. Em países desenvolvidos, eles se mostram limitados quanto às informações que fornecem, já que os problemas a serem trabalhados extrapolam a especificidade das questões biológicas em saúde. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, são medidas de fundamental importância para o diagnóstico de saúde local.

Há um cuidado que se deve tomar, no sentido de não confundir indicadores de saúde e índice de saúde. Os indicadores de saúde refletem a condição de saúde de uma população, atuando como variáveis que ajudam a medir mudanças, sendo que o índice de saúde deve ser construído através de medidas compostas, ou seja, vários indicadores.

Outro ponto importante é a diferenciação entre saúde e qualidade de vida. A saúde é um dos componentes da qualidade de vida, como o são a

condição de atividade (ocupação), renda, escolaridade etc. Estas variáveis constituem enfim, os determinantes da qualidade de vida de uma população.

Tendo-se como pressuposto o fato de que os desequilíbrios na qualidade de saúde dos indivíduos são determinados por fatores sociais, psicológicos, econômicos e ambientais além dos biológicos, os conhecimentos epidemiológicos passam a ser fundamentais para a operacionalização de instrumentos capazes de dar conta das informações necessárias sobre estas associações, a fim de dar respostas à inadequação de práticas do setor saúde para atender às necessidades da população e possibilitar um melhor emprego dos recursos tanto humanos como financeiros.

Isto não significa que a Epidemiologia enquanto método, consiga dar conta de fornecer todas as respostas que são necessárias a respeito das populações e sua condição de saúde, porém, ele possibilita uma maior aproximação da realidade, o que já é bastante significativo, nesta área.

Na busca de discutir o objeto deste estudo - as crenças e percepções de mulheres sobre saúde como determinantes de prevenção - de forma a elucidar todas as suas possibilidades, o olhar qualitativo faz-se tão importante quanto o epidemiológico.

Desta forma, o acesso às informações de caráter subjetivo (percepções, crenças, valores) que compõem, junto com as variáveis biológicas e sócio-econômicas, o quadro de ser e estar sadio ou doente entre os indivíduos ou populações, encontra subsídios para sua análise, a partir de métodos e técnicas propostos pela vertente das ciências humanas que se ocupam do estudo do conhecimento e comportamento de senso comum, como contínua e difusamente criados e mobilizados na vida cotidiana.

Vários modelos conceituais foram propostos buscando a focalização e o entendimento das atitudes em saúde referidas pelos indivíduos. Dentre os mais conhecidos estão os modelos desenvolvidos por HOCHBAUM (1958), ROSENSTOCK (1966), MECHANIC (1968), ANDERSEN (1968), KOSA e ROBERTSON (1969), ANTONOVSKY e KATS (1970), BECKER e cols. (1972), ANDERSON e BARKTKUS (1973) e FABREGA (1973).

O reconhecimento de que os indivíduos podem contribuir de maneira fundamental para sua própria saúde e bem estar, através da prática de atitudes preventivas e abolição de outras que representam algum risco, não é recente. E a identificação de fatores que estão associados à determinação destas atitudes em saúde, tornou-se o centro

de interesse de pesquisas recentes em psicologia e outras disciplinas relativas à área. (WINETT, 1985; RODIN e SALOVEY,1989; GLANZ e cols.., 1990; MCQUEEN, 1991; HOCKBAUM e LORIG, 1992; MCLEROY e cols., 1993; ADLER e MATTHEWS, 1994)

Estas pesquisas foram motivadas por dois fatores. Primeiro, pelo desejo de desenhar intervenções para mudar a prevalência de tais atitudes e, desta forma, promover a melhora na qualidade de saúde de indivíduos e populações; segundo, pelo desejo de alcançar um melhor entendimento das razões pelas quais os indivíduos apresentam tal diversidade de atitudes em relação à sua saúde.

Pesquisadores em saúde pública, em especial aqueles já citados, começaram então, a desenvolver modelos, que pudessem identificar alvos apropriados para programas de educação em saúde. Havia uma clara evidencia de que variáveis demográficas como *status* sócio-econômico, gênero, etnia e idade afetavam a extensão em que as pessoas poderiam adotar atitudes preventivas em saúde ou utilizar os serviços de saúde. Porém, estas atitudes não poderiam ser modificados através da educação em saúde, e mesmo quando os serviços fossem financiados com o dinheiro público, os efeitos do *status* sócio-econômico (SSE) não seriam eliminados.

Tornou-se claro então que a efetividade da educação em saúde dependia da identificação de como as diferentes histórias sociais, indexadas por variáveis demográficas, determinavam diferenças individuais na probabilidade de práticas preventivas em saúde, bem como, no seguimento de conselhos médicos.

Esta situação fez com que emergisse a necessidade de variáveis que viabilizassem a mensuração de características psicológicas modificadas, as quais eram correlacionadas com as atitudes em saúde. As crenças individuais ofereceram a ponte ideal entre socialização e atitude, concretizando-se assim, em uma medida de excelência para tal propósito, uma vez que, crenças, são características individuais permanentes que determinam atitudes e podem ser adquiridas durante a socialização. Entretanto, elas não são fixas e podem ser diferenciadas entre indivíduos com um mesmo padrão sócio-cultural (SHEERAN e ABRAHAM, 1998).

O modelo que recebeu maior atenção e estudo, consequentemente, influenciando uma maior concentração de pesquisas adicionais foi a formulação teórica identificada como "Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde" (MCA), que tem suas raízes nos pressupostos que fundamentam a Teoria de Cognição Social, que discute *como* os indivíduos agem em situações sociais concretas, ou seja, como os indivíduos percebem os

outros (percepção pessoal) e a eles próprios (auto-regulação) (FISKE e TAYLOR, 1991).

BECKER (1977) salienta em seu estudo, o considerável suporte empírico disponível através da utilização do MCA em estudos na área de saúde preventiva, de morbidade e da atitude em saúde de indivíduos ou populações.

Segundo MULLEN e cols. (1987), o MCA foi desenvolvido na década de 50, por Hochbaum e associados, no Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América (EUA), com a finalidade de tentar explicar a participação da comunidade em programas de prevenção. O modelo afirma que a predisposição para uma tomada de atitude em saúde vincula-se à *percepção de um problema de saúde*, que vem da avaliação pessoal do indivíduo sobre *sua susceptibilidade* para estar ou ficar doente e o *potencial de severidade* do quadro. A chave para a ação (atitude) pode ser impulsionada pela percepção pessoal do indivíduo ou através do acesso a informações sobre saúde em geral.

Em versões recentes do modelo, mais um fator tem sido analisado, que seria a *motivação para ser saudável* ou *a consciência sobre a importância de cuidar da saúde* (SHEERAN e ABRAHAM, 1998).

STROEBE e STROEBE (1995) afirmam que, o estudo das atitudes em saúde é baseado em duas suposições. A primeira de que nos países industrializados, uma proporção substancial das principais causas de mortalidade é devida a padrões particulares de atitude, e a segunda, de que estes padrões são modificáveis.

A atitude em saúde tem sido definida como "qualquer atividade realizada por uma pessoa que acredita ser saudável, com o propósito de prevenir doença ou detectá-la em um estágio assintomático". (KASL e COBB, 1966)

Entretanto, esta definição exclui aqueles indivíduos que apresentando um desequilíbrio qualquer em sua saúde, também têm um movimento de busca por cura ou manutenção de seu bem estar, o que traduz uma forma única de agir em relação à busca de harmonia e equilíbrio consigo mesmo.

No presente estudo, porém, a atitude em saúde é concebida como a procura por cuidado, independentemente do indivíduo ou grupo, estar vivenciando um problema de saúde. É o que chamar-se-á neste trabalho de ***Atitude Positiva em Prevenção.***

No MCA, a atitude é avaliada através de uma estimativa dos benefícios potenciais adquiridos na procura por cuidado de saúde, visando

a redução da susceptibilidade ou severidade do problema percebido. Os benefícios são então mensurados em contraposição aos custos físicos, psicológicos, financeiros, bem como outros, além das barreiras inerentes ao processo de acesso à assistência à saúde. Variáveis demográficas, sociais, emocionais, percepção de sintomas, fatores relativos ao acesso ao cuidado médico, fatores relativos à personalidade e conhecimento de senso comum podem ser considerados como fatores modificadores, uma vez que em teoria, estes influenciam as atitudes atuais de forma indireta.(ROSENSTOCK, 1974 (a) (b); TAYLOR, 1991; ADLER e MATTHEWS, 1994).

Desta forma, existem seis diversos constructos especificados no Modelo de Crenças e Atitudes em Saúde que são: *percepção da susceptibilidade, percepção da severidade, motivação para a saúde, percepção dos benefícios, percepção das barreiras e chaves para ação.*

Enfim, a ponte interdisciplinar proposta entre os dois referenciais apresentados - Epidemiologia e MCA - é o caminho a ser seguido para a compreensão do processo saúde-doença feminino, e consequentemente, das desigualdades em saúde. A compreensão do processo saúde-doença segundo CONNER e NORMAM (1998), possibilita fornecer subsídios para compreender a variação da distribuição da saúde pela sociedade, bem

como, também possibilita propor metas de intervenção para transformar as atitudes em saúde, de forma a melhorar sua qualidade, seja em nível individual ou coletivo, respeitando o contexto histórico-social onde as pessoas vivem.

1.3.1. Hipótese do estudo

Como comentado anteriormente, indicadores baseados em condições de morbidade podem ser uma importante fonte de informações para a programação em saúde de uma população. As crenças de uma pessoa, sobre qual condição indica a necessidade de cuidado médico pode ser mais uma fonte de informação no planejamento do cuidado em saúde.

O foco deste estudo é a influência das percepções e crenças das mulheres sobre o processo saúde-doença como determinante de prevenção. Desta forma, a hipótese que fundamenta o estudo é:

"As condições sócio-econômicas influenciam fortemente as crenças das mulheres em relação à procura por prevenção em saúde, independentemente do fato destas se perceberem doentes ou não em um determinado momento".

É importante destacar que tal afirmação embasa-se no fato de que, as condições sócio-econômicas influenciam as experiências das mulheres. Nesse sentido, vale considerar que:

- as condições sócio-econômicas, influenciam tanto a probabilidade da atual condição de saúde, como as crenças das mulheres sobre o que constitui um problema de saúde, suas percepções sobre estar apresentando um problema, suas crenças sobre a causa deste e suas atitudes em relação à busca por cuidado de saúde;
- a percepção do problema de saúde influencia a procura por cuidado;
- as experiências das mulheres na procura por cuidado de saúde, influenciam suas crenças sobre a procura por cuidado;
- as condições sócio-econômicas afetam as crenças das mulheres sobre quando uma pessoa necessita procurar por cuidado de saúde, ou seja, a atitude positiva em prevenção.

A Figura 1 mostra o modelo analítico hipotético, construído a partir do referencial teórico-metodológico, onde observa-se a associação entre duas dimensões. A primeira, contempla as *condições concretas de existência*, caracterizadas pela condição sócio-econômica da população em estudo. A segunda, contempla as *percepções e comportamentos em*

saúde, caracterizadas pela percepção do problema de saúde e procura por cuidado de saúde. Estas duas dimensões podem influenciar a atitude positiva em prevenção, regatada através das crenças das mulheres sobre quando uma pessoa necessita procurar por cuidado de saúde.

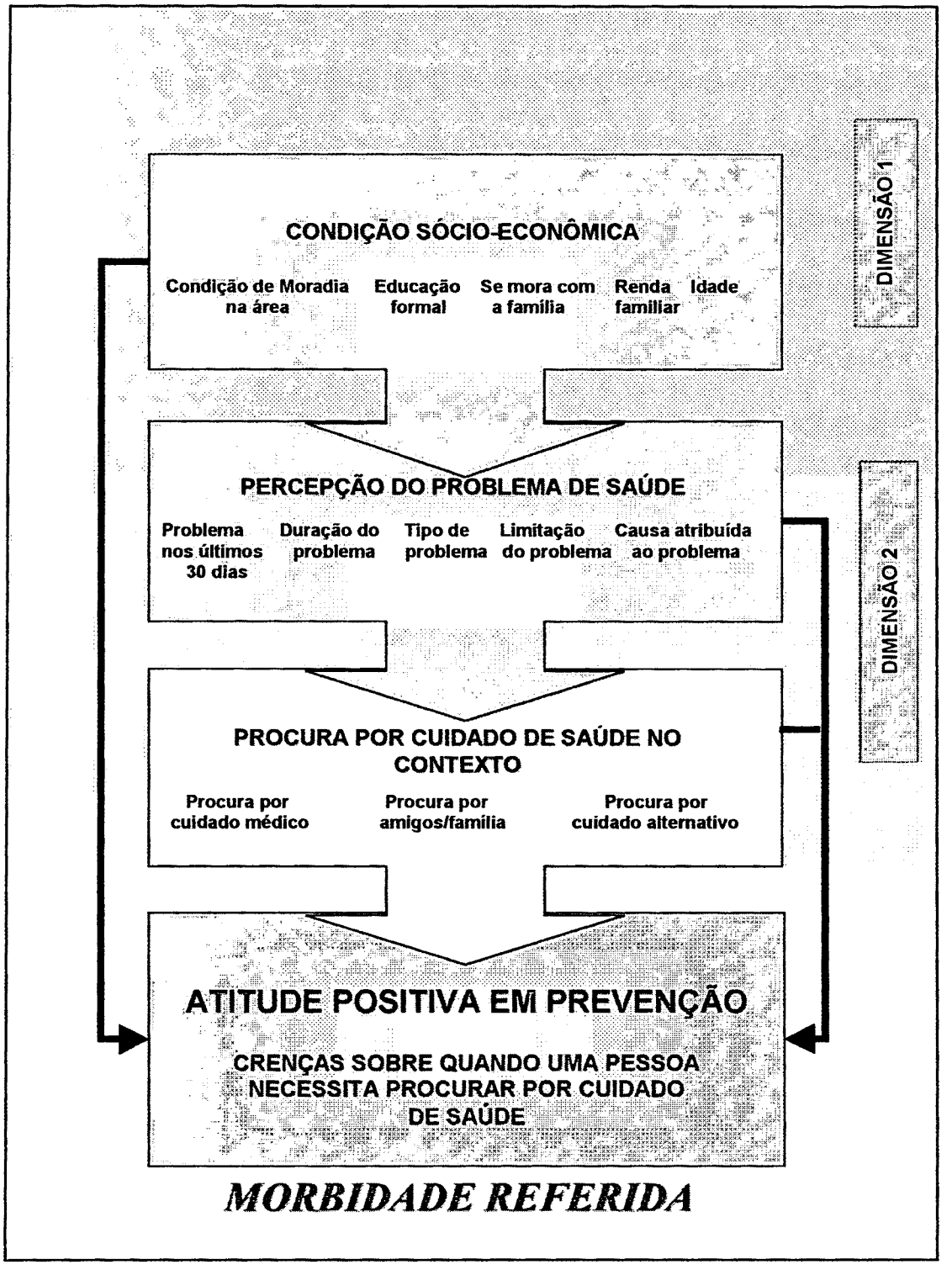

Figura 1. Modelo Analítico Hipotético

Segundo o modelo analítico proposto, a atitude positiva em prevenção, seja para tratar de problemas de saúde ou visando a prevenção e/ou tratamento, pode estar associada aos fatores, e correspondentes variáveis, que são:

- condição sócio-econômica da mulheres, expresso pelas variáveis condição de moradia na área, educação formal, se mora com a família, renda familiar e idade;
- percepção do problema de saúde, expresso pelas variáveis presença ou não de problema nos últimos 30 dias, duração do problema, tipo de problema, possibilidade limitante e causa atribuída;
- procura por cuidado de saúde no contexto, expresso pelas variáveis procura por cuidado médico, procura por amigos e/ou família, e procura por cuidado alternativo.

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Tomando como base a hipótese apresentada acima, este estudo tem como objetivo, descrever e analisar uma população de mulheres, segundo:

- Condições sócio-econômicas;
- Percepção de problemas de saúde;
- Procura por cuidado em saúde e experiências com os serviços de saúde;
- Crenças e atitudes sobre a prática da prevenção em saúde.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal onde a unidade de observação empregada são indivíduos de uma área geográfica específica. O estudo foi estruturado em duas fases, utilizando na primeira fase o método epidemiológico quantitativo e, na segunda, o método qualitativo.

3.2 LOCAL

O estudo foi realizado na área geográfica correspondente à área de abrangência referente à Unidade Básica de Saúde Marabá, localizada na região Leste do município de Londrina - Paraná. A escolha desta localidade foi sugerida pela direção da Secretaria Municipal de Saúde, que tinha particular interesse em conhecer a realidade local. Algumas características relevantes sobre esta área foram levantadas a partir do Processo de Territorialização e Estimativa Rápida Participante, realizado no ano de 1995, em toda a extensão urbana do município (SECRETARIA, 1995).

3.2.1. Caracterização do local

A área geográfica correspondente à demanda da Unidade Básica de Saúde Marabá que possui uma população feminina estimada em 8000

mulheres, com características habitacionais variadas. É constituída por 22 bairros e uma favela. A maioria dos bairros é antiga, havendo espaços vazios entre eles que, ao longo do tempo foram preenchidos por núcleos de favelas; as casas foram construídas, em média, há 30 anos.

A região é cortada pela linha férrea, existindo uma profunda distinção entre os bairros que ficam à sua direita e à sua esquerda. À direita, as moradias apresentam bom estado de conservação, enquanto que à esquerda, são encontrados bairros com moradias em más condições de conservação, com várias casas em um mesmo terreno.

A favela encontra-se à esquerda da linha férrea, sendo urbanizada, com delimitação dos terrenos e rede de água e luz, encontrando-se pavimentada parcialmente em sua extensão.

Vários conjuntos habitacionais foram sendo construídos à margem dos bairros e possuem características diferentes entre si. Três dos conjuntos são mais antigos, com terrenos e casas maiores e de melhor padrão. Os demais são novos, com terrenos menores e residências pequenas.

As escolas, em sua maioria, são bem distribuídas, porém, em algumas localidades, as crianças deixam o estudo precocemente para

entrar no mercado de trabalho informal; esta atitude é comum na favela da região.

A área possui muitos estabelecimentos comerciais de pequeno porte, como bares, mercearias e oficinas mecânicas. No Parque das Indústrias Leves, existem pequenas e médias indústrias, sendo uma fonte importante de emprego para os habitantes da região. No entanto, as empresas não oferecem condições de trabalho adequadas e os trabalhadores enfrentam problemas com pó, ruído e acidentes com maquinário cortante.

A inserção no mercado de trabalho é bastante diferente entre as duas regiões cortadas pela linha férrea. À esquerda desta, encontram-se operários da construção civil, empregados domésticos, trabalhadores das indústrias da região e mercado informal. À direita, é comum habitarem profissionais liberais, ou trabalhadores melhor remunerados e empresários.

O abastecimento de água é feito pela Sanepar (Companhia de abastecimento municipal), sendo raro o consumo de água de mina. A região possui rede de esgoto em alguns bairros, mas a maioria das residências possui fossa asséptica.

A região é cortada também pela BR369, rodovia de trânsito intenso e de grande velocidade, onde ocorrem constantes atropelamentos com óbitos. Outro grave problema da região é originado pelos ribeirões Quati e Lindóia, altamente poluídos por esgoto industrial e domiciliar.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por 654 mulheres em período fértil e pós-menopausa, na faixa etária entre 10 e 65 anos.

3.4 AMOSTRA

3.4.1. Tamanho da amostra

Delimitado através da precisão desejada na estimativa de proporções, que toma como referência a expressão qualitativa de um evento em saúde, geralmente do tipo dicotômico, como, normal/anormal, doente/sadio, vivo/morto e presente/ausente, de modo que os resultados são sintetizados por uma proporção, expressa pela prevalência de qualquer agravo à saúde.

A precisão mencionada foi fixada em no mínimo 95%. Isto é, nas estimativas das proporções, os erros máximos que poderão ocorrer não ultrapassaram 5%.

Devido ao tipo de estudo, levantamento populacional, a probabilidade associada à precisão foi fixada em 90%.

Os parâmetros assim dimensionados, quando aplicados numa situação em que o verdadeiro valor da proporção estimada fosse 50%, levaram a um tamanho mínimo de amostra de aproximadamente 350 mulheres (DIXON e MASSEY, 1957).

Como não se conhecia a informação sobre quantas mulheres na faixa etária de 10 a 65 anos existiam por família, propôs-se que este número fosse o número mínimo de famílias. Isto é, nas condições da amostra final, obteve-se uma maior probabilidade (90%) e uma precisão também maior.

3.4.2. Procedimento na amostragem

Na primeira fase do estudo, propôs-se a utilização de amostragem sistemática para a coleta de dados (BERQUÓ e cols., 1980).

A técnica de amostragem utilizada define o tamanho amostral com $N/n=K$. Sendo N o total de unidades amostrais (número de domicílios que compunham a área geográfica do estudo, que segundo o Censo de 1991/IBGE, correspondia a cerca de 6.000), n o tamanho da amostra desejada (10% dos domicílios)e K, o intervalo amostral, este foi K=10.

Admitindo-se que *K* era um número inteiro, fez-se um sorteio entre os números 1, 2, ..., K, obtendo-se então o valor *i*, que foi denominado de início casual. Nestas condições, através deste sorteio, toda a amostra ficou selecionada, seguindo-se o esquema i, i + K, i + 2K, ..., i + (n-1) K.

Tomando-se como base os resultados obtidos na análise dos dados relativos à primeira fase do estudo, na segunda fase, do total da amostra, 12 mulheres foram sorteadas ao acaso, segundo a renda familiar, sendo seis classificadas como pertencentes ao grupo caracterizado como de baixa renda, e outras seis, como pertencentes ao grupo de alta renda. Estes dois subgrupos foram divididos ainda, entre mulheres que relataram atitude positiva em prevenção e aquelas que não relataram a atitude positiva em prevenção. Desta forma, os discursos foram codificados da seguinte forma:

- *A1, A2 e A3* - baixa renda e ausência de atitude positiva em prevenção;
- *B4, B5 e B6* - baixa renda e presença de atitude positiva em prevenção;
- *C7, C8 e C9* - alta renda e ausência de atitude positiva em prevenção;

- *D10, D11 e D12* - alta renda e presença de atitude positiva em prevenção.

3.4.3. Critérios de exclusão referentes à primeira fase

O domicílio selecionado foi excluído da amostra e a(s) entrevista(s) foi realizada na casa imediatamente seguinte, quando ocorreu uma das situações abaixo mencionadas:

- domicílio vago, de uso ocasional, uso comercial, tipo pensão;
- tempo de residência na área geográfica menor do que 1 ano;
- mulheres com mais de 10 e menos de 15 anos, com ausência de menarca.

3.4.4. Casos especiais no desenvolvimento da primeira fase

Os casos especiais que ocorreram na coleta de dados, foram tratados

da seguinte maneira:

- quando não foi possível realizar a entrevista no domicílio selecionado devido à ausência de pessoa que atendia aos critérios estabelecidos ou porque esta não tinha disponibilidade para atender ao entrevistador naquele momento, verificou-se o

melhor dia e horário para a realização da mesma, agendando com a(s) moradora(s) uma data e horário mais apropriados, sendo anotada a visita na folha de rosto do formulário;

- quando não havia moradora(s) presente(s) naquele momento, foi verificado com um vizinho, a existência desta(s) no local, bem como, qual o melhor dia e horário para encontrá-la(s), sendo a visita anotada na folha de rosto do formulário;
- no caso de recusa da(s) moradora(s) em responder ao formulário, a visita foi anotada na folha de rosto. A percentagem de recusas correspondeu a 2,6%;
- no caso de domicílio fechado após a quinta visita, este foi considerado como caso, porém, perda na amostragem. Isto ocorreu em 1,2% dos casos. Sendo assim, a perda total de casos foi de 3,8%.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados utilizado na primeira fase do estudo foi um formulário (anexo A), constituído de perguntas abertas e fechadas sobre dados gerais de identificação, situação sócio-econômica, presença de problema de saúde e utilização dos serviços de saúde. Foram

também levantadas informações sobre a utilização de métodos medicinais alternativos, bem como, sobre a percepção, prática e atitude das mulheres em relação às situações de saúde e doença.

O instrumento utilizado na segunda fase constou de um roteiro de entrevista não-estruturada (anexo B), onde foram resgatadas informações sobre as crenças sobre saúde, doença e prevenção em saúde, bem como, a experiência no uso e acesso ao serviço de saúde.

3.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Na primeira fase do estudo, procurou-se levantar informações sobre a condição sócio-econômica, percepção do problema de saúde, procura por cuidado de saúde, prática de prevenção em saúde reprodutiva e adoção de medidas saudáveis entre as mulheres entrevistadas. Para tanto, alguns grupos de variáveis foram construídos (Figura 2).

As variáveis em relação à condição sócio-econômica incluidas no estudo foram: *condição de moradia, educação formal, com quem mora, renda familiar e idade.* A variável condição de moradia foi categorizada em boa qualidade e baixa qualidade, em função da presença ou não de pavimentação, iluminação elétrica, rede pública de abastecimento de água e esgoto e destino do lixo. A variável educação formal foi categorizada

de acordo com a estrutura curricular do ensino de primeiro, segundo e terceiro graus. Assim, a categoria 0-8 anos corresponde ao ensino fundamental; 9-11 anos de estudo equivalem ao segundo grau e, 12 e mais anos cursados referem-se ao terceiro grau.

Para a apreensão da percepção do problema de saúde foram utilizadas as variáveis: *problema nos últimos 30 dias, duração do problema, tipo de problema, limitação do problema e causa atribuída ao problema.* Na definição do tipo de problema foram empregadas as seguintes categorias: presença de dor, outra queixa (referência a qualquer outro sintoma que não a dor), doença (referência a qualquer patologia clinicamente diagnosticada) e a ausência de problema. A variável causa atribuída ao problema foi categorizada em estilo de vida (causa atribuída a hábitos pessoais), biológica (causa relacionada a problemas orgânicos), emocional (causa atribuída a distúrbios emocionais) e o não conhecimento da causa.

A procura por cuidado de saúde foi resgatada através das variáveis: *procura por cuidado médico, procura por amigo/família, procura por cuidado alternativo, procura por cuidado médico na ausência de problema, resolução do problema, satisfação com o atendimento e quando procurar por cuidado.* Sendo que a última deste grupo de variáveis,

constituiu-se na variável independente deste estudo (Questão 20 do instrumento de coleta de dados da priemira fase de estudo).

A prática de prevenção em saúde reprodutiva foi levantada através das variáveis: *uso de método anticoncepcional, realização de colpocitologia, realização da última colpocitologia e realização de pré-natal na última gravidez.*

A adoção de medidas saudáveis foi verificada através das variáveis: *acesso a informação em saúde, prática de atividade física e prática de atividade de lazer.*

As categorias de análise referentes à segunda fase do estudo, podem ser observadas na Figura 3. Nesta fase, foram levantadas informações sobre percepções e crenças sobre saúde, percepções e crenças sobre doença, experiências no uso e acesso ao serviço de saúde e percepções e crenças sobre prevenção em saúde.

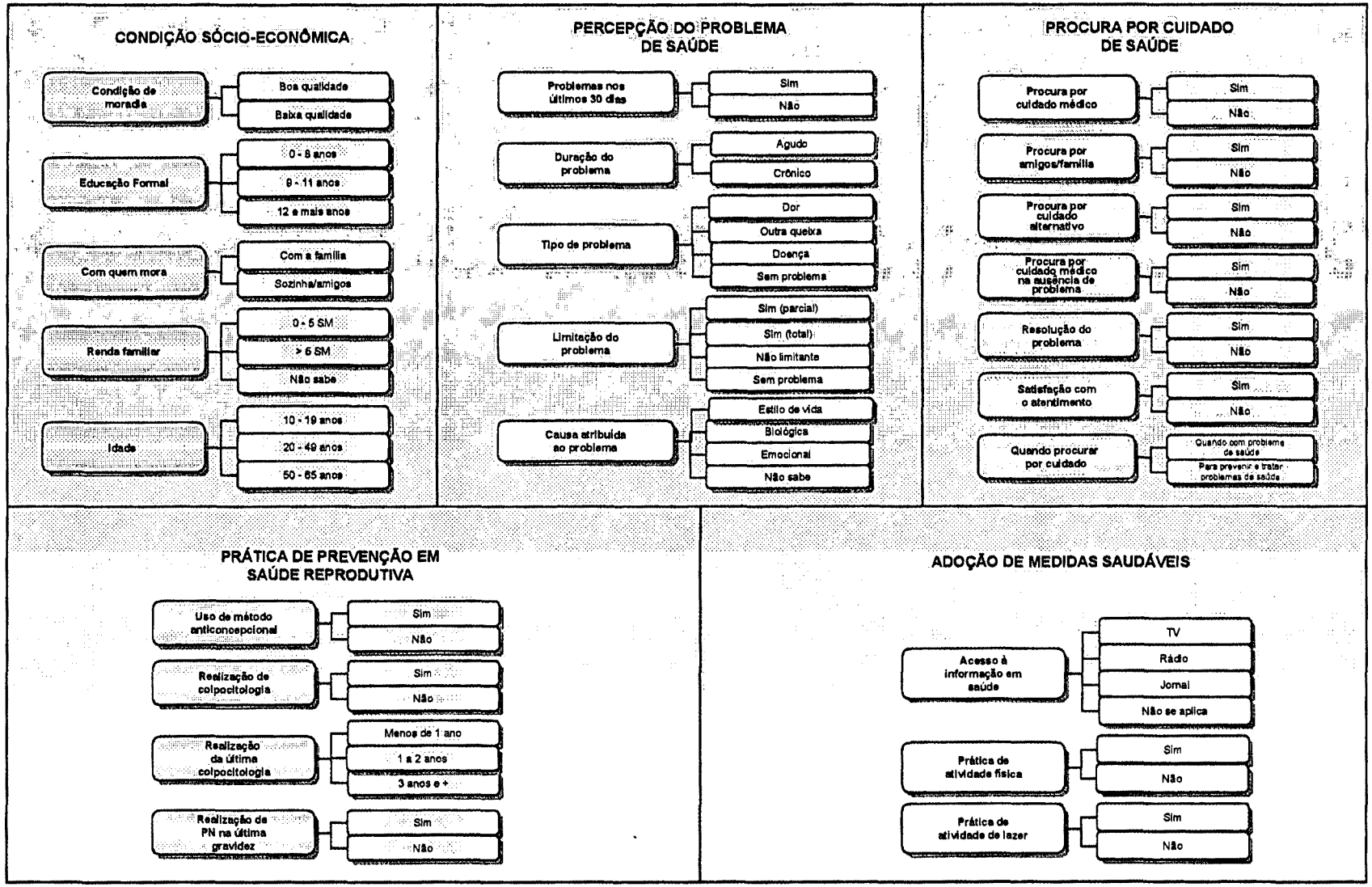

Figura 2. Variáveis e respectivas categorias - 1ª Fase

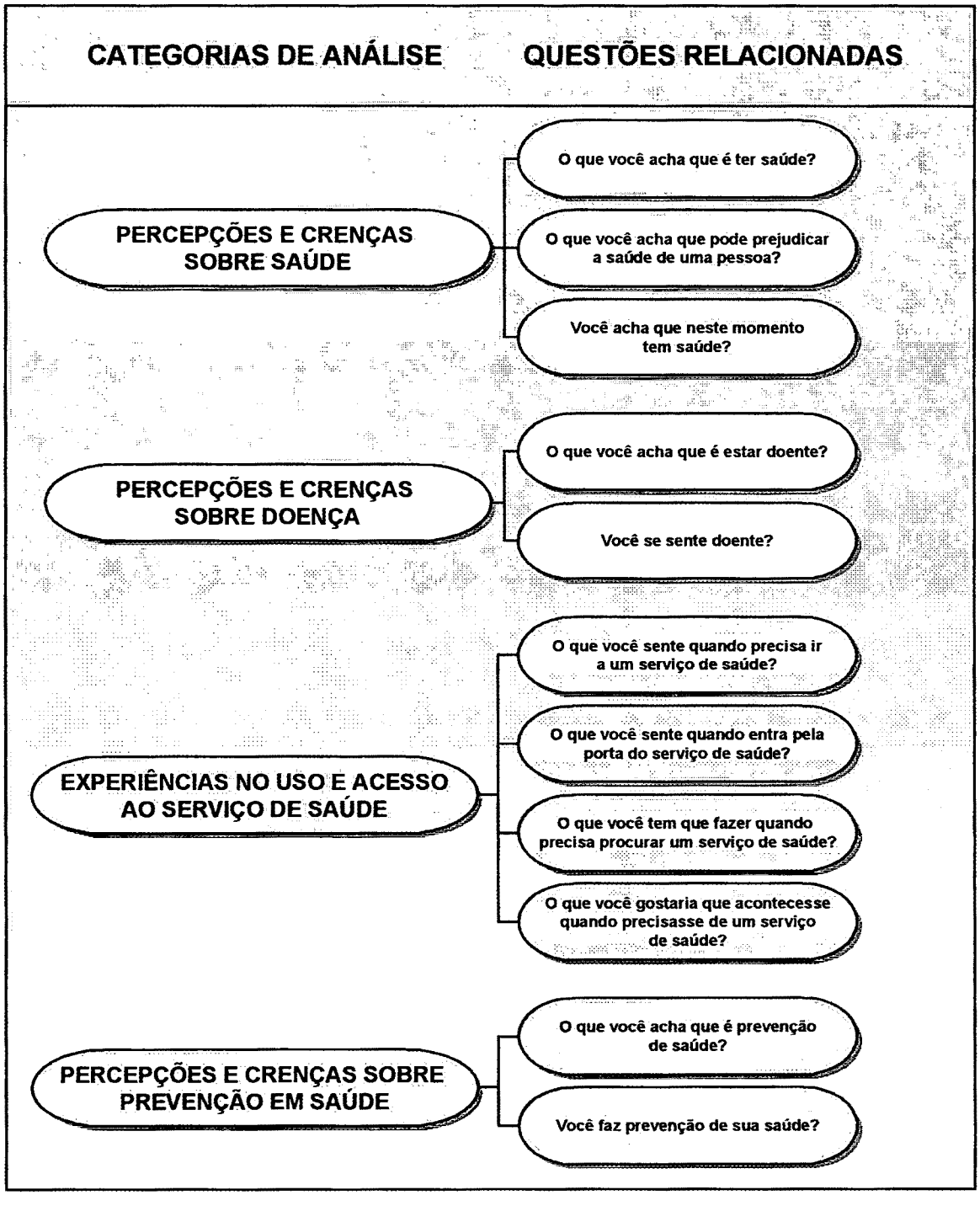

FIGURA 3. Categorias de análise - 2ª FASE

3.7 PROCEDIMENTO NA COLETA DE DADOS

Na primeira fase, foram realizadas entrevistas individuais com todas as mulheres dos domicílios selecionados pela amostragem, conforme estabelecido para constituir a população do estudo.

Para a segunda fase, foram entrevistadas, individualmente, 12 mulheres segundo a renda familiar e a crença em atitude positiva em prevenção. As entrevistas foram realizadas no domicílio ou no local de trabalho das mulheres, após contato telefônico inicial para agendamento, de acordo com a disponibilidade de cada uma.

MINAYO (1992) *appud* Parga Nina define a entrevista não-estruturada, também chamada aberta, como *conversa com finalidade*, onde o roteiro, serve como baliza para o pesquisador e não para cerceamento da fala dos entrevistados. Desta forma, segundo a autora *"...a informação não-estruturada nos permite manter a margem de movimentação dos informantes tão ampla quanto possível. O entrevistador se libera de formulações pré-fixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões...".*

Assim, considera-se que a utilização da entrevista não-estruturada, possibilitou uma produção maior e com grau de profundidade

incomparável em relação ao questionário estruturado. A aproximação qualitativa permitiu atingir regiões inacessíveis à simples pergunta e resposta.

Vale salientar ainda que, subjacente ao dado abstrato com que se trabalhou nas entrevistas - as crenças da mulheres - existe uma realidade mais profunda que interfere na consciência dos indivíduos.

Nesse sentido, procurou-se seguir os passos fundamentais para a realização da entrevista, incluindo a apresentação do pesquisador através de conversa inicial de aquecimento, com menção do interesse da pesquisa; explicação dos objetivos da pesquisa em linguagem acessível; justificativa da escolha da entrevistada; garantia de anomicidade na publicação dos dados e de liberdade para recusa em participar do estudo. Foi também solicitada a autorização para uso do gravador (anexo C).

3.8 REPRESENTATIVIDADE DA POPULAÇÃO DA SEGUNDA FASE DO ESTUDO

Pode-se considerar que ao expor suas experiências por meio de narrativas, as mulheres entrevistadas superaram a condição de meras descritoras de acontecimentos e crenças.

Segundo LUKÁCS (1967), a descrição é um processo que nivela todas as coisas, tornando-as estáticas, mesclando fatos importantes com

detalhes casuais e dando um caráter episódico à questão em enfoque, através de um nivelamento indiferenciado, que não consegue ir para além da aparência dos acontecimentos. O narrador, por sua vez, participa dos acontecimentos relatados, consegue distinguí-los e hierarquizá-los, demarcando com exatidão, os fatos essenciais, que em nenhum momento são ofuscados pela intromissão de acasos acidentais.

Desta forma, o conteúdo obtido nas entrevistas realizadas na segunda fase da pesquisa, traduz o comprometimento das mulheres com as questões relatadas, compondo o material necessário à apreensão e análise do objeto em estudo, por meio da saturação teórica, dando representatividade às mulheres. Assim, o número de entrevistas realizadas - 12 casos - expressa a realidade deste grupo.

3.9 APURAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Na primeira fase do estudo utilizou-se estatística descritiva para a análise das seguintes variáveis: *procura por cuidado médico na ausência de problema, resolução do problema, satisfação com o atendimento, uso de método anticoncepcional, realização de colpocitologia, realização da última colpocitologia, realização de pré-natal na última gravidez, acesso à*

informação em saúde, prática de atividade física e prática de atividade de lazer.

As variáveis que compuseram o modelo analítico hipotético (Figura 1) foram tratadas utilizando-se regressão logística. Em regressão logística, a transformação logarítmica da Atitude Positiva em Prevenção foi assumida como dependente linear da co-variável em análise, onde log Odds = ln $p/(1-p)$. O termo p fornece a probabilidade da presença de Atitude Positiva em Prevenção e $(1-p)$ fornece a probabilidade da ausência de Atitude Positiva em Prevenção. O Odds Ratios (OR) de cada fator foi ajustado para outros fatores de confusão, como detalhado no rodapé das Tabelas 1 e 2, apresentadas no capítulo seguinte. O resultado de interesse na análise do modelo analítico hipotético é uma variável dicotômica, que indica se a mulher refere ou não uma crença positiva em procurar por prevenção = atitude positiva em prevenção. A variável de interesse foi codificada como:

(1) refere crença positiva na procura por prevenção = sim

(0) não refere crença positiva na procura por prevenção = não

Convém esclarecer que um OR menor que 1, significa uma menor possibilidade de que o fator em análise tenha um efeito sobre a variável de interesse. Um OR maior que 1, implica num aumento desta

possibilidade; um OR igual a 1, implica a não evidência de que aquele fator em análise tenha um efeito sobre as crenças das mulheres em relação à procura por prevenção em saúde.

Os dados referentes à segunda fase do estudo (anexo D), foram adaptados do modelo de análise de discurso utilizado por CARVALHO LEITE (1998).

Neste estudo, tendo presente o embasamento teórico dos pressupostos e hipótese, foram estabelecidas categorias de análise, conforme apresentadas na Figura 3, a priori. Realizou-se então a leitura exaustiva das transcrições das entrevistas referentes à segunda fase da pesquisa, buscando-se uma primeira aproximação com o texto transcrito para se apreender os momentos específicos de significância relativos às categorias de análise pré-estabelecidas (primeira coluna do anexo D).

A seguir, realizou-se a redução do discurso, onde procedeu-se a construção/montagem, organizada e resumida, condensada, de informação. Neste estudo, este procedimento envolveu a organização e interpretação das unidades de significado internas dos discursos pessoais de cada mulher entrevistada e, entre seus discursos como um todo. O critério de interpretação envolveu, a identificação de contrastes, clareamento de relações e construção de uma forma coerente de

entendimento da informação contida em cada discurso e apresentada por meio de frases temáticas que expressavam as idéias centrais nele contidas (segunda coluna do anexo D).

Posteriormente, trabalhou-se a definição das unidades temáticas. Neste nível, sentenças foram escritas de forma a possibilitar o acesso à antecipação de uma condição existente, enfim, a possível ponte para o contato com o conhecimento de determinada realidade. As frases temáticas sofreram nova redução, obtendo-se assim as unidades temáticas específicas para cada discurso (terceira coluna do anexo D).

A seguir, tomou-se o cuidado de realizar análise minuciosa do conjunto de unidades temáticas obtidas, independentemente de suas associações com as categorias analíticas que lhes deram origem. Este cuidado possibilitou uma aproximação mais fidedigna dos significados ali contidos que resultaram nos temas que serviram de eixo norteador para o entendimento das atitudes em saúde das mulheres do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 OS NÚMEROS COMO CAMINHO PARA O ENTENDIMENTO DO COMPORTAMENTO DAS MULHERES DO ESTUDO - PRIMEIRA FASE

4.1.1. Condições sócio-econômicas e demográficas das mulheres[1]

Foram entrevistadas 654 mulheres, distribuídas em 451 domicílios, sendo que em 64,3% (n=290) destes, residia somente uma mulher; em 27,0% (n=122), viviam duas mulheres; em 8,0% (n=36), três e em 0,7% (n=3), habitavam quatro mulheres. Em sua grande maioria (97,3% ; n=636), as mulheres do estudo viviam com a família, sendo que a composição numérica média em cada domicílio foi de 4 indivíduos (DP=1,46), variando de um mínimo de 2 a um máximo de 9 pessoas; 2,7% (n=18) da amostra moravam sozinhas.

Estas mulheres apresentavam em média 35 anos. Sendo que categorizadas por grupo etário, encontrou-se 59,9% (n=392) destas na faixa etária entre 20 e 49 anos. No período da adolescência - 10 a 19 anos - havia 18,5% (n=121) e 21,6% (n=141) das mulheres entre 50 e 65 anos, estavam após a idade fértil.

[1] Os gráficos considerados mais relevantes estão apresentados figura 2, na página 68.

Pode-se dizer que as mulheres que compuseram a amostra deste estudo eram jovens e encontravam-se, em sua grande maioria, no período reprodutivo. As diferenças no nível de saúde das mulheres, relacionadas às diversas fases do curso vital têm sido reconhecidas, já há algum tempo. Entretanto, a associação de fatores como nível de saúde, gênero e idade na construção de uma variável social ainda é recente.

Segundo CHARLES e WALTERS (1998) as mulheres no curso da vida têm seu papel social circunscrito à reprodução e a idade, associada a outras situações, é pouco considerada em pesquisas e intervenções em saúde. GINN e ARBER (1995) argumentam que idade e gênero ainda não foram integrados em uma perspectiva de pensamento sociológico e que, raramente, têm sido pesquisados no sentido de se verificar as influências de sua associação.

Há uma distinção entre as dimensões sociais e psicológicas da idade. As mudanças psicológicas, estão nitidamente associadas à idade, enquanto que a dimensão idade cronológica afeta o *status* social, como, por exemplo, quando requer a retirada do indivíduo da força de trabalho; já a dimensão social da idade é relativa às diferentes fases da vida. Estes aspectos da idade não afetam somente a experiência dos problemas de saúde das mulheres, como também, o discurso das mulheres idosas e jovens pode

variar, devido a influências decorrentes da estrutura social e mudanças culturais (BURY, 1995; PILCHER, 1994; INGRISCH, 1995).

Isto sugere que podem haver diferenças abrangentes na forma como as mulheres interpretam suas experiências em saúde.

Da mesma forma, esta interpretação pode também ser influenciada pelo nível de escolaridade das mulheres. Para mais da metade das mulheres neste estudo (52,5% ; n=344) era inferior a 8 anos de educação formal, sendo que 37,5% (n=245) estudaram entre 9 e 11 anos e apenas 10,0% (n=65) referiram ter mais de 12 anos de educação formal.

PILL e STOTT (1985) argumentam que as crenças em saúde parecem estar relacionadas com a quantidade de educação formal a que as mulheres têm acesso. Assim, quanto maior o acesso à educação, maior o reconhecimento por parte dos indivíduos de que suas atitudes têm alguma relação com o aparecimento de problemas de saúde e que a negligência pessoal pode reduzir a resistência à doenças. Por sua vez, para as pessoas que têm menor acesso à escolaridade, a ocorrência de doença, freqüentemente, está associada a causas externas, que estão fora do controle pessoal.

Quanto à renda familiar mensal, 52,1% (n=341) das mulheres entrevistadas possuíam renda familiar acima de 5 salários mínimos (SM);

24,9% (n=163), entre 3 e 5 SM; 16,8% (n=110), entre 1 e 2 SM, 1,7% (n=11), possuíam renda familiar inferior a 1 salário mínimo, sendo que 4,4% (n=29) não souberam referir o valor da renda familiar mensal.

Em relação a condição de trabalho, verificou-se que 45,9% (n=300) da amostra estudada exercia algum tipo de ocupação no mercado de trabalho, sendo que, dentre estas últimas, 26,3% (n=79) possuíam a maior renda familiar. Vale ressaltar que no momento da coleta de dados, 12,0% (n=80) das mulheres entrevistadas estavam desempregadas. O índice de mulheres que exerciam atividades apenas no lar foi de 27,0% (n=174). Do total de mulheres, 4,1% (n=27) eram aposentadas e 11,0% (n=73) eram estudantes.

Outro dado importante é o fato de que 24,0% (n=156) das mulheres do estudo pagavam aluguel, despesa esta que representava uma sobrecarga nos gastos com a manutenção familiar superior a 20,0% para 11,0% (n=73) do total das mulheres.

Estes números revelam que a renda familiar de quase metade da amostra era baixa (menor que 5 salários mínimos), refletindo altos níveis de desemprego familiar e limitação quanto a opções de trabalho para as mulheres.

O fato de que quase um terço da amostra não possuía atividade fora do lar, talvez não se deva somente à baixa escolaridade, mas ao seu

cotidiano, uma vez que, muitas tinham filhos para cuidar e o salário que receberiam não cobriria as despesas com a alimentação fora de casa e condução para ir ao trabalho. Além disso, o papel social freqüentemente assumido pelo marido e/ou companheiro, de responsável pelo 'sustento familiar' poderia estar interferindo neste contexto.

De acordo com o modelo de *stress* no trabalho, a combinação de trabalho e responsabilidades familiares, pode exercer pressão suficiente entre as mulheres, a ponto de afetar a saúde física de forma negativa. Por outro lado, uma segunda abordagem, referente ao modelo dos benefícios para a saúde, discute a saúde da mulher e o trabalho, afirmando que o ambiente de trabalho pode oferecer benefícios, tais como, oportunidades para a construção de auto-estima e confiança na tomada de decisões; suporte socializante, no caso de indivíduos isolados e experiências que promovam a satisfação de viver (SORENSEN e VERBRUGGE, 1987).

Pode-se considerar que o fato de se sentir produtivo é essencial ao ser humano e o exercício de atividades socializadas, como aquelas vivenciadas no contexto do trabalho, é uma possibilidade real de concretização deste 'ser produtivo'.

Autores como NATHANSON (1980), WALDRON (1980), WINGARD (1984) e WOODS e HULKA (1979) afirmam que as mulheres inseridas na

força de trabalho relatam menor quantidade de sintomas crônicos, fazem menos visitas ao médico e limitam suas atividades diárias, devido a problemas de saúde, em menor escala do que as donas-de-casa.

No entanto, estas associações somente podem ser observadas, através de estudos longitudinais entre a relação da participação na força de trabalho e as conseqüentes mudanças na atitude em saúde.

Pode-se dizer que as condições de moradia da população, no que diz respeito à caracterização de infra-estrutura e saneamento ambiental eram boas, uma vez que a totalidade da população tinha acesso à coleta de lixo pelo serviço municipal e iluminação elétrica e 98,5% (n=644) possuía rede pública com canalização interna de água. Entretanto, com relação ao esgoto, apenas 56,1% (n=367) possuía este ligado a rede pública, sendo que os restantes 43,9% (n=287) da amostra possuía fossa. Quanto à pavimentação, 24,5% (n=160) da população do estudo não possuía as ruas vizinhas aos seus domicílios asfaltadas.

Informações sobre saúde têm papel relevante no incentivo à procura por cuidados preventivos, bem como, na adoção de medidas saudáveis, como a prática do esporte e atividades de lazer. Pouco mais da metade das mulheres entrevistadas (57,2% ; n=374) referiu ter acesso a estas informações através da mídia televisiva e do rádio. No que diz respeito às

práticas do esporte e lazer, observou-se que apenas 29,2% (n=191) da amostra tinha alguma atividade física, sendo a caminhada a maior opção. Em relação à prática de alguma atividade de lazer, cerca de 41,5% (n=272) das mulheres afirmaram ter o hábito da dança, costura, crochê e canto.

Neste estudo, o acesso a informações em saúde, bem como, a prática de atitudes saudáveis pelas mulheres entrevistadas, não foram relevantes, demonstrando a necessidade de se promover o acesso a informações que determinem uma mudança de comportamento positiva.

A seguir apresentam-se as associações dos fatores em estudo com a Atitude Preventiva, calculados por regressão logística.

É digno de nota, o surpreendente fato de que do total de 625 mulheres estudadas, apenas 36 (5,8%) tenham referido crença em uma atitude positiva em prevenção. Este dado faz emergir a necessidade de se conhecer os determinantes envolvidos neste tipo de atitude.

A Tabela 1 mostra odds ratios para as condições sociais e econômicas das mulheres. Na coluna OR^1 são apresentados os odds ratios brutos ou não ajustados e na coluna OR^2 os odds ratios ajustados para possível confundimento das demais condições sociais e econômicas incluídas na tabela.

Tabela 1 - Número de mulheres, número e percentagem de mulheres com atitude positiva em prevenção e odds ratios de atitude positiva em prevenção, segundo condições sociais e econômicas. Londrina, 1999.

VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS	Número de Mulheres N	Atitude Positiva em Prevenção N(%)	Odds Ratios para Atitude Positiva em Prevenção OR[1] (95% CI)	OR[2] (95% CI)
CONDIÇÃO SOCIAL E ECONÔMICA				
Condição de moradia na área				
Boa qualidade	357	27 (7,6)	2,3 (1,1 - 5,1)	1,2 (0,5 – 2,7)
Baixa qualidade	268	9 (3,4)	1	1
Total	625	36 (5,8)	p=0,018	p=0,588
Educação formal (para idade maior de 16 anos)				
0 – 8 anos de estudo	307	9 (2,9)	1	1
9 – 11 anos de estudo	202	17 (8,4)	3,0 (1,5 – 6,0)	2,1 (0,8 – 5,4)
mais de 11 anos de estudo	65	9 (13,8)	5,3 (2,0 – 14,0)	2,7 (0,9 – 8,1)
Total	574	35 (6,1)	p=0,001	p=0,199
Renda				
0 – 5 salários mínimos	284	5 (1,8)	1	1
> 5 salários mínimos	341	31 (9,1)	5,6 (2,1 – 14,5)	4,0 (1,4 – 11,2)
Total	625	36 (5,8)	p < 0,001	p= 0,009
Idade				
10 – 19 anos	115	5 (4,3)	0,6 (0,2-1,6)	0,6 (0,2-1,6)
20 – 49 anos	376	27 (7,2)	1	1
50 – 65 anos	134	4 (3,0)	0,4 (0,1 – 1,2)	0,6 (0,2-2,0)
Total	625	36 (5,8)	p = 0,132	p = 0,465

(95% CI) : 95% intervalo de confiança.
(1) Odds Ratios não ajustados.
(2) Odds Ratios ajustados. Cada variável foi ajustada por todas as outras que compõem esta tabela.

Os odds ratios não ajustados para *condições de moradia na área* mostram que mulheres residindo em áreas com boa qualidade de moradia tiveram odds de atitude positiva em prevenção cerca de duas vezes maior do que o odds das que moravam em áreas de baixa qualidade (OR^1 = 2,3; 95%CI=1,1-5,1). No modelo ajustado, não houve evidência de diferença no odds de atitude positiva em prevenção em relação às condições de moradia

das mulheres (OR^1 = 1,2; p = 0,588). O principal confundidor do efeito das condições de moradia sobre atitude positiva em prevenção foi a renda familiar, em segundo lugar a educação. Esses resultados sugerem que as condições de moradia da área de residência por si mesmas não tenham efeito sobre a atitude positiva em prevenção, e que as mulheres residindo nas áreas com boa qualidade de moradia tenham maior probabilidade de apresentar atitude positiva em prevenção porque elas tendem a ter maior renda familiar e mais educação formal do que as mulheres que vivem em áreas de baixa qualidade (Tabela 1).

Para mulheres com mais de 16 anos de idade, os odds ratios não ajustados para a variável *educação formal* mostram que mulheres com 9 a 11 anos de estudo tiveram odds de atitude positiva em prevenção três vezes maior comparado ao das mulheres com menos de 8 anos de estudo (OR^1=3,0; 95% CI=1,5-6,0). Para mulheres com mais de 11 anos de estudo, esse odds foi cerca de cinco vezes maior do que o das mulheres com menos de 8 anos de estudo (OR^1=5,3; 95%CI=2,0-14,0). No modelo ajustado, o odds para 9 a 11 anos de estudo foi 2,1 e para mais de 11 anos foi 2,7 em relação à menos de 8 anos de estudo, mas a evidência estatítica desse efeito não foi significante (p = 0,199; 95%CI = 0,8 - 5,4 e 0,9 - 8,1 respectivamente).

Talvez uma amostra de maior tamanho daria maior evidência estatística para esse efeito (Tabela 1).

Para a variável *renda familiar*, no modelo não ajustado o odds de atitude positiva em prevenção foi 5,6 vezes maior para mulheres com renda familiar acima de 5 salários mínimos quando comparadas com mulheres com renda familiar menor ($p < 0,001$). No modelo ajustado, o odds para as mulheres com renda superior a cinco salários mínimos foi quatro vezes maior quando comparadas com mulheres com renda inferior a cinco salários mínimos ($p=0,009$). Os intervalos de confiança 95% foram muito amplos (95% CI para OR^1 = 2,1-14,5; 95% CI para OR^2 =1,4-11,2). Estes resultados indicam que a renda familiar tem efeito sobre a atitude positiva em prevenção das mulheres, mas a quantificação desse efeito (OR^1 = 5,6 e OR^2 = 4) foi estimada com muita imprecisção, sendo pouco confiável. Desta forma, estes resultados sugerem que as mulheres com melhores condições sociais, indicadas por uma renda superior a cinco salários mínimos tem maior probalidade de apresentar atitudes positivas em prevenção (Tabela 1).

Não houve evidência de associação entre *a idade das mulheres* e a atitude positiva em prevenção. Para a variável *idade*, no modelo não ajustado, o odds de atitude positiva em prevenção foi 40,0% menor (OR^1=0,6) para mulheres abaixo de 20 anos, e 60,0% menor para mulheres

acima de 50 anos (OR^1=0,4) comparado às mulheres entre 20 e 49 anos, mas os intervalos de confiança 95% não foram estatíticamente significantes (OR^1 95% CI=0,2-1,6 e 95%CI=0,1-1,2 respectivamente, p = 0, 132). A significância estatística foi ainda menor no modelo ajustado para outras condições sociais e econômicas estudadas (OR^2 p = 0,432) (Tabela 1).

As variáveis que apresentavam número insuficiente de casos e que impossibilitavam a verificação de provável associação com a variável independente - atitude positiva em prevenção - não foram incluidas no modelo de regressão logística.

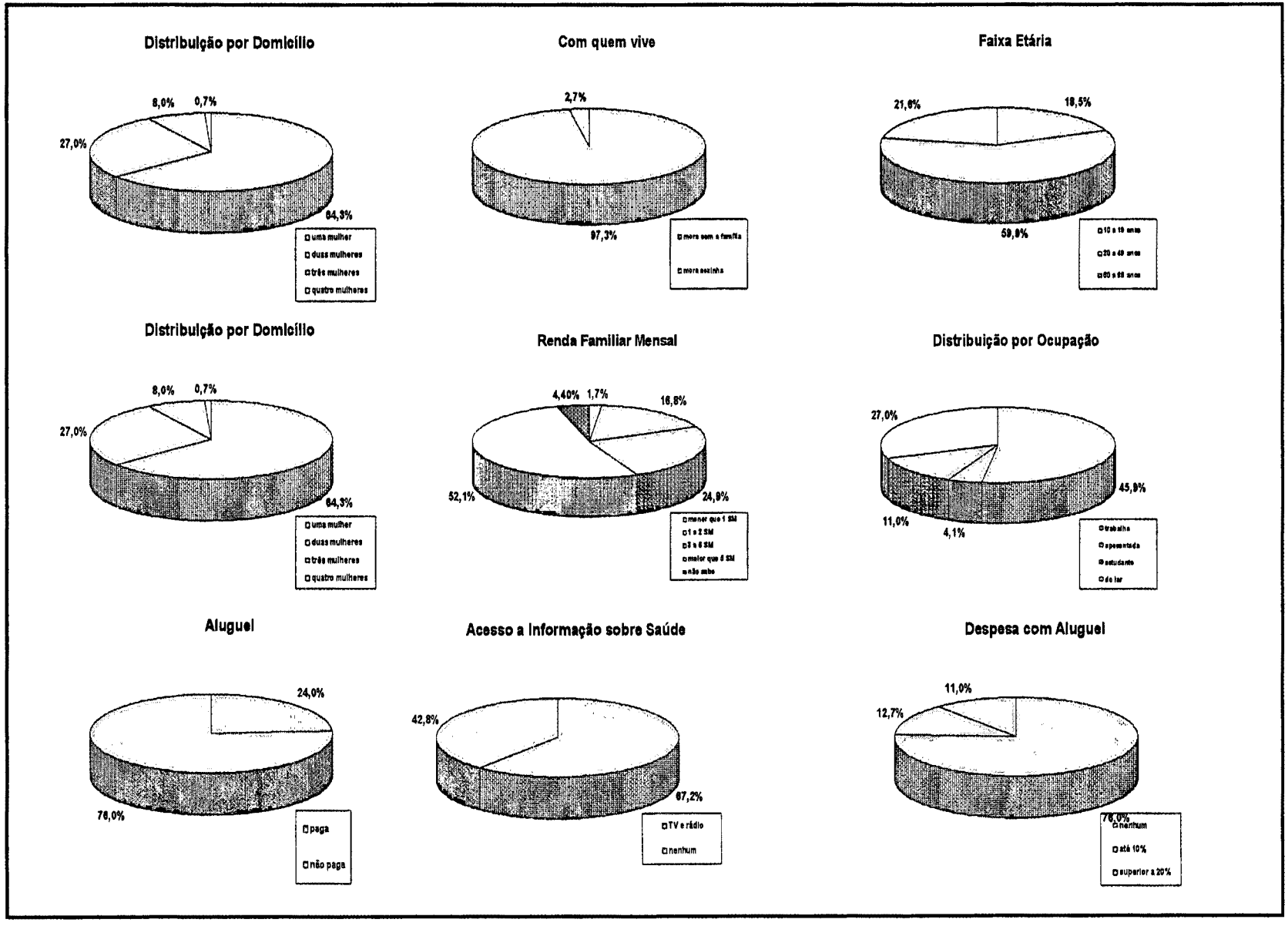

Figura 4. Dados sobre as condições sócio-econômicas e demográficas das mulheres.

4.1.2. A prática da prevenção em saúde reprodutiva[2]

Foram levantadas informações sobre a saúde reprodutiva das mulheres pertencentes à amostra, buscando caracterizá-las quanto às suas atitudes em relação ao planejamento familiar, à prevenção do câncer cérvico-uterino e à história obstétrica. Ressalta-se aqui que nove dentre o total de mulheres entrevistadas, recusaram-se a responder as questões referentes a estas variáveis, sendo então o *N* total corrigido para 645 mulheres.

Quanto ao planejamento familiar, um ponto importante a ser salientado foi o fato de que cerca de 7,4% (n=48) das mulheres entrevistadas eram ativas sexualmente, mas não adotavam nenhuma medida de planejamento familiar, por acreditar que não tinham risco de engravidar. Por outro lado, excluindo-se as mulheres que referiram não ter atividade sexual no momento (28,2% ; n=182), as pós-menopausadas (7,3% ; n=47), as gestantes (2,0% ; n=13) e aquelas submetidas a cirurgia ginecológica esterilizante (6,4% ; n=41), observou-se que, cerca de 48,7% (n=314) da amostra do estudo prevenia a possibilidade de uma gravidez não planejada de alguma forma.

---

[2] Os gráficos considerados mais relevantes estão apresentados na figura 5, na página 76.

Nesse sentido, entre as 314 mulheres que faziam planejamento familiar, chamou atenção o alto índice de esterilização (50,0% ; n=157), em relação aos demais métodos, como os hormonais (35,0%; n=110); os de barreira ou naturais (10,5%; n=33) e o dispositivo intra-uterino (4,5%; n=14). Dentre os métodos de esterilização definitiva, 87,3% (n=137) correspondiam a laqueadura turbária e 12,7% (n=20) à vasectomia. Outro dado a salientar é o fato de que 6,4% (n=41) do total de mulheres que responderam as questões de saúde reprodutiva, foram submetidas a cirurgias ginecológicas, que determinaram sua esterilização, como histerectomia e ooforectomia. O uso da camisinha foi relatado por apenas 3,7% (n=24) das mulheres sexualmente ativas.

Neste contexto, observa-se o crescimento, em relação aos demais métodos, da utilização da pílula e da esterilização, sendo esta última, meio finalizador da vida reprodutiva (MORELL, 1994).

Segundo OLIVEIRA e SIMÕES (1988), o declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil, tem sido contínuo desde a década de 60, sendo que de 1960 a 1980, a redução deste índice foi de 6,28 para 4,35; no Nordeste, de 7,39, para 6,13; no Sul, de 5,89 para 3,63. Entre 1980 e 1984, a TFT no Brasil, manteve um padrão de declínio, reduzindo-se de 4,35 a

3,53, sendo que, nas áreas rurais apresentou-se mais elevada, porém, mantendo sempre o padrão de declínio.

SCHOR (1995), analisando dados de um estudo sobre a queda da fecundidade na América Latina, incluindo o Brasil, comenta que *"a transição da fecundidade parece refletir tanto, um fator estrutural - as condições historicamente determinadas pelo processo de proletarização e urbanização - como conjuntural - os ciclos de crise econômica, deterioração do nível de vida, maior participação da mulher no mercado de trabalho etc".*

Diante da realidade colocada pela produção científica atual (POPULATION REFERENCE BUREAU, 1992; POPULATION REPORT, 1990; REIS, 1993; MORELL, 1995), pode-se observar que a fecundidade do país vem se caracterizando por um quadro onde as mulheres estão tendo filhos em idades cada vez mais jovens e finalizando seus ciclos reprodutivos também precocemente.

BERQUÓ (1993) coloca que, no Brasil, entre as mulheres na faixa etária de 15 a 54 anos, usando algum método anticonceptivo, 44,4% eram esterilizadas e 41,0% afirmavam usar a pílula. A autora ainda salienta que estes dados são semelhantes aos analisados na PNAD 1986 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), ou seja, a concentração em praticamente dois métodos anticonceptivos - a pílula e a esterilização

feminina - Observando que *"apesar do advento da AIDS, tem-se registrado um baixo uso de preservativos"*.

O Brasil ocupa o oitavo lugar entre os países com as mais altas taxas de esterilização (ROSS, 1991). Entre os países desenvolvidos, encontram-se os Estados Unidos (31,0%) e o Canadá (41,7%), com os maiores percentuais de esterilização (POPULATION REPORTS, 1990). Trazendo à tona a questão do papel do Estado em relação às políticas que envolvem a saúde reprodutiva da população.

COSTA (1992) ressalta a lentidão da implantação do PAISM - Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher, principalmente no que diz respeito às questões da saúde reprodutiva e em especial ao planejamento familiar.

A ausência do serviço público na área de planejamento familiar, seja no acesso às informações, ao método propriamente dito e ao acompanhamento da utilização deste, acaba por desencadear a prática de uma anticoncepção de risco, por parte das mulheres. Além do fato de que, como comentam BERQUÓ (1985 e 1993), MORELL (1992), CASTRO e MARTINE (1994) observa-se um direcionamento importante dos recursos públicos para uma maneira muito específica de se controlar a fecundidade feminina, a esterilização.

Os dados apresentados por PENA (1991) confirmam esta situação, onde, entre as mulheres esterilizadas, na faixa etária de 25 a 34 anos, no Brasil, 42,9% realizaram a cirurgia gratuitamente e 29,2% foram financiadas pelo Estado.

Constata-se que a esterilização feminina tem sido a alternativa preferencial das mulheres, para o controle da fecundidade, revelando-se uma opção ao uso macificado da pílula. Visualiza-se então, a precariedade das políticas de saúde voltadas à anticoncepção, bem como, a responsabilidade desta, limitada à atuação da mulher, sendo pequena a participação do homem. Enfim, as opções referentes ao planejamento familiar acabam por restringir-se ao mundo doméstico e às ações individuais, refletindo a despolitização da mulher em relação aos direitos reprodutivos (PIROTTA, 1998).

No que diz respeito à procura e prática da prevenção do câncer de colo uterino, observou-se que esta foi significativa , uma vez que, apenas 31,6% (n=204) das mulheres não fazia a colpocitologia oncótica. Entretanto, a maioria, apesar de fazer o controle regular (68,4% ; n=441), não apresentava atitude positiva em saúde, ou seja, procurava o serviço de saúde apenas quando apresentava algum problema e em último caso. Porém, pode-se perguntar, por que estas mulheres faziam a colpocitologia oncótica?

Acredita-se que isto ocorra em função de este, ser um serviço que é oferecido com efetividade e, da mesma forma, as campanhas de educação em saúde específicas para a prevenção do câncer ginecológico alcançam seu objetivo, que é o de informar sobre os riscos desta patologia para a saúde, bem como, sobre a alta resolutividade do problema, se detectado precocemente.

A percepção da susceptibilidade real à esta doença, bem como de sua severidade, se instalada, favorecem a adição deste conhecimento pela comunidade feminina, no seu rol de crenças, de forma positiva, que acaba por traduzir-se na prática preventiva. Dado que vem confirmar a relação direta entre conhecimento e atitude positiva em saúde é o fato de que todas as mulheres da amostra (8,0%, n=49), que referiram ter feito a última prevenção ginecológica há mais de 3 anos, portanto, fora do período de segurança estipulado pelo Ministério da Saúde, não apresentavam atitude positiva em relação à sua saúde, de forma geral.

Em relação a história obstétrica, verificou-se que mais da metade das mulheres (70,2% ; n=453) vivenciaram uma ou mais vezes, o processo gravídico-puerperal, sendo que destas, 86,5% (n=392) tiveram entre um e cinco gestações , e 13,5% (n=61) tiveram mais de cinco.

Quando se analisou a procura por pré-natal na última gravidez, encontrou-se que, entre as 452 mulheres que engravidaram, 76,6% (n=346) realizaram pré-natal durante a última gestação. Entretanto, dentre aquelas mulheres que buscaram o pré-natal na última gestação, apenas 7,2% (n=25) referiram acreditar que valia a pena procurar por prevenção e tinham uma atitude positiva em prevenção efetiva, ou seja, procuravam o serviço de saúde regularmente para prevenir possíveis desequilíbrios. A incidência de abortamentos na amostra do estudo foi de 15,8% (n=102), sendo que 5,0% (n=5) destes, foram provocados.

No caso da busca pelo pré-natal, repetiu-se a mesma constatação observada em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino. As mulheres buscaram o serviço de pré-natal porque sabiam que ele era acessível, ou seja, a assistência existia de fato e, no caso de procura, esta era absorvida. Outro fator determinante da procura, foi novamente o conhecimento, por parte das mulheres, da importância de se acompanhar este período para se evitar e detectar problemas que poderiam interferir no desenvolvimento normal da gravidez, prejudicando mãe e feto.

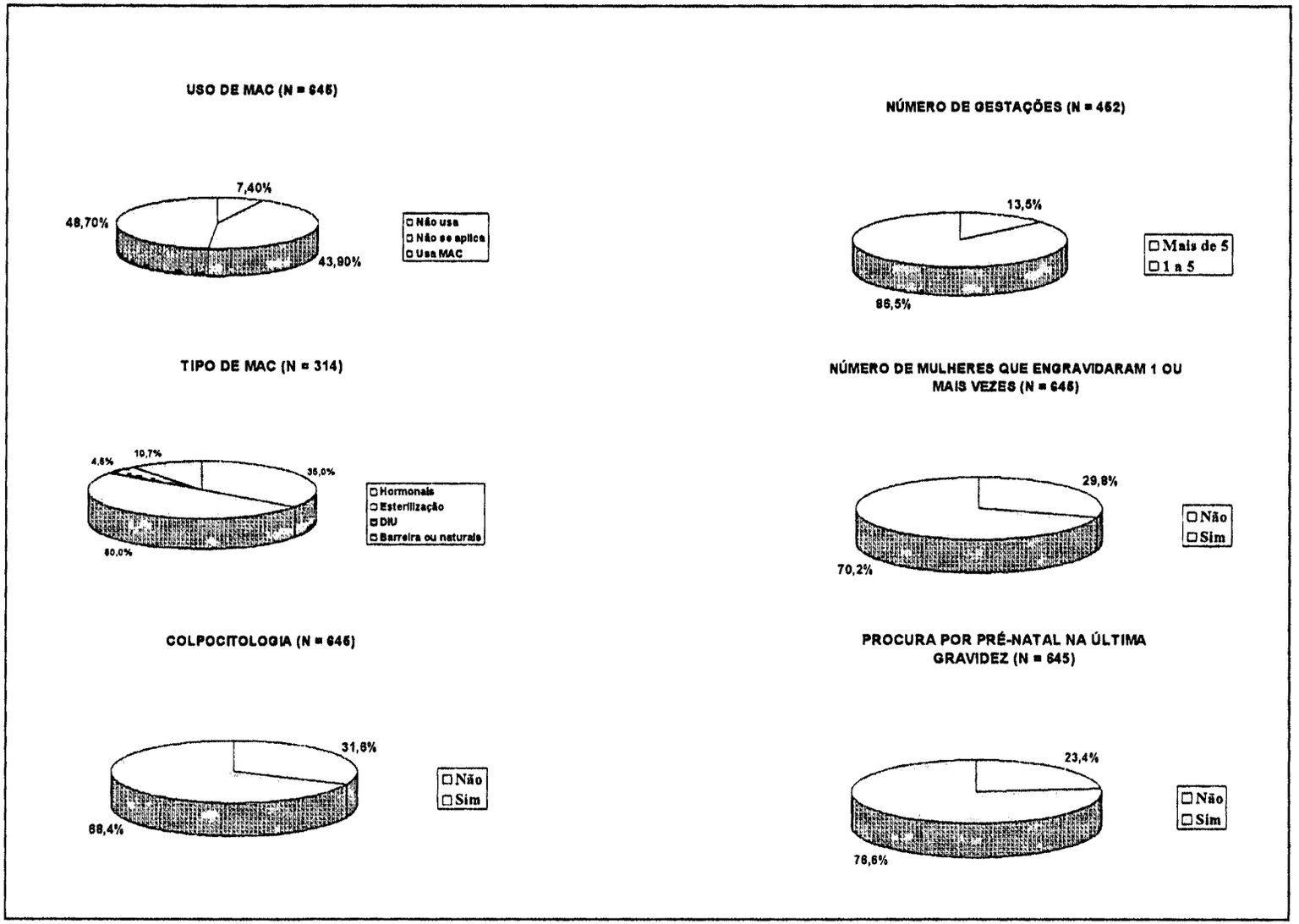

Figura 5. Dados sobre a prática da prevenção em saúde reprodutiva

4.1.3 A experiência da morbidade como pano de fundo para se resgatar as crenças e a prática de atitudes positivas em saúde [3]

Não há razão biológica conhecida do porquê, as populações não possam ser o mais saudáveis possível (ROSE, 1992). Então prevenção, neste contexto, significa realmente o distanciamento do evento morte. Todo indivíduo morre e, entende-se que esta morte deve estar associada a algum fator. Como MARMOT e MUSTARD (1994) afirmam: " O número total de mortes não pode mudar - um por pessoa".

Sendo assim, entende-se que o objetivo da prevenção em saúde é, de modo geral, a substituição de uma morte precoce, por uma tardia, ou seja, propiciar ao maior número de pessoas, a redução de problemas de possam afetar a sua saúde e, mais especificamente, a melhora na qualidade de vida.

Este pensamento, traz consigo a suposição de que todos querem ter um bom nível de saúde. Entretanto, muito poucos vivenciam, de fato, o que se pode chamar de ótima saúde, em qualquer fase de sua vida. Não é fácil para uma pessoa distinguir entre estar saudável ou estar doente. Se perguntarmos às pessoas, qual foi a última vez que se sentiram

[3] Embora a maioria dos estudos de morbidade trabalhem esta, tomando como base para análises a definição clínica contida na Classificação Internacional de Doenças (CID), neste estudo, morbidade é entendida como qualquer problema de saúde referido pelos sujeitos, seja este cientificamente reconhecido ou não.

completamente livres de dores, angústias ou sintomas noturnos como dificuldade de respiração nasal, a resposta, seguramente estará associada à idade. Por sua vez, pesquisas têm demonstrado que a maioria das pessoas, freqüentemente está experenciando algum sintoma, na maior parte do tempo (CLARKE, 1983; HUNTER, 1992; POPAY, 1992)

CALNAN (1987) ressalta que a extensão em que o indivíduo sente ter controle sobre sua saúde, determinará, entre outras coisas, suas teorias pessoais sobre a causa das doenças e a prevenção.

Nesse sentido, são apresentados dados referentes à história de morbidade referida pelas mulheres entrevistadas neste estudo, buscando possíveis associações entre fatores relativos à condição sócio-econômica, percepção do problema de saúde, procura por cuidado de saúde no contexto e crenças sobre quando uma pessoa precisa procurar por cuidado de saúde, conforme o modelo analítico já apresentado.

Sendo assim, pôde-se resgatar que 34,6% (n=226) das mulheres que fizeram parte da amostra do estudo referiram algum problema de saúde nos últimos 30 dias anteriores à realização da entrevista referente à primeira fase da pesquisa, sendo que, 65,4% (n=428) referiram a ausência de qualquer problema de saúde no mesmo período.

GOMES (1998), pesquisando a morbidade referida por mulheres em idade fértil, residentes na região sul do município de São Paulo, encontrou uma percentagem de 46,2% de respostas afirmativas, incluindo-se problemas agudos e crônicos.

Neste estudo, dentre as 226 mulheres que responderam ter apresentado algum problema de saúde nos últimos 30 dias, 51,8% (n=117) referiram ter tido problemas agudos e 48,2% (n=109) referiram algum problema de saúde, caracterizado como crônico. Os problemas de saúde referidos foram categorizados em três grupos, sendo o primeiro composto pela *dor* (39,8%, n=90), o segundo por *outras queixas* (41,1%, n=93) e o terceiro por *doenças clinicamente diagnosticadas* (19,1%, n=43).

Segundo OLIVEIRA (1998) a dor é o sintoma mais marcante e frequente na prática médica, tornando-se um *"elemento desestabilizador de estado de equilíbrio no indivíduo"* que acaba por determinar a representação do estar doente a um estado doloroso inespecífico. O autor salienta ainda que, possivelmente o próprio serviço de saúde interfira nas definições de doença dos grupos que se caracterizam como demanda em sua área de abrangência.

Quanto às crenças sobre o que estaria determinando o problema de saúde referido, observou-se que, 34,5% (n=78) da amostra acreditava que a

causa estava relacionada ao seu estilo de vida, traduzido na alimentação inadequada, precariedade nos cuidados higiênicos e displicência com o próprio corpo. A mesma proporção de mulheres, 34,5% (n=78) acreditava serem raízes biológicas, as determinantes de seus problemas de saúde, referindo causas como problemas hereditários, intercorrências resultantes de cirurgias e/ou tratamentos realizados, a idade cronológica. Além disso a sua condição de mulher, aparece enquanto determinante de problemas ginecológicos como, hemorragias, ciclos menstruais irregulares, a menopausa e processo gravídico. Por sua vez, 18,6% (n=42) não souberam referir o que poderia estar determinando aquele problema de saúde e 12,4% (n=28) referiram que as emoções eram determinantes do problema de saúde referido, caracterizadas pelo medo de expressar sentimentos para manter o equilíbrio do ambiente familiar, *stress*, nervosismo devido à pressão no local de trabalho e na vivência de questões conjugais, especificamente a infidelidade.

As crenças colocadas pelas mulheres entrevistadas neste estudo aproximam-se das considerações feitas por RESTREPO (1993), sobre o fato de que, atualmente, a mulher tem sofrido muito mais problemas ligados a variações hormonais, falta de exercício físico, conseqüências de gestações

repetidas e, sobretudo, fadiga e depressão decorrentes da forma como a sociedade patriarcal identifica seu papel.

Considera-se que a atitude positiva em prevenção está diretamente relacionada à percepção que a mulher tem sobre o seu corpo, enquanto estrutura, bem como, ao conhecimento pessoal adquirido por meio das experiências cotidianas, resultantes da vivência do ser e estar saudável ou doente, durante sua vida.

Ressalta-se, neste sentido, que as definições de saúde, por desconsiderarem a experiência individual de adoecer, afastam-se da experiência pessoal, dado que a percepção da doença por parte das mulheres, está baseada em suas respostas aos sintomas e diagnósticos e, em grau de igual importância, à capacidade de participar da vida em comunidade, em família e no trabalho, bem como, no senso de bem-estar, nos diversos aspectos do viver (INSTITUTE OF MEDICINE, 1997).

Sendo assim, ao perceber um problema de saúde, o indivíduo acessa o seu rol de experiências individuais e comunitárias, na tentativa e identificar o valor das sensações para diagnosticar seu mal. Para aquelas consideradas banais, o mais provável é que a decisão seja, por um lado, a de não interferir no processo, e por outro, a utilização de remédios caseiros, da auto-

medicação ou outra solução que não seja a do atendimento médico (GOMES, 1998)

Os números, entretanto, mostram que, com relação à procura por cuidado de saúde quando com problema, 88,1% (n=199) das mulheres que referiram algum problema de saúde procuraram por cuidado; apenas 11,9% (n=27), apesar de referirem problema de saúde, não procuraram por cuidado. Quando houve a busca por cuidado de saúde, esta ocorreu em sua grande maioria, pela figura do médico (94%, n=187); apenas 3% da amostra, referiu ter procurado pela ajuda de amigos e/ou família e 3% procurou por cuidado alternativo. O cuidado alternativo significou a procura por benzedeiras, pastores, reza e uso de plantas medicinais, através do preparo de infusões, sendo a justificativa para tal prática verbalizada como: *"sempre ajuda", "é bom e não faz mal", "ajuda a acalmar a gente", "Deus é que sabe o que é melhor pra gente".* A alta taxa de procura pela figura do médico, bem como, a inexpressiva procura por cuidados alternativos estão concordantes com os resultados de estudo anterior (CESAR e TANAKA, 1996).

Ao analisar estes números de forma isolada, pode-se chegar à conclusão incorreta de que as mulheres entrevistadas compunham um grupo diferenciado, no que diz respeito à procura por cuidado de saúde

institucional, representado pela figura do médico. Porém, todas as mulheres que apresentaram esta atitude, o fizeram como última possibilidade na busca por resolução do seu problema de saúde, ou seja, quando *a "auto-medicação não resolveu"*, quando *"a dor foi persistente"* e quando o problema de saúde transpôs-se, segundo as percepções destas, de simples a *"algo fora do normal"*.

A Tabela 2 apresentada abaixo mostra odds ratios de atitude positiva em prevenção para *problema de saúde nos últimos 30 dias* e para *procura por cuidado médico quando com problema de saúde nos últimos 30 dias.* Na coluna OR^1 são apresentados os odds ratios brutos ou não ajustados, e na coluna OR^2 os odds ratios ajustados para possível confundimento pela renda familiar, condições de moradia da área de residencia, e educação formal e idade. Os odds ratios para *não ter experienciado problema de saúde nos últimos 30 dias* em comparação com ter experienciado esses problemas não foram estatisticamente significantes (OR^1=1,6; p=0,235 e OR^2=1,4 p=0,432). Os odds ratios de *não procurar por cuidado médico quando na ausência de problema de saúde nos últimos 30 dias* em comparação com procurar esse cuidado também não foram estatisticamente significantes (OR^1=1,4; p = 0,488 e OR^2=1,3; p = 0,431). Portanto, não houve evidência de associação entre e a presença de atitude positiva em prevenção a experiência de

problema de saúde nos últimos 30 dias ou a experiência de ter buscado cuidado médico na ausência de problemas de saúde. Não foi possível estimar odds ratios para a variável *procurou ou não cuidado médico quando com problema de saúde,* pois somente uma das 212 mulheres que tiveram problema de saúde nos últimos 30 dias apresentou atitude positiva em prevenção.

Tabela 2 - Número de mulheres, número e percentagem de mulheres com atitude positiva em prevenção e odds ratios para a atitude positiva em prevenção segundo problema de saúde nos últimos 30 dias e procura por cuidado médico nos últimos 30 dias. Londrina, 1999.

VARIÁVEIS EXPLANATÓRIAS	Total de Mulheres N	Atitude Positiva em Prevenção N(%)	Odds Ratios para Atitude Positiva em Prevenção OR[1] (95% CI)	OR[2] (95% CI)
PROBLEMA DE SAÚDE NOS ÚLTIMOS 30 DIAS				
Problema de saúde				
Sim	212	9 (4,2)	1	1
Não	413	27 (6,5)	1,6 (0,7-3,4)	1,4 (0,6-3,1)
Total	625	36 (5,8)	p=0,232	p=0,432
PROCURA POR CUIDADO MÉDICO				
Procurou quando com problema [3]				
Sim	174	8 (4,6)		
Não	38	1 (2,9)		
Total	212	9 (4,2)		
Procurou na ausência de problema				
Sim	132	6 (4,5)	1	1
Não	493	30 (6,1)	1,4 (0,6-3,3)	1,3 (0,5-3,3)
Total	625	36 (5,8)	p=0,488	p=0,431

(95% CI) : 95% intervalo de confiança.
(1) Odds Ratios não ajustados.
(2) Odds Ratios ajustados. Cada variável foi ajustada por condição de moradia na área, educação formal, renda e idade.

FARR e WILSON-FIGUEROA (1997), em estudo sobre a experiência e percepções de mulheres latinas sobre saúde e utilização de serviços,

colocam que as mulheres referiram que quando elas ou qualquer outro membro da família apresentavam um problema de saúde, esperavam para ver se o problema desaparecia por si só, ou através da auto-medicação; se o problema persistisse, havia então a procura por uma clínica de assistência básica ou hospital.

Outro dado importante a ser enfatizado, diz respeito ao acesso destas mulheres à saúde, especificamente no que se refere ao serviço procurado, quando com problema de saúde. Assim, dentre as 187 mulheres que referiram problema de saúde e procuraram por cuidado institucional, apenas 34,2% (n=64) foram à Unidade Básica de Saúde Marabá, que era a responsável pela assistência à população do estudo. As 65,8% (n=123) restantes, procuraram por outros serviços de saúde, sendo que, 47,2% (n=50) foram a outro serviço municipal de saúde; 31,7% (n=39) tinham acesso a convênio de saúde; e 21,1% (n=26) procuraram por assistência particular.

A situação observada acima, onde grande parte de uma determinada demanda deveria ter acesso garantido à assistência a saúde, através da cobertura oferecida por sua Unidade Básica de referência, acaba por deslocar-se para outra, não é recente e desvela uma das grandes dificuldades encontradas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população vê-se obrigada a buscar solução para barreiras práticas como, a distância do local de atendimento, o tempo necessário para deslocar-se e o custo deste processo, paralelamente à busca de solução para o seu problema principal, neste contexto, que é o desequilíbrio de sua saúde.

Certamente, a limitação do quadro de profissionais médicos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marabá, composto por dois clínicos gerais e um ginecologista, responsáveis por atender as necessidades de saúde de uma demanda aproximada de sete mil mulheres, seja uma grande barreira, institucional, para o acesso destas mulheres à saúde.

Quanto à resolução do problema, após a busca por cuidado de saúde institucional, pôde-se observar que, apenas 26,7% (n=50) das mulheres 187 entrevistadas responderam afirmativamente esta questão. Por outro lado, praticamente 73,3% (n=137) referiram não ter atingido a resolução do problema.

Acredita-se que a percepção da resolução de um problema de saúde está diretamente associada ao desempenho dos papéis sociais dos indivíduos.

MACRAN (1996) coloca que, as pessoas querem ter um desempenho social e uma imagem que estejam dentro das normas sociais do meio em que

vivem, mas, seguramente também querem ter o conforto de não sentir dor ou algo que as incomode.

Neste sentido, a possibilidade de dar conta dos afazeres cotidianos, seja no ambiente doméstico ou no trabalho formal, significa que a saúde não está seriamente comprometida. O "sentir-se bem" para desempenhar as atividades é fundamental. Quando a limitação existe, seja ela física ou emocional, o estar doente é assimilado e, como já comentado anteriormente, as pessoas decidem se devem ou não procurar por cuidado, segundo o grau de severidade avaliado. Nas falas das mulheres entrevistadas, esta associação esteve sempre presente, sendo verbalizada como: *"já posso fazer minhas obrigações do dia"; "estou me sentindo bem, já posso trabalhar"; "não tenho mais sintomas"; "parou de doer"; "a minha pressão está controlada agora"*. Por sua vez, a não resolução dos problemas pode ser exemplificada nas seguintes falas das mulheres: *"os sintomas não desapareceram, a causa não foi resolvida"; "continuo com dores, isso me atrapalha no serviço"; "depois do remédio o problema volta de novo"; "continuo com os mesmos sintomas, não consigo trabalhar direito"*.

Já, no que diz respeito à satisfação das 187 mulheres pertencentes à amostra do estudo, quanto ao atendimento recebido, observou-se que 86,1% (n=161) referiram ter ficado satisfeitas com o atendimento recebido e

apenas 13,9% (n=26) referiram o contrário. Entre as mulheres que referiram a não satisfação com o atendimento, as respostas mais freqüentes para tal pensamento foram: *"não gostei, fui maltratada pelo médico, ele foi estúpido comigo"; "não me acostumei com o tratamento e não gostei do atendimento"; "eles até têm paciência, mas não descobrem o que é", "muito demorado".*

A afirmativa de satisfação esteve sempre associada à qualidade da relação interpessoal médico-cliente, vivenciada quando da procura por cuidado. Neste sentido, mais importante do que o alívio ou resolução da queixa apresentada, foi o respeito à cidadania destas mulheres. Suas falas são muito significativas a este respeito: *"fui muito bem atendida...quando cheguei tive que esperar, mas o médico conversou comigo e me escutou"; "o doutor olhou pra mim e perguntou qual era o meu problema e disse que ia me ajudar"; "eu fui tratada como gente".*

TANAKA (1994) coloca ser apropriado observar que a relação pessoal médico-cliente deve embasar-se nos valores e regras que regem as relações entre as pessoas de modo geral. Afirma ainda que, a satisfação do cliente com o cuidado recebido pode estar relacionada ou não à resolução do problema, dependendo da estrutura e do processo assistencial; essa é uma constatação igualmente feita por CLEARLY e McNEIL (1988).

Neste sentido, apesar da rotatividade profissional que caracteriza as UBSs, a satisfação do usuário está diretamente associada à qualidade das relações interpessoais que se dão nos serviços, não sendo necessariamente refletida através da efetividade do cuidado. Na maioria das vezes, quando o cliente procura a UBS, conhece os limites dos cuidados que esta pode oferecer. Entretanto, possui a expectativa de receber um *bom cuidado* e, na medida do possível, que sua queixa seja encaminhada.

Enfim, o *bom cuidado* tem enfoque preventivo e requer cooperação entre usuários e prestadores de serviços, em um contexto onde há uma interação íntima e contínua entre médico e cliente. Este cuidado também tem relação com um trabalho desempenhado sob uma ótica social, requerendo serviços de referência e aplicação de tecnologia de acordo com as necessidades populacionais (DONABEDIAN, 1988).

4.2 O RESGATE DAS CRENÇAS E EXPERIÊNCIAS PESSOAIS DAS MULHERES PARA SE ENTENDER AS ATITUDES EM SAÚDE - SEGUNDA FASE DO ESTUDO

4.2.1. A renda familiar como pano de fundo

Sabe-se de longa data que as condições sócio-econômicas estão diretamente associadas à qualidade de vida e de saúde de populações.

Estudos como os de WILLIANS (1990), HOUSE e cols. (1994), ANDERSON (1995), WILLIANS e COLLINS (1995) têm discutido de forma bastante aprofundada esta questão na tentativa de aclarar, de forma mais específica, quais seriam as características preponderantes nesta associação, para viabilizar políticas de saúde que tenham real impacto na melhora dos índices de saúde. Neste sentido, os níveis de *status* sócio-econômico (SSE) individual, familiar e comunitário podem isoladamente, ou em conjunto, ter um impacto físico e social nos indivíduos, afetando sua saúde.

Segundo o raciocínio dos autores referidos, os indivíduos com menor SSE individual ou familiar têm menos saúde porque são mais propensos a apresentar atitudes não saudáveis (como uso do fumo, álcool, ausência de atividade física etc.), a ter relações sociais mais frágeis, um baixo senso de auto-suficiência e controle, pouco acesso à serviços de qualidade e altos níveis de exposição a dificuldades físicas e psicológicas estressantes no trabalho e em casa.

Para WALLACE e WALLACE (1990), do ponto de vista conceitual pode ser fácil estabelecer o elo entre baixa condição sócio-econômica e saúde, uma vez que as pessoas estão inseridas em um contexto pleno de desigualdades, seja pelo ambiente onde moram, menor acesso à

escolaridade, à quantidade e qualidade de informações e aos serviços municipais adequados ou de alta qualidade.

Além disso, os modelos de contágio ou epidêmicos, como os comentados por CRANE (1991), sugerem que a atitude pessoal é influenciada por normas ou valores daqueles com os quais se convive. Para BERKMAN e BRESLOW (1983), morar entre pessoas pobres pode afetar negativamente as atitudes positivas em prevenção, uma vez que vizinhos com baixo SSE são menos propensos a ter atitudes saudáveis.

Por outro lado, ROBERT (1998) encontrou forte associação entre educação, renda e nível de saúde, mensurado em seu estudo através da referência a condições crônicas, limitações funcionais e percepção pessoal do nível de saúde. O autor conclui, que apesar das influências do meio comunitário, as características individuais e/ou familiares do SSE são ainda melhores indicadores de saúde.

Na Inglaterra existe uma tendência entre os cientistas sociais em atribuir as desigualdades a circunstâncias sociais, antes de colocá-las como responsabilidade dos indivíduos, não somente porque condições adversas caminham paralelas a má saúde, mas, também, porque condições adversas deixam ao indivíduo poucas opções no sentido de adotar medidas saudáveis (HART, 1986)

BLAXTER (1990), estudando as relações entre condição social, prática de hábitos saudáveis, atitudes no contexto do processo saúde/doença e uma variedade de índices de saúde concluiu que *"se as circunstâncias são boas, atitudes saudáveis parecem ter grande influência sobre a saúde...se elas são más, as atitudes fazem pouca diferença".*

Neste sentido, o entendimento do contexto onde as mulheres vivem o processo de procura por cuidado é fundamental. A não procura do serviço para prevenção, por parte das mulheres entrevistadas, está muito mais associada a barreiras reais, existentes entre a necessidade de cuidado e a oferta/acesso a ele, do que a valores pessoais determinantes de comportamentos.

Tendo em vista que nos processos de determinação dos sistemas de estratificação social ou níveis de *status* sócio-econômico indicadores como a renda, ao lado da ocupação e escolaridade formal apresentam-se como preponderantes (ALVARENGA,1978), é de se explicar que dada a heterogeneidade da população estudada, a renda tenha se apresentado como fator determinante no estudo das crenças sobre quando uma pessoa necessita procurar por cuidado de saúde - atitude positiva em prevenção, objeto de análise da primeira fase da presente pesquisa, conforme constante da Figura 1 - Modelo Analítico Hipotético.

Desta forma, entende-se que as vantagens e desvantagens a que o indivíduo está sujeito, podem ser colocadas em um *continuum* ou escala, onde as desvantagens ou dificuldades estão em uma das extremidades - representada por situações indesejadas decorrentes da baixa renda - e, na outra, estão as vantagens ou facilidades - representada por situações desejadas decorrentes de uma fonte ideal de renda.

Na primeira fase do estudo, observou-se que o comportamento de busca por prevenção determinado pela crença em atitude positiva em prevenção foi pouco frequente, o que caracteriza um importante problema de saúde pública nesta população. Além disso, o estudo apontou que a renda familiar é um fator que está associado à atitude positiva em prevenção.

Pode-se esperar então, que as pessoas com renda mais elevada, e suas conseqüentes facilidades, vivenciem a experiência, percepção e prática de atitudes positivas em prevenção mais freqüentemente do que as pessoas desfavorecidas pela baixa renda, conforme sugerem os dados relativos à primeira fase do estudo.

Porém, o acesso reduzido àquelas facilidades, em função de uma renda inferior, não pressupõe que as pessoas não saibam o que é melhor para sua qualidade de vida e de saúde. Nesse sentido, a presença ou não de atitudes positivas em saúde não pode ser analisada sem levar em

consideração aspectos conjunturais, determinantes de situações de vida, que extrapolam a vontade pessoal. Estes achados levaram a aprofundar o estudo das atitudes positivas em prevenção através do método qualitativo.

GOMES (1998) comenta que quando alguém, com determinado problema de saúde, procura por um médico, está ansioso e tem esperanças na capacidade desse médico em dissipar seus sentimentos negativos e eliminar a causa de seu mal, independente do grupo social em que esteja inserido. Entretanto, nem todos receberão os mesmo cuidados, não terão acesso à mesma tecnologia e o que parece socialmente injusto, não receberão atenção equivalente dos profissionais que prestam atendimento. Isto significa que a qualidade do atendimento prestado varia conforme a condição social do doente, uma vez que, os cuidados de saúde aos quais cada estrato social tem acesso é reflexo da estrutura da sociedade.

Nas palavras de BOLTANSKI (1969) isso significa a distância social manifesta na cultura de classe, que separa profissionais de saúde de usuários.

Apresenta-se a seguir, a fala das doze mulheres entrevistadas na segunda fase do estudo, qualitativa, de onde se pôde resgatar as crenças em relação ao contexto do processo saúde-doença que estas vivenciavam no seu cotidiano e, desta forma, desvelar a ausência ou presença da prática de

uma atitude positiva em saúde, bem como as possíveis características, diferenciadas em função da renda familiar.

Através das informações contidas nos discursos abaixo, observou-se alguns elementos teóricos que poderiam estar relacionados à interação entre renda e uso do cuidado preventivo como, a limitação financeira propriamente dita, a existência do que podería-se chamar de uma cultura da pobreza e, finalmente as barreiras existentes no acesso ao uso do sistema de saúde.

4.2.2. O desvelamento do discurso das mulheres sobre saúde e prevenção

Buscando dar contexto ao discurso proferido pelas mulheres no presente estudo, vale resgatar algumas de suas características identificadas através dos dados da primeira fase. Tratam-se de mulheres, em sua grande maioria, jovens e no período reprodutivo. A escolaridade, para mais da metade delas foi inferior a oito anos de educação formal.

Quanto à renda familiar, quase metade do grupo analisado possuía renda inferior a cinco salários mínimos. Pouco mais da metade tinha acesso a informações sobre saúde e um grupo muito pequeno entre elas praticava esporte ou lazer.

Quase metade delas prevenia a possibilidade de uma gravidez não planejada, sendo a esterilização o meio mais utilizado. Grande parte fazia prevenção do câncer cérvico-uterino e a maioria realizou pré-natal na última gestação.

Dentre aquelas que referiam problema de saúde nos últimos trinta dias, a dor foi o sintoma mais frequente e, a procura por cuidado foi grande, porém como última alternativa na busca de resolução da queixa apresentada.

Quase metade das mulheres que procuraram por cuidado institucional quando com problema de saúde, foram a um serviço municipal que não correspondia a área de abrangência de seu domicílio. Enfim, praticamente a totalidade do grupo estudado referiu acreditar que uma pessoa devia procurar por cuidado de saúde somente quando existia desequilíbrio nesta.

A análise do conteúdo das falas das mulheres entrevistadas na segunda fase da pesquisa, trouxe à tona quatro temas que serviram de eixo norteador para o entendimento de suas atitudes em saúde : a *qualidade da assistência*, a *relação serviço-usuária*, a *previdência pública e privada* e a *experiência no uso do serviço.* Estes temas são a base para o estabelecimento da ponte analítica entre o conhecimento obtido através das falas e os pressupostos conceituais relativos ao MCA, como demonstrado na Figura 4. Os pressupostos do MCA, já apresentados no referencial teórico

metodológico, discutem como os indivíduos agem em situações sociais concretas, ou seja, como percebem os outros e a eles próprios.

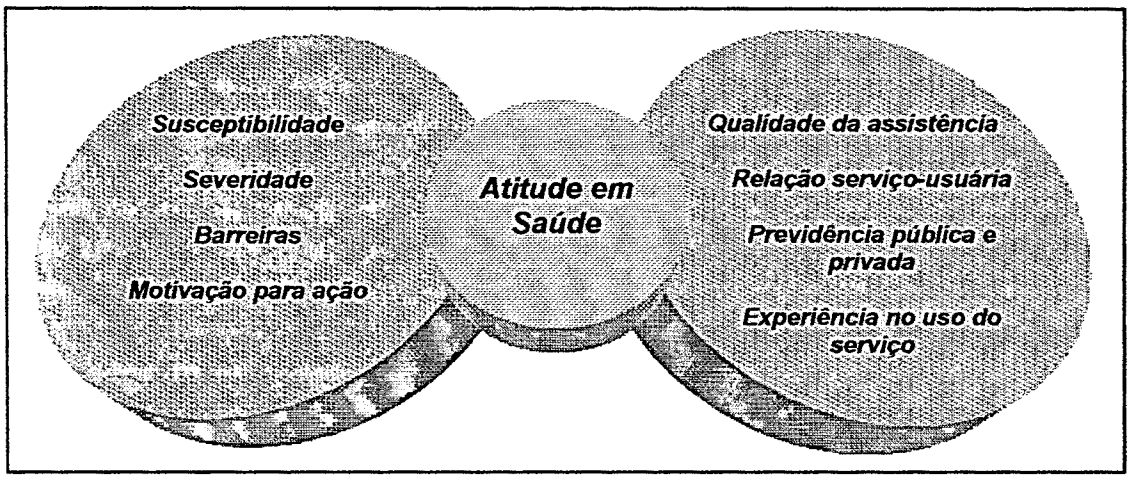

Figura 6. Temas de análise do estudo.

Os constructos relativos ao Modelo de Crenças e Atitudes (MCA) que foram utilizados neste estudo e possibilitaram a emergência dos temas de análise são: a *percepção da susceptibilidade*, a *percepção da severidade*, a *percepção de barreiras* e a *motivação para ação*. A seguir apresenta-se a fala das mulheres com base nos constructos empregados para efeito de desvelamento das percepções e experiências destas sobre saúde e prevenção. O acesso a estas informações foi possível através da busca e análise dos significados contidos nas questões específicas que compuseram a estrutura de cada categoria de análise, como já apresentado na Figura 3. Assim, em um primeiro momento analítico, da categoria <u>percepções e crenças sobre saúde</u>, pôde-se resgatar os dados referentes ao constructo

susceptibilidade; da categoria percepções e crenças sobre doença pôde-se resgatar os dados referentes ao constructo severidade; e das categorias experiências no uso e acesso ao serviço de saúde e percepções e crenças sobre prevenção pôde-se resgatar os dados referentes aos constructos barreiras e motivação para ação.

Desta forma, as crenças sobre 'ser saudável' estão associadas a possuir uma condição financeira que possibilite a compra de conforto para moradia e de assistência à saúde de qualidade. Esta assistência é caracterizada pelo agendamento rápido de consultas e exames, pelo número suficiente de médicos para atender à demanda e pelo acesso local à tecnologia intermediária; ser produtivo, o que significa poder trabalhar e desempenhar as atividades cotidianas; ter hábitos saudáveis como alimentação balanceada, não fumar, não usar drogas, ter um consumo social de bebidas alcoólicas e ter higiene; ausência de sintomas físicos, em especial a dor; não precisar procurar por cuidado médico, o que significa a presença de sintomas físicos passageiros e suportáveis; praticar a prevenção, seja através do controle médico rotineiro ou da manutenção de um tratamento prescrito; ter atividades de lazer e viver uma situação de bem estar pessoal, caracterizada por viver em ambiente equilibrado no lar e no trabalho, sentir-se feliz e ter auto-estima.

Sendo assim, a *percepção da susceptibilidade pessoal* - resgatada através das crenças sobre o que é saúde e ser saudável - aparece vinculada tanto à *condições concretas de existência* (primeira dimensão) como à *percepção e comportamento em saúde* (segunda dimensão). As condições relativas à primeira dimensão são entendidas como de natureza sócio-econômica, traduzidas nas condições de moradia e financeira desfavoráveis e no acesso à assistência à saúde de baixa qualidade. As falas abaixo exemplificam tais aspectos:

"O que prejudica a saúde da gente é a sujeira, o lixo na rua e, aonde tem criança fica aquela lixeira parada e, quando chove, aquela água fica parada".

"A gente vai no posto para marcar uma consulta para quem não tem condições, pois para se ter uma boa saúde precisa ter uma condição financeira para pagar médico e exames".

"Estou esperando marcar a consulta e até agora nada foi resolvido, pois não consegui marcar. Tudo o que você depende e é de graça porque você não tem condições é difícil e você é atendido somente quando já está ruim".

As condições relativas à segunda dimensão, são entendidas como de natureza social e emocional. Aquelas relativas à natureza social são traduzidas na ausência de hábitos saudáveis, na vida sedentária, no excesso

de trabalho, na limitação das atividades cotidianas associada à presença de sintomas físicos e necessidade de procura por cuidado médico. Já as condições de natureza emocional são traduzidas na falta de auto-estima, em viver em um ambiente depressivo, na presença de sofrimento emocional e na somatização. As falas abaixo exemplificam esta afirmação:

"A pessoa que não está bem, começa a encucação e você vai ficar doente sem estar doente".

"Falta de exercícios, alimentação errada, comida gordurosa e a cabeça, tem que ter lazer, ter uma vida tranqüila, com passeios, diversões, além do trabalho".

"Se estou emocionalmente mal, estou mal, sei que tudo está ligado à minha cabeça. O emocional interfere na saúde".

"Eu estou falando, estou andando...às vezes a gente tem uma dor de cabeça mas isto é normal, porque todas as pessoas tem mesmo...estou fazendo tudo, logo acho que neste momento estou bem".

"Ter saúde é eu não ter que ir ao médico, ter uma vida saudável, que eu me alimente no meu dia a dia e não ter problema algum...tem pessoas que têm dores no estômago, dor de cabeça e não vão ao médico...saúde é não ter nada disso e não reclamar de nada".

As crenças sobre 'estar doente' emergem nas falas das mulheres associadas a ter necessidade de cuidado especializado, o que significa ter um problema de saúde grave com diagnóstico médico positivo e prognóstico desconhecido; ter sintomas físicos duradouros que determinam a limitação física e das atividades cotidianas; e viver uma situação de sofrimento emocional, caracterizada por desequilíbrio familiar, falta de auto-estima e somatização.

Assim, a *percepção do potencial de severidade de um determinado problema de saúde* - resgatada através das crenças sobre o 'estar doente' e sobre o 'sentir-se doente' - aparece preponderantemente associada à *percepção e comportamento em saúde* (segunda dimensão) que novamente tem determinantes de natureza social e emocional.

Aqueles relativos à natureza social são traduzidos na necessidade de cuidado médico, na presença de problema de saúde grave, no diagnóstico médico positivo, na presença de sintomas físicos limitantes das atividades cotidianas, no fato do que se sente não ser passageiro ou suportável e no desconhecimento do prognóstico pessoal. Já as condições de natureza emocional são traduzidas na presença de sofrimento emocional, ou seja, falta de auto-estima, somatização e desequilíbrio familiar. As falas a seguir exemplificam esta constatação:

"Carência, carente de cuidado, deprimida e você acaba ficando mais doente".

"Eu acho que para falar que a pessoa está doente, ela está com um problema muito grave, ela tem que estar acamada e com uma doença contagiosa".

"Tem uma doença que é espiritual e uma doença que você sente dor...essa que é espiritual você também sente dor...é uma angústia, uma tristeza e é uma dor diferente mas é uma doença".

"A gente só sabe que está doente com o diagnóstico do médico".

"A pessoa se sente mal, tudo o que faz nada está bom...pessoas que não tem coragem para nada".

"Ver as pessoas que tem doença tristes...ficar no hospital...não saber se vai sair do hospital, se vai sobreviver".

"Se eu chegar perto de você e falar que eu não posso trabalhar hoje é porque eu não estou bem mesmo e você pode me levar para o hospital, porque eu não paro por febre ou gripe".

"Não me sinto doente porque não sou uma pessoa que fica procurando tomar remédios toda hora, com dor aqui e ali...eu procuro relevar isso, alguma coisa que eu vou sentindo...logo passa e não me sinto doente".

As crenças sobre as dificuldades de acesso à saúde aparecem, nas falas das mulheres, associadas à insatisfação com a organização e tipo de atendimento do serviço, caracterizada pela inadequação da rotina e horários de atendimento; dificuldades no acesso geográfico, em função das distâncias a serem percorridas para se chegar ao serviço de saúde; à falta de privacidade e de opção pelo profissional que presta o atendimento; à discriminação social existente no serviço público e privado, onde evidenciam-se as desigualdades na assistência à qual tem-se acesso; à inadequação do serviço público às necessidades da demanda, caracterizada pelo número insuficiente de profissionais médicos; e à dificuldade pessoal em experenciar a procura por cuidado médico.

Nesse sentido, *a percepção das barreiras existentes no processo de acesso à saúde* - resgatada através das experiências vivenciadas pelas mulheres na procura e no uso do serviço de saúde - aparece, por um lado, vinculada à *percepção e comportamento em saúde* determinadas porém, por *condições concretas de existência*, especificamente a renda, como já observado na primeira fase deste estudo, e por outro lado, ao modelo de assistência à saúde adotado pelo sistema local, voltado eminentemente para ações de caráter curativo e estruturado de forma inadequada às

necessidades reais da demanda. As falas abaixo servem de subsídio para tal constatação:

"A primeira coisa que eu sinto é a falta de um convênio...esses dias, eu fui marcar uma consulta e pediram para eu voltar depois de um mês, então só resta ir no particular para ser bem atendido".

"A gente vai no posto e não é bem atendido, pois tudo é muito demorado e muito lento".

"Puxa, eu tenho que levar os meus filhos lá no posto...é tão longe este posto...e até para tomar vacina você pensa, porque o sol está tão quente demais...às vezes você vai e eles não atendem, ou porque é muito cedo ou porque é tarde, daí dizem que tem que vir no meio dia, mas meio dia o sol está muito quente e não dá".

"Eu não gosto de ir, acho o exame preventivo muito chato, porque as pessoas são desconhecidas, homem e a gente sente vergonha".

"Toda vez que tenho que procurar o médico não me sinto bem...eu tenho medo, vai me dando um negócio só de pensar nos exames que tenho de fazer...isso tudo abala a gente".

"O atendimento é muito ruim, das pessoas que trabalham lá dentro, porque as pessoas que procuram o posto de saúde são pessoas muito carentes e que são muito necessitados...tem muita frieza".

"A dificuldade maior sempre é quando a gente vai no posto e chega lá, não está atendendo...a pessoa está com aquela dor e a pessoa fala que não tem vaga, e vejo o desespero das pessoas".

"Você vê pessoas doentes e que estão na fila, que não poderiam estar ali porque não tem condições de estar ali e estão esperando ser atendidos".

"Quando eu chego lá no posto eles falam que vai atender, e eles não atendem nem a metade das pessoas que estão lá...e a gente fica pedindo para as pessoas esperarem...e elas respondem que estão há bastante tempo e desistem, vão embora...logo chega outra pessoa e fica na mesma situação".

"Dependendo do que for, você precisa posar lá...eu tenho que ir num dia antes para pegar a guia, que é posar lá...se for uma especialidade, demora até seis meses para conseguir uma consulta".

"Eu acho que eu tenho que parar e pensar se eu vou procurar ou não".

"Eu vou à pé, empurrando o carrinho, demoro uns vinte minutos e quando eu levo as crianças, eu demoro mais porque tem muita subida...chego lá e pergunto se tem vaga para o pediatra ou se eles dá para avaliar a criança...e elas respondem que não, para levar para o hospital".

"Dia de segunda e terça, nossa, é muita gente, tanta criança e tanta mãe, e eles não dá para atender, porque os médicos tem o horário deles e eles querem ir embora".

A motivação para a prática de atitudes positivas em saúde - resgatada através das expectativas em relação ao atendimento do serviço procurado e das crenças sobre prevenção - aparece novamente associada à *percepção e comportamento em saúde* (segunda dimensão) tendo determinantes de natureza social e institucional.

Aqueles relativos à natureza social são traduzidos na expectativa de resolução de barreiras ao acesso ao serviço, especificamente as geográficas e de tempo, esta última, verbalizada como a redução da 'espera' pela assistência; de ausência de discriminação social e de respeito à cidadania. As condições de natureza institucional são traduzidas na expectativa de mudança e adequação do modelo assistencial de forma a atender às necessidades da população. Esta adequação sugere alterações na organização do atendimento que abarcam desde questões de estrutura até a qualidade das relações pessoais do serviço, passando pela programação efetiva de ações preventivas.

A expectativa então é ter-se acesso ao atendimento das necessidades imediatas de forma rápida, integral e com qualidade; atendimento que considere as prioridades das necessidades individuais e ofereça espaço para a expressão da usuária; maior conscientização e integração do profissional médico à dinâmica do serviço, bem como, maior

capacitação dos profissionais envolvidos no processo de assistência à saúde. Estas expectativas emergem das seguintes falas:

"Gostaria que fosse na hora, chegar e quero marcar uma consulta...bom você vem amanhã, tal hora...e chegasse lá e fosse atendida...e visse o que eu precisaria".

"Podia liberar mais e falar mais, pois o médico é tão seco...você chega na sala e não tem nem como falar o que você está sentindo...às vezes eles nem olham no seu rosto, você fala ali e eles estão anotando, anotando e pronto, acabou...pede para você levantar e chama o outro para entrar".

"Gostaria que fosse mais eficiente, igual assim como por exemplo, quando você procura um médico particular...você tem tudo de bom naquilo que precisa".

"Gostaria de ser melhor atendida e mais perto, porque lá é muito longe".

"Gostaria que todos que procuram o serviço de saúde fossem tratados do mesmo modo, criança, adulto, idoso".

"Eu já tive muitas oportunidades de ver isso, pessoas que são atendidas pelo mesmo médico de formas diferentes...porque ele estuda muito tempo, ele tem que ser reconhecido...mas ele tem que dar prioridade à vida e eles dão ao dinheiro e isso é terrível e triste".

"Teria que melhorar as pessoas de atendimento, as enfermeiras, porque os médicos estão dentro dos consultórios e não estão sabendo o que está acontecendo lá fora".

"As pessoas do atendimento teriam de estar mais preparadas para atender urgências, como uma cólica de rim, então a pessoa com gripe poderia esperar".

"Dá uma aflição tão grande na gente de chegar ali e ver que a pessoa está passando mal e que ninguém atende, demora".

O conjunto de informações resgatadas através da análise das falas das mulheres deixa claro que suas atitudes em saúde são resultantes das crenças pessoais que possuem em relação ao processo saúde-doença. Nesse sentido, pôde-se observar concretamente que o movimento de procura por cuidado, seja na vivência de um desequilíbrio, ou para o controle e manutenção da saúde, depende de como estas mulheres percebem sua susceptibilidade para apresentar um problema de saúde e de como percebem a possibilidade de severidade deste problema. Entretanto, observou-se também que o movimento de procura depende, de forma particular, das barreiras encontradas no processo de acesso à assistência à saúde e da motivação para a ação.

No caso da população estudada, encontrou-se uma realidade onde a condição financeira tem papel determinante no acesso à saúde. Porém, ao analisar-se mais detidamente o contexto específico de vivência do processo saúde-doença destas mulheres, duas constatações são feitas: a primeira deixa claro que, guardadas as devidas proporções em relação às desigualdades nas condições de vida, as mulheres possuem o conhecimento básico sobre sua saúde, o que possibilita a presença de atitude positiva em saúde, quando necessário. A segunda desvela uma situação onde, a presença de atitude positiva per si, no caso das mulheres com renda mais elevada tem seu papel determinante evidenciado, uma vez que, estas tem acesso à assistência de qualidade. Entretanto, para as mulheres com condição financeira desfavorável, a presença de atitude positiva, por um lado, pode até garantir o acesso ao serviço de saúde, mas, não garante o acesso à mesma assistência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa de considerações finais, vale destacar que a realização deste estudo evidencia a importância da incorporação de fatores sociais, tais como, a condição econômica, o conhecimento e crenças culturais, na construção de um modelo que tenha como finalidade a aproximação à realidade da saúde de populações. Mais importante ainda é perceber que estreitar o foco sobre apenas um destes fatores não permite reter a complexidade da atitude humana. Além disso, ficou claro que, como os fatores que determinam as escolhas na procura por cuidado médico tendem a ser altamente voltados à realidade e contextos específicos, os estudos precisam ser realizados em áreas socio-cultural e geograficamente específicas.

Pesquisar crenças e atitudes em saúde a partir de concepções sobre saúde e doença não é um exercício pouco frequente na área. Porém, o fato de que as ações em saúde não tem alcançado o impacto desejado, bem como, a certeza de que o conhecimento do indivíduo sobre o processo saúde-doença e suas experiências neste contexto determinam suas atitudes em saúde, criam o espaço necessário para a proposição de análises que tragam contribuições para este campo da Saúde Pública.

Durante o desenvolvimento deste estudo duas constatações emergiram à medida que os dados foram analisados. Uma delas, diz

respeito ao fato de que as crenças e percepções sobre o que seja saúde e doença determinaram a forma como as mulheres estabeleceram relação com o próprio corpo e com o serviço de saúde. Nesse sentido, a crença na presença de um problema de saúde foi associada a alterações no corpo, que eram percebidas como algo fora do normal ou que impediam a realização das atividades cotidianas. E a procura pelo serviço de saúde aconteceu sempre quando este problema não foi passível de resolução através de medidas alternativas, sendo a auto-medicação muito utilizada.

Outra constatação, foi a de que a atitude em saúde reafirmou-se como um fenômeno social, uma vez que, sua determinação esteve diretamente associada a 'condições concretas de existência' (condição sócio-econômica) e a 'percepção e comportamento em saúde' (percepção do problema de saúde e procura por cuidado de saúde no contexto). No caso específico deste estudo, o único indicador da 'condição objetiva de existência' que demonstrou associação estatística significativa com as crenças sobre a procura por cuidado foi a renda familiar. Este dado vem reforçar a idéia de qualidade deste indicador por ser altamente discriminante na identificação das desigualdades sociais.

Desta forma, segundo a leitura das informações desveladas a partir da análise quantitativa realizada na primeira fase do estudo, a

'atitude positiva em prevenção' estaria, em termos de hipótese explicativa, sob a determinação direta da renda familiar, confirmando a argumentação de que grupos populacionais caracteristicamente desfavorecidos - com renda familiar baixa - apresentariam maior concentração de problemas de saúde por terem uma condição de vida precária per si, mas também, por não utilizarem o serviço de saúde de forma adequada, em função de suas crenças e percepções sobre o processo saúde-doença serem determinantes de práticas em saúde inadequadas. Seguindo então este raciocínio, a interpretação possível é a de que as 'atitudes positivas em prevenção' das mulheres deste estudo foram diferenciadas pela renda familiar, indicando uma situação onde as mulheres com renda superior a cinco salários mínimos apresentavam uma probabilidade de procura por cuidado quatro vezes maior, do que aquelas com renda inferior a este recorte.

Entretanto, através das informações obtidas na segunda fase do estudo, relativa aos dados qualitativos, pôde-se identificar que a presença de 'atitude positiva em prevenção' foi também determinada por fatores relativos às 'condições de estilo de vida para a saúde'. Esta constatação trouxe à tona o fato de que existia um forte viés cultural associado às crenças, percepções e práticas em saúde destas mulheres.

Através da análise dos discursos das mulheres, pôde-se observar que o grupo estudado, segundo o recorte da renda, não apresentou diferenças em relação às crenças e percepções sobre o que era 'ser saudável' ou 'ser doente', caracterizando-se, assim, como não determinantes da procura diferenciada por cuidado. Porém, a renda concretizou-se de forma efetiva em uma barreira ao acesso à assistência à saúde, para aquelas mulheres inseridas na categoria de renda inferior, o que permitiu identificar a estreita relação existente entre 'condições objetivas de existência' e 'condições de estilo de vida para a saúde.

Neste sentido, a procura por cuidado de saúde para ambos os grupos foi resgatada através de unidades de significado que resultaram nos temas obtidos através dos discursos das mulheres e que possibilitaram a aproximação entre as duas fases do estudo. Emergem então a 'qualidade da assistência', a 'relação serviço-usuária', a 'previdência pública e privada' e a 'experiência no uso do serviço' como categorias de análise privilegiadas para a constatação de que, mais do que determinantes de crenças e práticas específicas concebidas de forma isolada, apresentam-se como desveladoras de um acesso ao serviço e à assistência à saúde extremamente desigual.

Argumenta-se, então, que esta desigualdade permeia todo o 'sistema de atenção à saúde', considerando-se este como o conjunto de crenças sobre saúde e doença, as atitudes dos indivíduos na vivência de seus processos saúde-doença específicos e as instituições sociais envolvidas, incluíndo o serviço de saúde.

Nesse sentido, o acesso à uma assistência à saúde de qualidade apareceu nos discursos das mulheres, vinculado a questões organizacionais dos serviços que, se observadas e analisadas pelo prestador da assistência, são passíveis de serem atendidas. Esta 'qualidade da assistência' foi caracterizada pela garantia de acesso ao atendimento das necessidades imediatas da usuária, sendo este atendimento realizado por profissionais capacitados, com rapidez e dando prioridade àquelas que necessitam. O atendimento das necessidades imediatas, referido pelas mulheres na segunda fase do estudo, apareceu, na fase quantitativa, como a resolução do problema de saúde após a busca por cuidado. Esta resolução significou a possibilidade de desempenho efetivo dos papéis sociais destas mulheres, ou seja, a possibilidade de dar conta dos afazeres cotidianos.

Da mesma forma, a 'experiência no uso do serviço' de saúde, evidenciou o descrédito das mulheres em relação a este, demostrado

através da insatisfação com a organização e com o tipo de atendimento recebido. Esta insatisfação foi determinada pela inadequação das rotinas de atendimento e pela dificuldade de acesso ao atendimento médico. Esta situação foi muito bem evidenciada na primeira fase do estudo onde quase a metade das mulheres que referiram algum desequilíbrio em sua saúde não conseguiram o atendimento do seu serviço de saúde de referência e tiveram que procurar por outro serviço municipal.

A questão da 'experiência no uso do serviço' apareceu intimamente associada à 'relação serviço-usuária' refletida na expectativa destas mulheres de serem consideradas como cidadãs, no gozo pleno de seus direitos, quando da procura por cuidado de saúde. Sendo assim, serem ouvidas em suas necessidades, por um profissional consciente e integrado à realidade local, em uma situação que possibilitasse privacidade, foi a situação de inter-relação resgatada como ideal por estas mulheres. Os dados obtidos na primeira fase do estudo reafirmam este pensamento, uma vez que, a satisfação com o atendimento recebido esteve sempre associada à qualidade da relação médico-cliente, quando da procura por cuidado, reafirmando que mais importante do que a resolução da queixa apresentada foi o respeito à cidadania.

Na categoria 'previdência pública e privada' emergiu, de forma bastante clara, a discriminação existente na prestação de assistência a grupos diferenciados pela condição financeira e, mais especificamente, no acesso a esta assistência. O modelo de assistência atual continua a excluir, dos mais necessitados, o acesso à assistência de qualidade. Na realidade, este acesso é real apenas para aqueles que tem condição financeira adequada para comprar a possibilidade de resolução de seus problemas, ou seja, comprar serviços de qualidade. Para estes, as barreiras e dificuldades de interação com o serviço praticamente não existem, ao contrário do que vivenciaram as mulheres com renda inferior. A crença e atitude de praticamente a totalidade das mulheres de baixa renda em procurar por cuidado de saúde somente, *"em último caso"*, deixa clara esta exclusão.

O 'sistema de atenção à saúde' concretiza-se, então, como discriminatório, oferecendo uma proteção que é determinada por uma gerência que prioriza o caráter econômico das ações em saúde. E acaba por reafirmar que o Estado não vê a saúde como direito, pelo menos para aqueles que não podem comprá-la.

"Eu procuro o serviço de saúde só quando eu estou sentindo alguma coisa porque se for lá só para ele ver minha saúde, eu não sei o que falar, porque a primeira coisa que eles perguntam é o que eu estou sentindo. O

serviço de saúde não está preparado para o serviço de prevenção, eles estão lá para atender o problema de saúde, quando você está doente".

Acredita-se que a prática da prevenção, entendida neste estudo como 'atitude positiva em saúde', seja determinada pelas crenças e percepções dos indivíduos sobre o que é saúde, doença, prevenção e também, pelas experiências vivenciadas por estes quando em processo de procura por cuidado, seja para prevenção, seja para manutenção ou tratamento de sua saúde. Em relação às crenças, constatou-se que não existiu diversidade, no campo das representações, entre as mulheres de baixa e alta renda familiar, o que deixa claro que estas mulheres sabiam quando procurar por cuidado de saúde. Porém o acesso a este cuidado não foi igualitário, como já discutido, abarcando desde barreiras geográficas até institucionais.

Neste ponto, sugere-se que o serviço de saúde precisa rever sua prática e propõem-se a realização de levantamentos diagnósticos de populações que contemplem o acesso a informações, tanto de caráter quantitativo como qualitativo. Acredita-se que este caminho possibilita uma maior aproximação das necessidades locais de grupos específicos e consequentemente, favorece o atendimento das reais necessidades das demandas.

Através deste processo de redescobrimento de quem é o usuário, de quais são suas necessidades e de quem somos, enquanto prestadores de assistência a saúde, a saúde pública pode resgatar sua real finalidade, desvinculando-se do cuidado à doença e promovendo ações preventivas que extrapolem o contexto teórico e concretizem-se numa prática efetiva.

6. REFERÊNCIAS

Adler N, Matthews K. Health psycology: why do some people get sick and some stay well? **Annual Review of Psychology** 1994; 45: 29-9.

Almeida Filho N. Caos e causa na epidemiologia. In: Costa MFL, Souza RP (organizadores). **Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed Editora/Abrasco; 1994.

Alvarenga AT de. **Contribuição ao estudo das relações entre status sócio-econômico-familiar e saúde materna**. São Paulo, 1978. [Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Andersen R. **A behavioral model of families' use of health services**. Chicago: Center for health Administration Studies; 1968.(Research Series, 25).

Anderson JG, Bartkus D. Choice of medical care: a behavioral model of health and illness behavior. **Journal of Health and Social Behaviour** 1973; 14:348-62.

Anderson NB, Cheryl A. Toward understanding the association of socioeconomic status and health: a new challwnge for the biopsychosocial approach. **Psychosomatic Medicine** 1995; 57: 213-25.

Antonovsky A, Kats R. The model dental patient: na empirical study of prevemtive health behavior. **Social Science and Medicine** 1970; 4:367-79.

Ávila MB. **Mortalidade materna: uma questão social**. Recife: S.O.S. Corpo; 1994.

Barreto M, Alves PC. O coletivo versus o indivudual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: Costa MFL, Souza RP (organizadores). **Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia**. Belo Horizonte:Coopmed Editora/Abrasco; 1994.

Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. Motivations as predictors of health behavior. **Health Services Reports** 1972; 87:852-62.

Becker MH. The health believe model and prediction of dietary compliance: a field experiment. **Journal of health and Social Behavior** 1977; 18:348-366.

BENFAM/PNSMIPF. **Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar - Brasil**: 1986. Rio de Janeiro; 1987.

Berkman LF, Breslow L. **Health and ways of living**. New York: Oxford University Press; 1983.

Berquó E, Souza JMP, Gotlieb SLD. **Bioestatística**. São Paulo: EPU; 1980. p. 133-153.

Berquó E. **São Paulo e sua fecundidade: um estudo das variáveis intermediárias e dos diferenciais sócio-econômicos da fecundidade: São Paulo 80**. São Paulo; 1985. (Fundação SEADE, 1).

Berquó E. Brasil um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos.[Apresentado ao Seminário A Situação da Mulher e o Desenvolvimento; 1993; Campinas, Brasil].

Blaxter M. **Health and lifestyles**. London: Tavistock/Routledge; 1990.

Boltanski L. **Prime education et morale de classe**. Paris: Mouton; 1969.

Bury M. Ageing, gender and sociological theory. In: Arber S, Ginn J (editores). **Connecting gender and ageing: a sociological approach**. Open University Press: Buckingham/Philadelphia; 1995.

Calnan M. **Health and Illness: the lay perspective**. London: Tavistock; 1987.

Carvalho Leite JC de. **Patients' expectations about the treatment for alcohol related problems in the process of dropout: a two-month follow-up study on predisposing factors to dropout among subjects beginning treatment**. London, UK, 1998. [Tese de Doutorado apresentada à Faculty of Medicine of the University of London].

Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB (organizador). **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997; p. 276.

Castro C, Martine G. **O planejamento familiar no Brasil após a conferência do México**. Brasília: CNRH/PEA; 1994.

Cesar C L G, Tanaka O Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad. Saúde Públ**. 1996; 12:59-70.

Charles N, Walters V. Age and gender in women's accounts of their health: interviews with women in south wales. **Sociology of Health & Illness** 1998; 20:331-350.

Clarke JN. Sexism, Feminism and Medicalism: a decade review of literature on gender and illness. **Sociology of Health & Illness** 1983; 5:62-82.

Cleary PD, Mcneil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. **Inquiry** 1988; 25: 25-36.

Conferência Internacional Sobre La Población. **Informe**. Cairo; 1994. (Nações Unidas - Informe Técnico).

Conner M, Norman P. **Predicting health behavior: research and practice with social cognition models**. Buckingham: Open University Press; 1998. The role of social cognition in health behaviors; p. 1-22.

Costa AM. O PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão da Cidadania e Reprodução; 1992.

Crane J. The epidemic theory of ghetos and neighborhood effects on dropping out and teenage childbearing. **American Journal of Sociology** 1991; 96: 1226-59.

Dixon WJ. e Massey FJ. **Introduction to statistical analysis**. 2ª ed. Mc Gran Hill, New Youk, 1957.

Donabedian A. Quality, cost and health: na integrative model. **Medical Care** 1988; 20: 975-92.

Dubos R. **Man adapting**. New haven: Yale university Press; 1995.

Fabrega H. Toward a model of illness behavior. **Medical Care** 1973; 11:470-84.

Farr K A e Wilson-Figueroa M. Talking about health and health care: experiences and perspectives of latin women in a farmworking community. **Women & Health** 1997; 25:23-40.

Ferreira ABH. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ª ed. Rio de janeiro: Editora Nova Fronteira; 1986.

Fiske ST, Taylor SE. **Social Cognition**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1991.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública** 1994; 1 supl 10:146-155.

Ginn J, Arber S. **Connecting gender and ageing: a sociological approach**. Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 1995. Only connect: gender relations and ageing; p. 70-85.

Glanz K, Lewis FM, Rimmer BK. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass; 1990.

Gomes KRO. **Morbidade referida por mulheres em idade fértil, uso dos serviços e qualidade da assistência: estudo da região sul do município de São Paulo**. São Paulo; 1998. [Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Gruenberg E. The failure of success: health and society. **Milbank Menorial Fund. Qualterly** 1977; 55: 3-24.

Hansluwka HE. Measuring the health status of a population: current state of the art. **Popul. Bul. United Nations** 1987; 23/24:56-57.

Hart N. Inequalities in health: the individual versus the environment. **Journal of the Royal Statistical Society** 1986; 149:228-46.

Heise L. **Violence against women: the hidden health burden.** Washington (DC); 1994.(World Bank Discussion Papers, 255)

Hochbaum GM. **Public participation in medical screening programs: a socio-psycological study.** Washington (DC); 1958. (Public Health Service Publication, 572).

Hockbaum GM, Lorig K. Roles and uses of theory in health education practice. **Health Education Quarterly** 1992; 19:289-412.

House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. **Journal of Health and Social Behavior** 1994; 35:213-34.

Hunter M. The women´s health questionaire: a measure of mid-aged women´s perceptions of their emotional and physical health. **Psychology and Health** 1992; 7: 45-54.

Ingrisch D. Conformity and resistence as women age. In: Arber S, Ginn J. (editores). **Connecting gender and ageing: a sociological approach.** Buckingham/Philadelphia: Open University Press; 1995.

Institute of Medicine. **Improving health in community: a role for performance monitoring**. Washington (DC): National Academy Press; 1997.(Division of health promotion and disease prevention)

Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. **Archives of Environmental Health** 1966; 12:246-66.

Kosa J, Robertson LS. The social aspects of health and illness. In: Kosa J, Antonovsky, B, Zola I. **Poverty and health: a sociological analysis**. Cambridge: Harvard University Press; 1969. p.35-68.

Lebrão ML.. Estudos de morbidade: usos e limites. **Rev. Saúde e Sociedade** 1995; 4:51-58.

Lukács G. **Existencialismo ou marxismo?** São Paulo: Ed. Senzala; 1967.

Macran S, Clarke L, Joshi H. Women´s health: dimensions and differentials. **Soc. Sci. Med.** 1996; 42:1203-16.

Marmot MG, Mustard JF. Coronary heart disease from a population perspective. In: Evans RG, Barer, ML, Marmor TR (edictors). **Why are some people healthy and others not?** Hawthorne (NY): Walter de Gruyter Inc; 1994.

McLeroy KR, Steckler AB, Simons-Morton B, Goodman RM, Gottlieb N, Burdine JN. Social science theory in health education: time for a new model? **Health Education Research** 1993; 8:305-12.

McQueen D. Theme issue. **Health Education Research** 1991; 6:137-255.

Mechanic D. **Medical Sociology: a seletive view**. New York: Free Press; 1968.

Minayo MSC. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1992.

Minayo MCS. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: Costa MFL, Souza RP (organizadores). **Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed Editora/Abrasco; 1994.

Morell MGGP de. A prática de esterilizações em São Paulo: uma tentativa de caracterização. In: **Anais do Encontro Nacional de estudos Populacionais**; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1992; 2.

Morell MGGP de. Anticoncepção em São Paulo em 1986: prevalência e características. **Inf. Demogr**. 1994; 25: 199-333.

Morell MGGP de. Declaração de nascido vivo no estado de São Paulo: alguns resultados. **Nascer Aqui**. São Paulo; 1995. (Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados - SEADE - Informe Técnico, 29).

Mullen PD, Hersey JC, Iverson DC. Health Behavior Models Compared. **Soc. Sci. Med**. 1987; 11:973-981.

Nathanson C A. Social roles and health status among women: the significance of employment. **Soc Sci Med**. 1980; 14:463-471.

Oliveira FJA de. Concepções de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte, LFD e Leal, OF (organizadores). **Doença,**

sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p.81-94. (Série Antropologia Médica).

Oliveira LAP, Simões CCS. As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNADs. In: Sawyer DO. **PNADs em foco: anos 80**. Rio de Janeiro; 1988.

Paredes R, Meija A. The colombian study of health manpower and medical education. **Milbank M. Fund. Quart** 1968; 46:55-58.

Parga Nina L. **Configuração de situações de pobreza**. Rio de Janeiro: Ed. PUC/RIO; 1985.

Pena M V J. Política e população: dados sobre um estado de duas caras. **PHYSIS** 1991; 1:97-115.

Pereira M G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 1995. Morbidade; p.76-104.

Pilcher L. Who should do the dishes? Three generations of welsh women talking about men and housework. In: Aaron J, Rees S, Vincentelli K (editores). **Our sisters' land: the changing identities of women in wales**. Wales:University of Wales Press; 1994.

Pill R, Stott NCH. Choice or chance: further evidence on ideas of illness and responsibility for health. **Soc. Sci. Med**. 1985; 10:981-991.

Pirotta KCM. **A mulher e a esterilização: do mito da emancipação ao desvelamento da subalternidade**. São Paulo; 1998. [Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Popay J. My health is all right, but I´m just tired all the time: women´s experience of ill health. In: Roberts H. **Women´s Health Matters**. London; 1992. p.99-120.

Population Reference Bureau. (PRB). La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y Consecuencias. **El Proyeto de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) de Macro International y la División de Salud Reproductiva de los Centros para el Control de las Enfermidades (CDR)**. Washington (DC); 1992.

Population Reports. **Esterilização feminina**; 1990.(série C, 10).

Reis AOA. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente grávida: avatares**. São Paulo; 1993. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Restrepo HE. Discussion notes on the care and promotion of adult women's health in the americas. In: Gómez GE. **Gender, women and health**. Washington (DC): PAHO; 1993.

Robert SA. Community-level socioeconomic status effects on adult health. **Journal of Health and Social Behavior** 1998; 39:18-37.

Rodin J, Salovey P. Health psychology. **Annual Review of psycology** 1989 ; 40:533-79.

Rose, D.P. **The strategy of preventive health**. Oxford: Oxford University Press; 1992.

Rosenstock IM. Why people use health services. **Milbank memorial Fund Quarterly** 1966; 44:94-127.

Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. **Hlth Educn Monogr**. 1974; 2:345-386.(a)

Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. **Hlth Educn Monogr**. 1974; 2:1-8.(b)

Ross JA. **Sterilization: past, present, future**. Washington (DC); 1991.(The Population Council, Working Paper, 29).

Secretaria Municipal de Saúde. **Processo de territorialização e estimativa rápida participante**. Londrina (PR); 1995. (Documento).

Sheeran P, Abraham C. The health belief model. In: Conner M, Norman P. **Predicting health behavior: research and practice with social cognition models**. Buckingham: Open University Press; 1998. p.23-61.

Shor N. **Adolescência e anticoncepção: conhecimento e uso**. São Paulo; 1995. [Tese de Livre-Doscência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Siqueira A A F de et al. **Estudo da mortalidade materna na região sul do município de São Paulo - Brasil: análise preliminar**. São Paulo; 1991.(Série de Investigação em Saúde da Mulher, da Criança e Adolescência, 1)

Sorensen G, Verbrugge LM. Women, work and health. **Ann Rev Public health** 1987; 8:235-251.

Stroebe W, Stroebe MS. **Social psychology and health.** Buckingham: Open University Press; 1995.

Tanaka ACd'A et al. Situação de saúde materna e perinatal no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública** 1989; 23: 67-74.

Tanaka ACd'A, Maciel AA. Condições de nascimento como fator de risco perinatal. In: **Anais do 12^0 Congresso Brasileiro de Perinatologia**; 1990; Rio de Janeiro, Brasil.

Tanaka OY. **Avaliação da qualidade de serviços básicos de saúde: o estudo do distrito da Brasilândia**. São Paulo; 1994. [Tese de Livre-Doscência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Taylor S. **Health psychology**. New York: McGraw-Hill; 1991.

Waldron I. Employment and women's health. **Int J Health Serv** 1980 10:435-454.

Wallace R, Wallace D. Origins of public health colapse in new youk city: the dynamics of planned shrinkage, contagious urban decay and social desintegration. **Bulletin of the New York Academy of Medicine** 1990; 66:391-434.

White K L. Life and death and medicine. **Scientific American** 1973; 229: 23-33.

Willians D R. Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. **Social Psychology Quarterly** 1990; 53: 81-99.

Willians DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. **Annual Review of Sociology** 1995; 21: 349-86.

Winett RA. Ecobehavioral assessment in health life-styles: concepts and methods. In: Karoly P. **Measurement strategies in health psychology**. Chichester:Wiley; 1985. p.147-81.

Wingard DL. The sex differential in morbidity, mortality and lifestyle. **Ann Rev public Health** 1984; 5:433-458.

Woods NP, Hulka BS. Sympton reports and illness behavior among employed women and homemakers. **J Community Health** 1979; 5:36-45.

Biblioteca/CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

7. ANEXOS

ANEXO A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS - PRIMEIRA FASE

ESTUDO DE CRENÇAS EM SAÚDE FORMULÁRIO N^0 _____

FOLHA DE CONTROLE

BAIRRO:_____

ENFEREÇO DO DOMICÍLIO:_____

NOME DO CHEFE:_____

RESULTADO DAS ENTREVISTAS

	1^A	2^A	3^A	4^A	5^A	
1.	( )	( )	( )	( )	( )	REALIZADA EM __/__/__
2.	( )	( )	( )	( )	( )	RECUSA
3.	( )	( )	( )	( )	( )	DOMICÍLIO DE USO OCASIONAL
4.	( )	( )	( )	( )	( )	DOMICÍLIO VAGO
5.	( )	( )	( )	( )	( )	DOMICÍLIO FECHADO
6.	( )	( )	( )	( )	( )	PRÉDIO DE USO COMERCIAL
7.	( )	( )	( )	( )	( )	NÃO PERTENCE À POPULAÇÃO
8.	( )	( )	( )	( )	( )	OUTROS. ESPECIFICAR

OBS.: RESULTADO DAS VISITAS - SE 3, 4, 6, OU 7, PULAR PARA O DOMICÍLIO SEGUINTE.
- SE FECHADO, EXCLUIR APÓS A 5^A VISITA. (CONTAR COMO CASO = PERDA)

TEMPO DE RESIDÊNCIA - SE MENOR QUE 1 ANO, PULAR PARA O DOMICÍLIO SEGUINTE.

OBSERVAÇÕES:_____
_____
_____
_____

I - QUADRO DE MORADORES DO DOMICÍLIO E CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Nome	Rel. Chefe	Idade	Sexo	Instrução ***	Est. Conj. *	Tip.Uni. **	Ocupação ****	Renda (SM)

* SOLTEIRO (A), CASADO (A), DESQUITADO (A)/DIVORCIADO (A), VIÚVO (A).
** LEGAL, LIVRE, SEM UNIÃO CONJUGAL.
*** NENHUMA, PRIMÁRIO INCOMPLETO, PRIMÁRIO, GINASIAL, COLEGIAL, SUPERIOR.
**** A=TRABALHA, B=DESEMPREGADO, C=APOSENTADO, D=ESTUDANTE, E=DO LAR,

II - CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

1. NESTA RUA TEM PAVIMENTAÇÃO? 1. SIM 2. NÃO

2. NESTA RUA TEM ILUMINAÇÃO ELÉTRICA? 1. SIM 2. NÃO

3. NESTA CASA TEM ENERGIA ELÉTRICA? 1. SIM 2. NÃO

4. DE ONDE VEM A ÁGUA DESTA CASA?
   1. REDE PÚBLICA COM CANALIZAÇÃO INTERNA
   2. REDE PÚBLICA SEM CANALIZAÇÃO INTERNA
   3. POÇO
   4. OUTRA._____
   9. IG

5. COMO É O ESGOTO SANITÁRIO DESTA CASA?
   1. LIGADO À REDE PÚBLICA
   2. FOSSA
   3. A CÉU ABERTO
   4. EM RIO, CÓRREGO, ETC.
   5.OUTRA._____
   9. IG

6. QUAL O DESTINO DO LIXO DESTA CASA?
   1. COLETADO NA PORTA PELA PREFEITURA
   2. CAÇAMBA/ LEVADO A UM PONTO DE COLETA
   3. ENTERRADO
   4. QUEIMADO
   5. JOGADO EM TERRENO BALDIO
   6. JOGADO NA RUA, EM RIACHO OU CÓRREGO
   7. OUTRA._____
   9. IG

7. É PAGO DE ALUGUEL OU PRESTAÇÃO MENSAL?
   1. SIM
   2. NÃO

8. TIPO DE DOMICÍLIO:
   1. CASA
   2. APARTAMENTO
   3. CORTIÇO
   4. CASA DE FAVELA
   5. OUTRA._____

III - PERCEPÇÃO DO PROBLEMA DE SAÚDE - PROCURA POR CUIDADO DE SAÚDE

9. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, VOCÊ APRESENTOU ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE?
   1. SIM. 2. NÃO
   DOENÇA. QUAL?_____
   ACIDENTE. QUAL?_____
   VIOLÊNCIA. QUAL?_____

10. ESTE PROBLEMA É NOVO OU ANTIGO? (AGUDO OU CRÔNICO)
   _____

11. POR QUE VOCÊ ACHA QUE ESTE PROBLEMA APARECEU / ACONTECEU?
_____

12. ESTE PROBLEMA DE SAÚDE LIMITOU SUAS ATIVIDADES HABITUAIS?
   1. NÃO (PASSE PARA A QUESTÃO 31)
   2. SIM, PARCIALMENTE
   3. SIM, TOTALMENTE
   9. IG

13. ESTE PROBLEMA IMPEDIU VOCÊ DE IR À ESCOLA?
   0. NÃO SE APLICA 2. SIM
   1.NÃO 9. IG

14. VOCÊ PROCUROU ALGUMA AJUDA OU CONVERSOU COM ALGUÉM PARA RESOLVER
ESTE PROBLEMA DE SAÚDE?
1. NÃO. POR QUÊ?_____
2. SIM. POR QUÊ?_____

15. QUEM VOCÊ PROCUROU? (QUANDO SE REFERIR AO SERVIÇO INDAGAR QUAL PROFISSIONAL TENCIONAVA ENCONTRAR)

1.MÉDICO
2.DENTISTA
3.ENFERMEIRO
4.PSICÓLOGO
5. FARMACÊUTICO
6. PARENTE, AMIGO, VIZINHO
7. BENZEDOR, CURANDEIRO
8.OUTROS._____
9. IG

16. ONDE VOCÊ PROCUROU ESTA AJUDA?
TIPO DE SERVIÇO._____
ONDE FICA?_____

17. VOCÊ ACHA QUE ESTE PROBLEMA FOI RESOLVIDO?
1. SIM 2. NÃO
POR QUE?_____

18. VOCÊ FICOU SATISFEITA COM O ATENDIMENTO DE RECEBEU?
1. SIM 2. NÃO
POR QUE?_____

19. NESTES ÚLTIMOS 30 DIAS VOCÊ PROCUROU ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE POR MOTIVO
QUE NÃO FOSSE DOENÇA?
1. SIM 2. NÃO
QUAL?_____

20. QUANDO VOCÊ ACHA QUE DEVE PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO?
_____

IV - USO DE SERVIÇOS ALTERNATIVOS DE CURA

VOCÊ COSTUMA FAZER UDO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS DE CURA?

21. BENZEDEIRA OU REZADEIRA	1. SIM	2. NÃO
22. PASTOR	1. SIM	2. NÃO
23. PADRE	1. SIM	2. NÃO
24. PAI/MÃE DE SANTO	1. SIM	2. NÃO
25. ACUMPUNTURISTA	1. SIM	2. NÃO

26. MASSAGISTA 1. SIM 2. NÃO

27. PLANTAS MEDICINAIS 1. SIM_____ 2. NÃO
ESPECIFICAR

28. OUTROS AGENTES 1. SIM_____ 2. NÃO
ESPECIFICAR

29. COMO VOCÊ ACHA QUE ESTE (S) MÉTODO (S) / SERVIÇO (S) ALTERNATIVOS AJUDA (AM) A RESOLVER PROBLEMAS EM SUA SAÚDE?_____

V - SAÚDE REPRODUTIVA

30. VOCÊ USA ALGUM MÉTODO ANTICONCEPCIONAL ATUALMENTE?
1. SIM. QUAL (IS)?_____
2. NÃO. POR QUE?_____

31. VOCÊ FAZ EXAME PARA PREVENÇÃO DO CANCER GINECOLÓGICO/PAPANICOLAU?
1. SIM. POR QUE?_____
2. NÃO. POR QUE?_____

32. QUAL A ÚLTIMA VEZ QUE VOCÊ FEZ ESTE EXAME?
_____ANO (S) OU _____MES (ES) OU _____DIA (S)

33. VOCÊ JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ?
1. SIM. QUANTAS VEZES?_____ ABORTOS_____
2. NÃO. (PASSAR PARA QUESTÃO 37)

34. VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA ATUALMENTE?
1. SIM. 2. NÃO. (PASSAR PARA QUESTÃO 73)

35. VOCÊ FAZ PRÉ-NATAL?
1.SIM. PORQUE?_____
2. NÃO. POR QUE?_____

36. QUANTAS CONSULTAS VOCÊ JÁ FEZ NESTA GESTAÇÃO?_____

ANEXO B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA

ESTUDO SOBRE CRENÇAS EM SAÚDE

PERCEPÇÕES E CRENÇAS SOBRE SAÚDE

O que você acha que é ter saúde?
O que você acha que pode prejudicar a saúde de uma pessoa?
Você acha que neste momento tem saúde?

PERCEPÇÕES E CRENÇAS SOBRE DOENÇA

O que você acha que é estar doente?
Você se sente doente?

A EXPERIÊNCIA NO USO E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

O que você sente quando precisa ir a um serviço de saúde?
O que você sente quando entra pela porta do serviço de saúde?
O que você tem que fazer quando precisa procurar um serviço de saúde?
O que você gostaria que acontecesse quando precisasse de um serviço de saúde?

PERCEPÇÕES E CRENÇAS SOBRE PREVENÇÃO EM SAÚDE

O que você acha que é prevenção de saúde?
Você faz prevenção da sua saúde?

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/07/98

18 de fevereiro de 1998.

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **homologou**, em sua 1.ª/98, realizada em 17.02.98, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "O CONCEITO DE MORBIDADE COMO UM INDICADOR DA QUALIDADE DE VIDA E COMO DETERMINANTE DE PRÁTICAS EM SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO", apresentado pela pesquisadora Alexandrina Aparecida Maciel.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Ruy Laurenti
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

O quê você acha que é ter saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"a gente ter um bom atendimento com os médicos. A gente vai no posto para marcar uma consulta para quem não tem condições, pois para se ter uma boa saúde precisa ter uma condição financeira para pagar um médico e exames. Isto porque para se marcar uma consulta se leva 1 mês, pois estou esperando há 3 meses para marcar um exame de vista e estou esperando chegar pelo correio, às vezes demora até 6 meses. A gente precisava de mais médico para melhorar o atendimento e agilizar esta fila de espera. Se a gente precisa de uma ultra-sonografia é mandado para outro médico e precisa esperar vários meses para conseguir, e eu acho que poderia ter lá mesmo no posto, isto facilitaria bastante".(A1)*	1. ter um bom atendimento com os médicos; 2. ter condição financeira para pagar um médico e exames; 3. não ter que esperar um mês para marcar consulta; 4. não ter que esperar de três a seis meses para marcar exame de vista; 5. ter mais médicos para melhorar o atendimento e agilizar a fila; 6. ter ultrassonografia no posto.	a) acesso rápido ao atendimento médico; b) disponibilidade de equipamentos no serviço de saúde; c) boa condição financeira.
• *"é eu não estar sentindo nada, é eu estar trabalhando, sentir muito feliz e muito contente, porque sabemos que a saúde para a gente é tudo, e não tendo saúde não temos como lutar, então tendo saúde é uma alegria".(A2)*	1. é não estar sentindo nada; 2. é estar trabalhando; 3. é sentir-se feliz; 4. ter saúde é poder lutar.	a) ausência de sintomas físicos; b) ser produtivo; c) estar feliz.
• *"ter saúde é não sentir dor, viver bem comigo mesmo, no meu trabalho, ter paz no meu trabalho".(A3)*	1. é não sentir dor; 2. é viver bem consigo mesma; 3. é ter paz no trabalho.	a) ausência de sintomas físicos; b) bem estar pessoal.

O quê você acha que é ter saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"ter saúde é estar bem com a vida, estando bem com a vida acho que está com saúde".(B4)*	1. é estar de bem com a vida.	a) bem estar pessoal.
• *"ter um posto de saúde aqui perto,que a gente precisa, pois é muito longe".(B5)*	1. é ter um posto de saúde perto de casa.	a) acesso geográfico ao serviço de saúde facilitado
• *"a pessoa que se alimenta bem, que não tem doença nenhuma, a pessoa tem que se cuidar, se alimentar-se bem, não fumar muito, dormir bem".(B6)*	1. é alimentar-se bem; 2. não ter nenhuma doença; 3. é se cuidar; 4. fumar pouco; 5. dormir bem.	a) hábitos saudáveis; b) ausência de doença.

O quê você acha que é ter saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"é viver bem, é viver num ambiente com tranqüilidade, viver bem ao seu redor e cuidando de sua saúde, uma alimentação boa. Não é porque tem uma boa saúde que deve fumar, beber, comer qualquer coisa e principalmente mulheres. Então, ter saúde vem da gente mesmo, é da pessoa se cuidar, fazer os seus exames no tempo certo, de mulher, ginecológico. Que todas as mulheres tem que estar bem por dentro, e a maioria das mulheres falham por isso, principalmente as pessoas de sítio".(C7)*	1. é viver bem; 2. é viver em um ambiente traquilo; 3. é cuidar da saúde; 4. é ter uma alimentação saudável; 5. é fazer os exames no tempo certo; 6. é estar bem por dentro.	a) hábitos saudáveis; b) bem estar pessoal; c) fazer exames oportunamente.
• *"ter ânimo de trabalhar, disposição, não ter dor".(C8)*	1. ter ânimo para trabalhar; 2. ter disposição; 3. não ter dor.	a) ser produtivo; b) ausência de sintomas físicos.
• *"é estar bem com a vida e poder fazer as coisas, pois se está com problema de saúde, você não vai poder trabalhar, passear, brincar com a filha, etc".(C9)*	1. é estar de bem com a vida; 2. é poder fazer as coisas; 3. é poder trabalhar, passear, brincar com a filha.	a) bem estar pessoal; b) ser produtivo; c) ter lazer.

O quê você acha que é ter saúde?

Renda > que 5 salários mínimos	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"é eu não ter que ir em médico, ter uma vida saudável, que eu me alimente no meu dia a dia e não ter problema algum. Porque tem pessoas que ficam com dores no estômago, dor de cabeça e não vão ao médico. Saúde para mim é eu não ter nada disso e não reclamar de nada".(D10)*	1. é não ter que ir ao médico; 2. é ter uma vida saudável; 3. é alimentar-se no dia a dia; 4. é não ter problema algum; 5. é não ter dores no estômago e na cabeça; 6. é não reclamar de nada.	a) ausência de sintomas físicos; b) hábitos saudáveis; c) não precisar de atendimento médico.
• *"é ter amor ao corpo, é gostar de si mesmo, porque primeiro eu gosto de mim para depois gostar do outro. É uma pessoa que tem muita higiene, e eu sou uma pessoa que a cada 6 meses vou ao médico. Eu tenho um problema, mas não por procurar um médico, é porque eu tenho mesmo, que é um cisto no seio, mas se eu tivesse esperado para procurar um médico eu tivesse que tirar. Hoje não, como eu procurei, estou fazendo tratamento e em vez de evoluir ele está diminuindo. E para ter saúde a primeira coisa é consultar um médico, pois tem pessoas que fazem tratamento caseiro, mas eu não penso assim".(D11)*	1. é ter amor ao corpo e gostar de si mesmo; 2. é ter muita higiene; 3. é ir ao médico a cada seis meses; 4. é não esperar para ir ao médico; 5. é primeiro consultar um médico; 6. é não fazer tratamento caseiro.	a) auto-estima; b) buscar atendimento médico rotineiramente; c) seguir a conduta médica.
• *"quando se faz a prevenção, e quando não se está bem, é ir ao médico e tomar a medicação e fazer o que for necessário. É ter uma vida saudável".(D12)*	1. é ir ao médico quando não se está bem; 2. é tomar a medicação prescrita; 3. é fazer o que for necessário quando não se está bem; 4. é ter uma vida saudável.	a) buscar atendimento médico oportunamente; b) seguir a conduta médica; c) hábitos saudáveis.

O quê você acha que pode prejudicar a saúde de uma pessoa?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"uma alimentação errada e estado de moradia, não tendo conforto em sua casa".(A1)*	1. ter uma alimentação errada; 2. não ter conforto no lar.	a) ausência de hábitos saudáveis; b) condição de moradia desfavorável.
• *"é a pessoa ter um vício e ela não poder manter aquele vício, o cigarro, a bebida, a pessoa não sabe cuidar do corpo dele, o que pode causar doença".(A2)*	1. ter um vício, como o cigarro e bebida; 2. não saber cuidar do corpo.	a) ausência de hábitos saudáveis.
• *"não praticar esporte, na falta desse exercício a gente acaba tendo estafa, principalmente quando a gente trabalha o dia todo".(A3)*	1. não praticar esporte; 2. ter estafa porque se trabalha o dia todo.	a) vida sedentária; b) excesso de trabalho.

O quê você acha que pode prejudicar a saúde de uma pessoa?

Renda < que 5 salários mínimos	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"é passar muito nervoso, necessidade e isso provoca uma viravolta no corpo da gente".(B4)*	1. passar muito nervoso; 2. passar necessidade.	*a) stress*; b) condição de vida desfavorável.
• *"é a sujeira, joga lixo na rua, e aonde tem criança fica aquela lixeira parada e mais quando chove, aquela água fica parada".(B5)*	1. a sujeira que vem do lixo jogado na rua; 2. a água parada do lixo, quando chove.	a) condição de moradia desfavorável.
• *"não se alimentar bem, fumar demais, beber demais, tudo aquilo que se faz com excesso prejudica a saúde".(B6)*	1. não se alimentar bem; 2. fumar demais; 3. beber demais; 4. tudo aquilo que se faz em excesso.	a) ausência de hábitos saudávies.

O quê você acha que pode prejudicar a saúde de uma pessoa?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"a pessoa vive em algum ambiente, cai numa depressão, pode prejudicar a saúde. As pessoas tem que viver bem consigo mesmo e tem várias coisas que podem prejudicar a saúde, os vícios, do que se alimenta. É isso, e a pessoa que não está bem, começa a encucação, depressão e você vai ficar doente sem estar doente. Quando você tem uma dor, aparece outra dor e aquela some, eu tive esta experiência. A gente sabe que tem doenças que é impossível a gente se livrar delas. A doença depende muito de Deus para se salvar, o resto, tem que se cuidar, porque existe os médicos".(C7)*	1. viver em um ambiente que provoca depressão; 2. os vícios; 3. alimentação errada; 4. a encucação e você fica doente sem estar doente; 5. depende muito de Deus para se salvar.	a) ausência de hábitos saudáveis; b) viver em ambiente depressivo; c) a somatização; d) a vontade Divina.
• *"fumar, má alimentação, beber, higiene".(C8)*	1. fumar, beber; 2. má alimentação; 3. não ter higiene.	a) ausência de hábitos saudáveis.
• *"droga, cigarro, má alimentação".(C9)*	1. usar droga; 2. o cigarro; 3. má alimentação.	a) ausência de hábitos saudáveis.

O quê você acha que pode prejudicar a saúde de uma pessoa?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"o cigarro, a bebida, uma vida muito sedentária, uma alimentação muito pesada, muita fritura e muito lanche, pode até num momento durante algum tempo não fazer mal, mas depois de alguns anos a pessoa vai ter alguns problemas decorrentes de uma má alimentação, de uma vida sedentária, do cigarro, da bebida e depois de alguns anos, a pessoa sofre com esses problemas".(D10)*	1. o cigarro; 2. a bebida; 3. uma vida muito sedentária; 4. alimentação muito pesada; 5. ter estes hábitos por muito tempo.	a) ausência de hábitos saudáveis; b) vida sedentária.
• *"alimentação errada, evitar carnes vermelhas e comer mais peixe, saladas, o excesso de peso, não se proteger das doenças venéreas com o uso da comisinha. Eu sou uma pessoa que sei o que faz mal, eu sou fumante e é uma coisa que eu não consigo e sei que isto está me prejudicando".(D11)*	1. alimentação errada; 2. excesso de peso; 3. não usar camisinha.	a) ausência de hábitos saudáveis; b) ausência de prevenção de DST.
• *"falta de exercícios, alimentação errada, comida gordurosa e a cabeça, tem que ter lazer, ter uma vida tranqüila, com passeios, diversões, além do trabalho".(D12)*	1. falta de exercícios; 2. alimentação errada; 3. não ter lazer fora do trabalho; 4. não ter uma vida tranquila.	a) vida sedentária; b) ausência de hábitos saudáveis; c) stress; d) falta de lazer.

Você acha que neste momento você tem saúde?

Discurso	Redução do discurso	Unidades Temáticas
• *"não, porque no momento eu sinto que não sou mais eu, pois eu não tenho condições para me tratar. Como o exame de vista, estou esperando marcar a consulta e até agora nada foi resolvido, pois não consegui marcar. Tudo que você depende e é de graça porque você não tem condições,é difícil e você é atendido somente quando já está ruim. Mas quando penso que eu tenho que ir no posto para marcar uma consulta só daqui há 2 ou 3 meses, é só quando eu não agüentar mais alguém me leva para um hospital".(A1)*	Não. 1. porque não tenho condições de me tratar; 2. porque tudo que você depende e é de graça é difícil; 3. porque você é atendido somente quando já está ruim; 4. porque tenho que esperar de dois a três meses por uma consulta no posto.	a) condição financeira desfavorável; b) dificuldade de acesso ao serviço público.
• *"um pouco sim e outro não, porque eu tenho um problema de dor de cabeça, depressão, e já cheguei à conclusão que depressão é a gente mesmo que faz. Sabe por que? Porque você está com aquela depressão, você vai, conversa e se distrai e não precisa tomar remédio nenhum".(A2)*	Um pouco sim outro não. 1. porque eu tenho dor de cabeça e depressão; 2. porque depressão é a gente mesmo que faz.	a) presença de sintomas físicos.
• *"não, eu sei que estou com estafa, tenho o problema nos rins e outras coisas que eu sei que eu tenho".(A3)*	Não. 1. porque sei que estou com estafa; 2. porque tenho problema nos rins; 3. porque tenho outras coisas que eu sei que tenho.	a) presença de sintomas físicos.

Você acha que neste momento você tem saúde?

Renda < que 5 salários mínimos	Redução do discurso	Unidades Temáticas
• *"tenho, pois fiz todos os exames, eu estava preocupada e tudo deu negativo".(B4)*	Sim. 1. porque fiz todos os exames e tudo deu negativo.	a) diagnóstico médico negativo.
• *"eu tenho, mas os meus filhos não estão, estão com uma gripe muito forte e estou pensando levar eles no hospital e se eu levo nos outros, eles não passam remédios certos, dão só rinossoro e isso não adianta para gripe. A gente é pobre, mas tem que ter um remédio, nem que a gente compre, economiza um pouco e que seja bom e não adianta estar dando uma coisa que não está resolvendo nada.".(B5)*	Sim. 1. eu tenho mas meus filhos não.	a) tratamento correto.
• *"eu acho que sim, porque a única coisa que eu faço é que eu fumo, mas não é em exagero, me alimento muito bem e do resto, eu me sinto saudável".(B6)*	Sim. 1. porque não fumo muito; 2. porque me alimento bem; 3. porque me sinto saudável.	a) hábitos saudáveis; b) ausência de sintomas físicos.

Você acha que neste momento você tem saúde?

Renda > que 5 salários mínimos	Redução do discurso	Unidades Temáticas
• *"tenho, graças a Deus. Me sinto bem apesar da idade que estou, já passei por épocas mais difíceis, mas superei".(C7)*	Sim. 1. porque me sinto bem apesar da idade que tenho.	a) ausência de sintomas físicos.
• *"hoje, sinceramente, não, porque eu sinto muitas dores, não sei porque, eu passo muito nervoso demais e muita preocupação por estar cuidando de uma pessoa muito doente, onde eu estou caindo de dores".(C8)*	Não. 1. porque sinto muitas dores; 2. porque passo muito nervoso.	a) presença de sintomas físicos; b) stress.
• *"acho, por exemplo: eu estou andando, estou falando, às vezes a gente tem dor de cabeça, mas isto é normal porque todas as pessoas tem que ter mesmo. Estou fazendo tudo, logo acho que neste momento eu estou bem".(C9)*	Sim. 1. porque estou andando e falando; 2. porque sentir dor é normal; 3. porque estou fazendo tudo.	a) ausência de limitação da atividade cotidiana; b) a dor é normal.

Você acha que neste momento você tem saúde?

	Redução do discurso	Unidades Temáticas
• *"eu tenho problema de coluna, mas isso com a própria natação me ajuda bastante e no demais, eu sou uma pessoa que tenho saúde".(D10)*	Sim. 1. Porque eu tenho problema de coluna, mas a natação ajuda.	a) ausência de sintomas físicos.
• *"o único problema que eu tenho é o cisto, eu sou muito ligada a sentimentos. Por exemplo, eu tive um problema com o meu filho na semana passada e fiquei 3 dias tomando chuva na rua, você sabe o que é a mãe quando o filho está envolvido com a justiça, e eu estou 5 dias sem comer, ando num desespero e estou sentindo dor no seio esquerdo, então, se estou emocionalmente mal, estou mal, sei que tudo está ligado a minha cabeça. O emocional interfere na saúde".(D11)*	Não. 1. Porque o único problema que tenho é o cisto; 2. porque sou muito ligada em sentimentos; 3. porque estou há cinco dias sem comer; 4. porque ando num desespero; 5. porque estou sentindo dor no seio esquerdo; 6. porque se estou emocionalmente mal, estou mal; 7. porque o emocional interfere na saúde.	a) diagnóstico médico positivo; b) presença de sintomas; c) sofrimento emocional.
• *"eu não sinto que tenho problema de saúde instalado, mas eu não levo uma vida saudável, porque eu começo a fazer minhas caminhadas e de repente eu paro e isso eu não acho que é legal. A minha alimentação também não é saudável, apesar de saber o que é correto, eu gosto de comida gordurosa e apimentada".(D12)*	Sim. 1. Porque eu não sinto que tenho problema de saúde instalado.	a) ausência de sintomas físicos.

O quê você acha que é estar doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"carência, carente de cuidado, deprimida e você acaba ficando mais doente".(A1)*	1. é ser carente de cuidado; 2. é estar deprimida.	a) necessidade de cuidado; b) sofrimento emocional.
• *"ah! Eu vou falar a verdade para você, eu acho que para falar que a pessoa está doente, ela está com um problema muito grave, ela tem que estar acamada e com uma doença contagiosa".(A2)*	1. é quando a pessoa está com um problema muito grave; 2. é estar acamada; 3. é estar com doença contagiosa.	a) problema de saúde grave; b) limitação da atividade física.
• *"tem uma doença que é espiritual e uma doença que você sente dor. Essa que é espiritual você também sente dor, é uma angústia, uma tristeza e é uma dor diferente, mas é uma doença. Tem a doença que eu creio que você sente dor e , às vezes você está doente e não está sentindo dor, e quando você vai saber está à beira da morte. A gente só sabe que a gente está doente com o diagnóstico do médico".(A3)*	1. tem uma doença que é espiritual; 2. tem uma doença que você sente dor; 3. a espiritual é uma angústia, tristeza, é uma dor diferente; 4. tem doença que não se sente dor; 5. só se sabe se está doente com diagnóstico médico.	a) diagnóstico médico positivo; b) sofrimento emocional.

O quê você acha que é estar doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"pela pessoa ter dores, algum problema sério como câncer, hepatite, essas doenças são terríveis, principalmente o câncer. Se eu tivesse um problema assim, ficava desesperada, já não durmo, já não como, sabe, eu fico meia passadona".(B4)*	1. ter dores; 2. ter problema sério como câncer, hepatite; 3. ficar desesperada, sem dormir, por ter um problema destes.	a) presença de sintomas físicos; b) problema de saúde grave; c) sofrimento emocional.
• *"é não comer, não beber, ficar deitado, tossindo e às vezes até com vômito. Aqui, geralmente é direto ficar doente com bronquite, e às vezes é pela sujeira, poeira e para gente que é um ser humano, faz mal".(B5)*	1. não comer; 2. não beber; 3. ficar deitado; 4. ter tosse e vômito.	a) limitação da atividade física; b) presença de sintomas físicos.
• *"é a pessoa sentir mal, tudo o que faz nada está bom, pessoas que não tem coragem para nada, reclama de tudo".(B6)*	1. é sentir-se mal; 2. são pessoas que não tem coragem para nada.	a) presença de sintomas físicos; b) sentir desânimo.

O quê você acha que é estar doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"pode estar doente clinicamente, espiritualmente, você tem o espírito doente, e as pessoas não querem viver. A pessoa mostra que está doente pela tristeza. Uma outra vez, eu fui no médico e ele me disse que meus exames estavam normais, mas estava preocupado com o caroço que eu tinha no pescoço. Eu fiquei assustada, e tem médico que não sabe falar. Aquilo foi como se eu entrasse num poço e aí eu fui procurar nas minhas fotografias antigas e observei que eu tinha mesmo. Fiz todos os exames e não deu nada. Tem coisas que acontece e só de pensar você fica doente".(C7)*	1. a pessoa mostra que está doente pela tristeza; 2. tem coisas que acontecem que só de pensar você fica doente; 3. pode-se estar doente clinicamente e espiritualmente.	a) ser triste; b) diagnóstico médico positivo; c) sofrimento emocional.
• *"não ter apetite, desânimo, sentir mal estar, dores, tonturas, são tantas coisas que a pessoa quando esta doente, não quer saber de nada, não quer nada com nada".(C8)*	1. a pessoa não quer saber de nada, não quer nada com nada; 2. não ter apetite; 3. ter desânimo, sentir-se mal; 4. ter dores e tonturas.	a) presença de sintomas físicos; b) sentir desânimo.
• *"é ver as pessoas que tem doenças tristes, ficar no hospital todos os dias, principalmente quando se tem câncer, AIDS, as doenças mais contagiosas, não se saber se vai sair do hospital, se vai sobreviver".(C9)*	1. é ser triste; 2. é ficar no hospital todos os dias; 3. é ter câncer, AIDS, as doenças mais contagiosas; 4. é não saber se vai sair do hospital; 5. é não saber se vai sobreviver.	a) ser triste; b) necessidade de internação; c) problema de saúde grave; d) desconhecimento do prognóstico.

O quê você acha que é estar doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"é a pessoa não se sentir bem, só tem vontade de estar deitada, sentir mal estar, e também depende da doença que a pessoa está atravessando, pois cada sintoma de acordo com uma doença. Tem coisas que deixa a pessoa muito debilitada, só tem vontade de estar deitada.". (D10)*	1. quando a pessoa fica muito debilitada; 2. é a pessoa ficar impossibilitada de fazer alguma coisa que ela faz no seu dia a dia.	a) limitação das atividades cotidianas.
• *"é dificil eu falar para você quando eu estou doente, se eu chegar perto de você e falar que eu não posso trabalhar hoje é porque eu não estou bem mesmo e você pode me levar para o hospital. Mas é dificil, porque eu não paro por febre, por gripe. Então, estar doente é colocar na cabeça que estou doente, porque se eu falar que não tenho nada realmente, o meu problema vai diminuir muito, realmente, a doença vem muito da cabeça, é psicológico".(D11)*	1. quando eu não posso trabalhar; 2. é colocar na cabeça que estou doente; 3. a doença vem muito da cabeça é psicológico; 4. é mais do que febre ou gripe.	a) limitação das atividades cotidianas; b) a somatização; c) problema de saúde grave.
• *"acho que se pode estar doente fisicamente e mentalmente, e acho que é pior estar doente mentalmente, como uma depressão, que é uma das doenças mentais. A doença física é a dor que a pessoa tem".(D12)*	1. pode-se estar doente fisicamente e mentalmente; 2. estar doente mentalmente é pior; 3. doença física é a dor que a pessoa tem.	a) presença de sintomas físicos; b) sofrimento emocional.

Você se sente doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"eu me sinto doente e sou muito nervosa, muito irritada. Eu não me sinto bem, eu tenho coisas que eu noto que o meu corpo, eu não sou mais eu. Há 8 meses para cá eu não consigo dormir, tenho alguma coisa que se eu for no médico eu não sei nem explicar o que tenho. Eu sinto muita fraqueza, sinto de uns tempos para cá que eu sou uma pessoa de 80 anos, sem energia".(A1)*	Sim. 1. me sinto doente e sou muito nervosa, irritada; 2. tenho coisas que noto que meu corpo, eu não sou mais eu; 3. tenho alguma coisa que se eu for ao médico, não sei explicar; 4. sinto muita fraqueza; 5. eu sou uma pessoa de oitenta anos, sem energia.	a) sofrimento emocional; b) presença de sintomas físicos.
• *"não, eu não me sinto doente porque há um tempo atrás eu fiz um tratamento, depois eu só estava com depressão e era só remédio, era calmante daqui e dali. Eu falei, quer saber de uma coisa? Eu não vou tomar calmante mais não, eu sou mais eu e vou erguer a minha cabeça e vou cuidar do marido e dos meus filhos, e com isso melhorou".(A2)*	Não. 1. porque eu não me sinto doente; 2. porque eu não tomo mais calmante; 3. porque eu ergui minha cabeça; 4. porque eu cuido do meu marido e dos meus filhos.	a) ausência de sintomas físicos; b) não há necessidade do uso de medicação; c) auto-estima; d) ausência de limitação das atividades cotidianas.
• *"eu não estou doente, mas se eu for ao médico e fazer exames, eu sei que vou encontra um monte de coisas".(A3)*	Não. 1. se eu for ao médico e fizer exames, vou encontrar um monte de coisas.	a) ausência de diagnóstico médico.

Você se sente doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"não, não me sinto, os meus exames deram tudo negativo".(B4)*	Não. 1. meus exames deram negativo.	a) diagnóstico médico negativo.
• *"agora não, porque não tenho febre nem estou tossindo".(B5)*	Não. 1. não tenho sintomas.	a) ausência de sintomas físicos.
• *"eu não, porque eu faço tudo e não sinto nada".(B6)*	Não. 1. eu faço tudo; 2. não sinto nada.	a) ausência de sintomas físicos; b) ausência de limitação das atividades cotidianas.

Você se sente doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"não, em hipótese alguma, graças a Deus. Estou bem com o meu marido, com a minha família".(C7)*	Não. 1. porque estou bem com meu marido e família.	a) equilíbrio familiar.
• *"não, eu posso até estar mas eu não me sinto, porque eu luto para não sentir".(C8)*	Não. 1. porque não sinto; 2. luto para não sentir.	a) ausência de sintomas físicos.
• *"Não, porque eu tenho tudo, não falta nada, estou bem comigo mesma, tem dia que a gente amanhece triste, mas estou bem. Todo mundo tem problema no dia a dia, não tem? Tirando isso, estou bem".(C9)*	Não. 1. porque tenho tudo, não falta nada; 2. porque estou bem comigo mesma; 3. estar triste não é estar doente; 4. ter problemas no dia a dia não é estar doente.	a) Necessidades cotidianas atendidas; b) auto-estima.

Você se sente doente?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"não, porque doente é a pessoa ficar impossibilitada de fazer alguma coisa que ela faz no seu dia a dia, e ficar impossibilitada é ficar doente". (D10)*	Não. 1. porque eu não estou impossibilitada de fazer minhas atividades.	a) ausência de limitação das atividades cotidianas.
• *"eu hoje, não me sinto. Eu me sinto com todos os problemas que tive esses dias, quem me conhece, eu tive uma depressão. Mas isto não é estar doente. Eu estou com depressão e me sinto só, por problema de nervoso, mas acho que todo doente tem uma depressão e uma doença maior começa por uma depressão".(D11)*	Não hoje. 1. eu tive uma depressão, mas isto não é estar doente; 2. eu me sinto só; 3. todo doente tem uma depressão; 4. uma doença maior começa por uma depressão.	a) ausência de sofrimento emocional.
• *"Não, porque não sou uma pessoa que fico procurando tomar remédios toda hora e não vivo com dor aqui e ali, eu procuro relevar isso, alguma coisa que eu vou sentindo, logo passa e não me sinto doente".(D12)*	Não. 1. porque não tomo remédios toda hora; 2. porque não vivo com dor aqui e ali; 3. porque eu relevo o que estou sentindo; 4. porque passa logo e não me sinto doente.	a) ausência de sintomas físicos; b) não há necessidade do uso de medicação; c) o que sente é passageiro; d) o que sente é suportável.

O quê você sente quando precisa ir a um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"se eu estou doente e desanimada eu fico mais desanimada, pois sei que não vou conseguir nada e acabo nem indo".(A1)*	1. eu fico mais desanimada pois sei que não vou conseguir nada; 2. acabo não indo porque sei que não vou conseguir nada.	a) insatisfação com a organização e tipo de atendimento.
• *"quando eu entro eu me sinto triste, aborrecida, porque eu sei que ali é um lugar onde entra muitas pessoas, e falam que o seu problema está fácil ou está difícil, encontra muita gente desesperada e reclamando da vida".(A2)*	1. eu me sinto triste, aborrecida; 2. falam se o seu problema está fácil ou difícil; 3. encontro muita gente desesperada e reclamando da vida.	a) situação de desalento pela ausência de saúde.
• *"a primeira coisa que eu sinto é a falta de um convênio. Eu acho o serviço de saúde muito demorado, pois eu fui lá 2 anos atrás no postinho para fazer um exame, e fui 2 vezes no posto pegar o resultado e não encontrei o médico, ficando para eu retornar depois de 1 mês. Esses dias, eu fui para marcar uma consulta e pediram para eu voltar depois de 1 mês, então só resta ir no particular para ser bem atendido. Sinto tristeza neste caso, pois pago o INSS, 123 reais todos os meses descontados no meu pagamento. A gente não usa, pois a gente vai no posto e não é bem atendido, pois tudo é muito demorado e muito lento".(A3)*	1. eu sinto a falta de um convênio; 2. o atendimento não é bom porque é muito demorado; 3. só resta ir no particular para ser bem atendido; 4. sinto tristeza porque pago o INSS e a gente não é bem atendido.	a) insatisfação com a organização e tipo de atendimento.

O quê você sente quando precisa ir a um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"bom, eu sempre vou quando eu não estou doente, vou sempre para fazer prevenção. Mas quando eu preciso ir mesmo eu acho difícil o médico é uma complicação danada. Tem que ir marcar, tem que retornar e é por isso que eu não gosto de médico, tem que marcar, retornar, fazer alguns exames, mamografia, radiografia, acho uma dificuldade".(B4)*	1. eu acho difícil, o médico é uma complicação; 2. eu não gosto de médico, tem que marcar, retornar, fazer exames.	a) inadequação da rotina de atendimento.
• *"puxa, eu tenho que levar os meus filhos lá no posto. É tão longe este posto, e até para tomar vacina você pensa, porque o sol está tão quente demais. Ou você leva de manhã ou leva de tarde, porque o sol também prejudica a saúde da criança, e às vezes você vai e eles não atendem, ou porque é muito cedo ou porque é muito tarde, daí dizem que tem que vir no meio dia, mas meio dia o sol está muito quente e não dá. Por isso, eu acho assim, se tivesse um posto de saúde ou uma creche aqui em baixo, muita coisa seria resolvida".(B5)*	1. é tão longe este posto; 2. às vezes você vai e eles não atendem porque é muito cedo ou tarde; 3. dizem que tem que vir no meio dia, mas o sol está muito quente e não dá.	a) dificuldade de acesso geográfico. b) Inadequação dos horários de atendimento.
• *"a última vez eu procurei o HU. Eu não gosto de ir, acho o exame preventivo muito chato, porque as pessoas são desconhecidas, homem e a gente sente vergonha".(B6)*	1. eu não gosto de ir; 2. acho o exame preventivo muito chato, porque as pessoas são desconhecidas; 3. são homens e a gente sente vergonha.	a) falta de privacidade; b) falta de opção pelo profissional.

O quê você sente quando precisa ir a um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"não me sinto bem, não sei porque, mas toda vez que tenho que procurar o médico não me sinto bem, ao meu ginecologista, ao cardiologista. Eu tenho medo, vai me dando um negócio só de pensar nos exames que tenho que fazer. Isso tudo abala a gente".(C7)*	1. não me sinto bem; 2. tenho medo só de pensar nos exames que tenho que fazer; 3. fico abalada; 4. não me sinto bem quando tenho que procurar o ginecologista e o cardiologista.	a) dificuldade em experenciar a procura por atendimento médico.
• *"eu não gosto muito não, para mim é em último caso. Não sei, eu cuido dos outros e corro mas para mim é em último caso".(C8)*	1. não gosto; 2. para mim é em último caso.	a) dificuldade em experenciar a procura por atendimento médico.
• *"me sinto mal, pois eu tenho convênio com a UNIMED, eu não gosto de ficar esperando e vejo as pessoas na sala de espera, e se estou no médico é por que eu estou precisando de alguma coisa, por mais que você queira ajudar, por mais que você converse, não vai resolver. Quando eu tenho que ir no desista ou no médico, eu morro de medo, porque se tenho que fazer um exame, eu fico preocupada. Por que eu tinha de estar ali?".(C9)*	1. me sinto mal, pois eu tenho convênio; 2. não gosto de esperar e vejo as pessoas na sala de espera; 3. se estou no médico é porque estou precisando de alguma coisa; 4. eu morro de medo, fico preocupada;	a) discriminação social no serviço público e privado.

O quê você sente quando precisa ir a um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"geralmente, quando eu vou, espero ser bem atendida e encontrar um bom resultado e eu encontro isso, um bom relacionamento com o médico, no resultado do exame, no geral é isso".(D10)*	1. espero ser bem atendida e encontrar um bom resultado; 2. eu encontro isso.	a) expectativa de bom atendimento suprida.
• *"eu me sinto bem, sinceramente, todo mundo se sente mal indo ao médico, eu vou numa boa, sem problema nenhum. A única coisa é que eu prefiro tomar uma injeção do que um comprimido, porque eu tenho um estômago muito frágil e a injeção vai para o sangue e o comprimido vai para o estômago, e o meu médico dá risada".(D11)*	1. me sinto bem, vou numa boa, sem problema nenhum.	a) expectativa de bom atendimento suprida.
• *"às vezes eu agradeço a Deus por ter um plano de saúde, pois fico preocupada em ter que procurar um posto de saúde. Eu já fui assim, mas não fui mal atendida, até me atenderam muito bem, mas eu fico preocupada porque eu acho que é tudo muito demorado, não digo num pronto atendimento, mas para você precisar de uma consulta é muito demorado e se a pessoa estiver realmente precisando, eu acho difícil".(D12)*	1. agradeço a Deus por ter um plano de saúde; 2. fico preocupada em ter que procurar um posto de saúde; 3. é tudo muito demorado; 4. se a pessoa estiver realmente precisando, eu acho difícil.	b) discriminação social no serviço público e privado.

O quê você sente quando você entra pela porta do serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurdo	Unidades temáticas
• *"o atendimento é muito ruim, das pessoas que trabalham lá dentro, porque as pessoas que procuram o posto de saúde são pessoas muito carentes e que são muito necessitados, por isso que não é um bom atendimento. Tem muita frieza, são muito estúpidos e é isso que eu noto ali".(A1)*	1. o atendimento é muito ruim; 2. as pessoas que procuram o posto são carentes e necessitadas; 3. tem muita frieza; 4. não são atenciosos.	a) insatisfação com o atendimento do serviço.
• *"muita dificuldade, a dificuldade maior sempre é quando a gente vai no posto e chega lá, não está atendendo, isso é uma dificuldade muito grande que uma pessoa tem, a pessoa esta com aquela dor e a pessoa fala que não tem vaga, e vejo o desespero das pessoas".(A2)*	1. a dificuldade maior é quando a gente chega lá e não está atendendo; 2. a pessoa esta com aquela dor e falam que não tem vaga; 3. vejo o desespero das pessoas.	a) dificuldade de acesso ao atendimento médico.
• *"você vê pessoas doentes, enfermos e que estão na fila, que não poderiam estar ali porque não tem condições nem de estar ali e estão esperando ser atendidos. Isso mexe profundamente com a gente e eu não gosto de ficar na fila de jeito nenhum, só quando for necessário".(A3)*	1. vejo enfermos na fila que não tem condições de estar ali, esperando atendimento; 2. não gosto de ficar na fila de jeito nenhum.	a) inadequação do serviço público às necessidade da demanda.

O quê você sente quando você entra pela porta do serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"eu acho uma coisa assim que eu não sei me expressar. Quando eu vou entrar, eu não acredito que estou entrando e me sinto muito doente. Sinto desânimo, tristeza, porque eu acho muito triste. A gente que tem saúde, vai sempre para aquele exame diário, imagine aquelas pessoas que tem problema sério".(B4)*	1. quando eu vou entrar, eu não acredito que estou entrando; 2. me sinto muito doente; 3. sinto desânimo, tristeza, porque eu acho muito triste.	a) sofrimento emocional por necessitar de atendimento.
• *"quando eu chego lá no posto eles falam que vai atender, e eles não atendem nem a metade das pessoas que estão lá, e a gente fica pedindo para as pessoas esperarem, e elas respondem que estão há bastante tempo e desistem e vão embora ,e logo chega outra pessoa e fica na mesma situação. Eu acho que um posto de saúde teria que ter pelo menos um pediatra o dia inteiro, porque tem hora que você chega com a criança com 39 graus de febre e não tinha pediatra e eu tive que ir lá no outro. Lá tem uma caixinha para você escrever quem gosta e não gosta do atendimento, eu não gosto".(B5)*	1. eles não atendem nem a metade das pessoas que estão lá; 2. as pessoas esperam bastante e desistem, vão embora; 3. outra pessoa fica na mesma situação; 4. você chega com a criança com 39 graus de febre e não tem pediatra; 5. você tem que ir a outro posto; 6. não gosto do atendimento.	a) inadequação do serviço para o atendimento da demanda; b) insatisfação com a organização e tipo de assistência.
• *"as pessoas reclamam que demora, mas quando eu fui, me atenderam muito bem".(B6)*	1. as pessoas reclamam que demora; 2. me atenderam muito bem.	a) expectativa de bom atendimento suprida.

O quê você sente quando você entra pela porta do serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"eu não uso o serviço público e quem usa é que pode responder. O meu plano é da UNIMED e não tenho que reclamar. Pago este plano para ter um seguro da minha saúde, porque hoje em dia, se você cai num hospital, se você vai fazer um exame como o de mama, é tudo um absurdo, e se você não paga nada você vai esperar 20 dias ou mais. Eu sempre fui bem tratada, sempre fiz tudo o que queria fazer e às vezes pedem algo mais e isso é bom. Não fica nenhuma ansiedade, porque eu vou à fundo, pergunto tudo o que quero saber, quero uma resposta. Sinto um pouco de medo, mas eu converso, falo sobre mim. A minha ginecologista é uma médica e me sinto mais à vontade, e ela fica 1 hora com a gente. Eu acho isso importante, pois tenho médico que fica 15 minutos, que é um clínico geral, é rápido e já passa a receita, tem dado certo, porque foi uma coisa sem importância".(C7)*	1. pago plano para ter um seguro da minha saúde; 2. se você não paga nada você vai esperar 20 dias ou mais; 3. a assistência à saúde é cara; 4. sempre fui bem tratada; 5. fiz tudo o que queria fazer; 6. não fica ansiedade; 7. pergunto tudo o que quero saber, quero uma resposta; 8. sinto medo mas converso, falo sobre mim; 9. minha ginecologista é mulher e me sinto mais à vontade, ela fica uma hora comigo; 10. o atendimento rápido dá certo quando é coisa sem impotância.	a) expectativa de bom atendimento suprida.
• *"arrepio, de medo, medo de uma ida sem volta. Eu me sinto apavorada, por ver aquele monte de gente doente e, eu sou mais forte, mas depois eu caio, sabe. As pessoas são atenciosas e não tem nada negativo".(C8)*	1. arrepio de medo de uma ida sem volta; 2. me sinto apavorada por ver aquele monte de gente doente; 3. as pessoas são atenciosas; 4. não tem nada de negativo.	a) dificuldade em experenciar um problema de saúde.
• *"eu procuro sempre o meu convênio, mas às vezes levo minha filha ao pediatra, no serviço público. Eu vejo muita coisa ruim, as pessoas doentes, não é todas as pessoas que atende bem. Por exemplo, se eu estou lá e não estou passando mal, tem uma pessoa que não está passando bem e não está na frente, ela deve ser atendida primeiro e nem todo lugar faz isso".(C9)*	1. eu vejo muita coisa ruim; 2. não são todas as pessoas que atendem bem; 3. não há prioridade para o mais necessitado.	a) insatisfação com a organização e tipo de assistência.

O quê você sente quando você entra pela porta do serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"eu particularmente fico muito decepcionada, porque eu tenho plano de saúde, e chegando lá eu vejo uma discriminação muito grande porque a gente fica normalmente numa sala muito confortável e o outro lado, vejo muitas pessoas numa sala muito pequena e sem muita acomodação, e a maioria não tem nem aonde sentar. Na sala onde fico tem ar condicionado, bem acomodada, poucas pessoas, sou atendida antes dos outros que estão na sala ao lado, saio e as pessoas ainda estão lá. Acho isso uma discriminação muito grande e não gosto desse tipo de coisa. Isso porque as pessoas não tem condições de pagar".(D10)*	1. fico decepcionada porque tenho plano e vejo muita discriminação; 2. fico numa sala confortável e vejo muitas pessoas numa sala pequena e sem acomodação; 3. sou atendida antes dos outros, saio e as pessoas ainda estão lá; 4. isso porque as pessoas não tem condições de pagar.	a) discriminação social no serviço público e privado.
• *"eu tenho o meu médico e vou mais no consultório. Às vezes que eu passei foi para socorrer as pessoas. Eu sinto uma pobreza muito grande, uma falta humana, as enfermeiras de nariz arrebitado tratando aquelas pessoas como se fosse cachorro. As pessoas estão ruim e será que precisa morrer para ser atendido, será que precisa passar primeiro para o médico para depois tirar a febre?".(D11)*	1. eu tenho o meu médico e vou mais ao consultório; 2. sinto uma pobreza muito grande, uma falta humana; 3. as enfermeiras tratam as pessoas sem respeito, atenção; 4. precisa estar mal para ser atendida.	b) discriminação social no serviço público e privado.
• *"as poucas vezes que eu fui procurar foi aquele postinho 24 horas, e até a pouco tempo atrás eu ficava horrorizada com aquilo ali, a aparência dali realmente era muito feio. Agora, a última vez que eu fui com a minha mãe, porque ela tem pressão alta, e pelo menos naquele que eu fui, melhorou bastante, a aparência e o atendimento e acho que o pessoal de lá é atencioso".(D12)*	1. até pouco tempo atrás ficava horrorizada, era muito feio; 2. a aparência melhorou; 3. o pessoal de lá é atencioso; 4. o atendimento melhorou.	a) expectativa de bom atendimento suprida.

O quê você tem que fazer quando precisa procurar um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"tenho que levar o cartão para o posto, de luz, de água, que comprova a residência e dependendo do que for você precisa posar lá. Eu tenho que ir num dia antes para pegar uma guia, que é posar lá e já foram 4 horas da manhã e não conseguiram. Só clínico geral que não, e se for uma especialidade é isso que já te falei, demora até 6 meses para conseguir uma consulta".(A1)*	1. tenho que comprovar residência; 2. se for para especialidade tenho que ir um dia antes e posar lá para pegar guia; 3. demora até seis meses para conseguir uma consulta.	a) dificuldade de acesso ao atendimento médico.
• *"eu acho que eu tenho que parar e pensar, se eu vou procurar ou não. Agora, eu ligo para o posto e pergunto se tem atendimento, tem ou não tem?"(A2)*	1. tenho que parar e pensar se vou procurar ou não; 2. telefono para o posto para saber se tem atendimento;	a) insatisfação com a organização e tipo de assistência.
• *"eu não sei como responder isso, eu só tenho visto as pessoas dizerem que vão fazer exames de rotina e de tudo que eu preciso. Eu nunca fiz e eu vou chegar lá e vou pedir que eu quero fazer exame de tudo, ah! Eu não sei como falar quais exames, mas já pensei nisso, nunca tive informações sobre isso".(A3)*	1. eu não sei como responder isso; 2. nunca tive informações sobre isso; 3. eu vou chegar lá e vou pedir para fazer exame de tudo.	a) ausência de acesso à informação.

O quê você tem que fazer quando precisa procurar um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"tenho que deslocar-me da minha casa ou do meu trabalho para ir até lá, eu já acho difícil. Eu não tenho um serviço de saúde aqui perto. Esses dias eu fui até um médico particular, porque eu estava em dúvida com um problema meu e o médico queria fazer uma cirurgia que eu achei que era impossível, então eu fui no médico particular, paguei e fiz de novo os exames, mamografia e ultra-sonografia, e deu tudo negativo, e não tinha necessidade de fazer a cirurgia, e eu fiquei arrasada pensando que era um problema sério, é por isso que eu não acho muito difícil".(B4)*	1. tenho que me deslocar de casa ou do trabalho e é longe; 2. acho muito difícil porque o médico queria fazer uma cirurgia que não tinha necessidade; 3. fui ao médico particular, paguei e fiz novos exames e deu tudo negativo; 4. fiquei arrasada pensando que era um problema sério.	a) dificuldade no acesso geográfico; b) insatisfação com o atendimento médico.
• *"eu vou a pé, empurrando o carrinho, demoro uns 20' e quando levo as 2 crianças, eu demoro mais porque tem muita subida. Chego lá e pergunto se tem vaga para o pediatra ou se eles dá para avaliar a criança, e elas sempre respondem que não, que tem muita criança, para levar para o hospital. É sempre assim naquele posto, porque vai o povo do Marabá inteiro e nós aqui de baixo inteiro. Dia de 2ª e 3ª, nossa, é muita gente, tanta criança e tanta mãe, e eles não dá para atender, porque os médicos tem o horário deles, e eles querem ir embora".(B5)*	1. vou à pé, empurrando o carrinho, demora mais ou menos vinte minutos; 2. pergunto se tem vaga e elas sempre respondem que não; 3. dizem que tem muita criança, para levar ao hospital; 4. é muita gente e eles não conseguem atender; 5. os médicos tem o horário deles e querem ir embora.	a) dificuldade no acesso geográfico; b) inadequação do serviço para o atendimento da demanda; c) inadequação do atendimento médico às necessidades da demanda.
• *"eu não tenho plano de saúde, tenho que ir primeiro no INPS ou em um posto, pegar uma ficha e tenho que ir para qualquer médico que eles colocarem lá. É muito demorado, desde do começo de ir pegar a ficha, tem que levantar muito cedo, aí não dá certo naquele dia, aí tem que voltar lá dentro de 4 dias a 1 semana e aí o problema não resolve".(B6)*	1. tenho que ir ao INPS ou em um posto pegar uma ficha; 2. tenho que ir para qualquer médico que colocarem lá; 3. tenho que levantar muito cedo; 4. se não dá naquele dia, tenho que voltar entre 4 a 7 dias.	a) falta de opção pelo profissional; b) dificuldade no acesso ao atendimento médico.

O quê você tem que fazer quando precisa procurar um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"eu tenho facilidade, eu preciso da minha senha e vou ao médico e não tenho dificuldade nenhuma".(C7)*	1. tenho facilidade; 2. preciso da minha senha e vou ao médico.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pelo convênio.
• *"documentação, ambulância, recebo muita atenção deles".(C8)*	1. preciso de documentos e de ambulância; 2. recebo atenção de todos eles.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pelo convênio.
• *"tenho que ir no médico, marcar consulta, ficar lá esperando, coisa que eu não gosto. Tenho pavor de médico, mas a hora que precisa, tem que ir".(C9)*	1. marcar consulta no médico e esperar; 2. não gosto de esperar.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pelo convênio.

O quê você tem que fazer quando precisa procurar um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"como eu tenho um plano de saúde, não é tão dificil, porque eu precisando eu já ligo, vou até a UNIMED, providencio tudo, é rápido então é fácil, eu marco a consulta, e se tenho uma certa urgência, marca com rapidez, então eu tenho esse acesso fácil. Infelizmente a maioria não é assim".(D10)*	1. tenho plano de saúde; 2. telefono, vou até lá, é rápido e fácil; 3. se tenho certa urgência, marcam com rapidez; 4. infelizmente a maioria não é assim.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pelo convênio.
• *"ligo para o meu médico e marco uma consulta particular, não tenho problema".(D11)*	1. ligo para o meu médico e marco uma consulta particular; 2. não tenho problema.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pelo pagamento particular.
• *"no caso de emergência a gente vai direto para o hospital, e isso é o que facilita. As pessoas sempre reclamam da demora, que não tem ambulância para vir buscar, mas eu nunca procurei e não posso dizer se tem dificuldade ou não, eu vou direto ao hospital e lá eles me atendem".(D12)*	1. na emergência, vai-se direto ao hospital; 2. eu vou direto ao hospital e lá eles me atendem.	a) acesso ao atendimento médico facilitado e garantido pela procura direta do hospital.

O quê você gostaria que acontecesse quando precisasse de um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"gostaria que fosse na hora, chegar e quero marcar uma consulta, bom você vem amanhã, tal hora e chegasse lá e fosse atendida e visse o que eu precisaria, é isso o que queria e não marcar uma consulta e ficar esperando".(A1)*	1. que fosse na hora; 2. chegar e ser atendida; 3. que visse o que eu precisasse.	a) atendimento rápido; b) atendimento das necessidades imediatas.
• *"gostaria de chegar e ser bem recebida, eu falo assim, é a dificuldade da pessoa chegar e ele falar que não vai atender ou atendeu male e mal, e a pessoa sai com aquela magoa porque não foi bem atendida". Podia liberar mais e falar mais, pois o médico é tão seco e você chega na sala e não tem nem como falar o que você está sentindo, às vezes eles nem olham no seu rosto, você fala ali e eles estão anotando e anotando e pronto e acabou, pede para você levantar e já chama o próximo para entrar. Eles não perguntam se é só o que você sente, se tem mais alguma coisa, vamos ver isso e tal. Então você desanima, porque você fica ali esperando, posa para conseguir a consulta ou espera até 4 meses para o médico nem olhar na sua cara".(A2)*	1. chegar e ser bem recebida; 2. chegar e ser atendida; 3. podia liberar mais e falar mais; 4. o médico não ser tão seco, olhar no seu rosto; 5. que perguntasse se tinha algum outro problema; 6. não ter que posar ali para conseguir consulta; 7. não ter que esperar até quatro meses para o médico nem olhar para você.	a) atendimento rápido; b) ser ouvida; c) receber atendimento integral;

• *"eu gostaria de chegar lá e explicar o meu problema, pois eu já fui uma vez no Marabá e passei por um clínico geral, depois pediram exames, muito demorado e eu acabei que desisti na metade do caminho. Acho que isso diante do meu problema já deveriam passar para um especialista para agilizar o atendimento, ou então ter uma resposta do clínico geral dentro de uma semana, isto já ajudaria muito".(A3)*	1. chegar lá e explicar o meu problema; 2. que não fosse demorado; 3. ser encaminhada a um especialista para agilizar o atendimento; 4. ter resposta do clínico geral em uma semana.	a) atendimento rápido; b) ser ouvida; c) atendimento das necessidades imediatas.

O quê você gostaria que acontecesse quando precisasse de um serviço de saúde?

Renda < que 5 salários mínimos	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"gostaria que fosse mais eficiente, igual assim como por exemplo, quando você procura um médico particular, você paga, e você tem tudo de bom naquilo e agora quando você depende, e por exemplo no meu holerite vem descontado bastante IPE e quando você tem que fazer exames você paga um tanto e eu acho que deveria cobrir toda a despesa e deveria dar mais valor nas pessoas e na saúde da pessoa. Eu acho que a saúde está um fracasso, deveria ter mais dinheiro para ter a saúde melhor do povo. Pois a gente tem possibilidade de marcar um médico particular de vez em quando e tem pessoas que não tem. Como eu, se não tivesse para pagar particular, eu poderia até ter tomado anestesia geral e o que poderia acontecer? O médico poderia de cortar, estar internada, e o médico iria me fechar porque eu fui pelo INAMPS, pelo particular, igual eu fui, não teria necessidade da cirurgia".(B4)*	1. que fosse mais eficiente, igual ao particular; 2. que o IPE descontado do salário cobrisse toda a despesa; 3. não ter que pagar parte dos exames; 4. gostaria de ser valorizada, eu e minha saúde; 5. ter atendimento de qualidade.	a) atendimento eficiente; b) respeito à cidadania.
• *"gostaria de ser mais melhor atendida e mais perto, porque lá é muito longe. Eles atendem bem, mede, pesa, orienta, vê o que a criança tem e isso eu não tenho o que reclamar. O duro é você conseguir ser atendida porque é muita criança, o povo é muito tranqüilo, a criança com febre e eu lá esperando de 2 a 3 horas. O serviço de saúde não está preparado para o serviço de prevenção, eles estão lá para atender o problema de saúde, quando você está doente".(B5)*	1. ser melhor atendida; 2. que o posto fosse mais perto; 3. não ter que esperar duas ou três horas para ser atendida; 4. ter acesso à atendimento preventivo.	a) bom atendimento ; b) resolução das dificuldades geográficas e de espera.
• *"gostaria que as pessoas marcassem consultas e no mesmo dia ser atendidas, e não poderia ser tão demorado assim como demora.".(B6)*	1. marcar consulta e ser atendida no mesmo dia; 2. que não fosse tão demorado como é.	a) atendimento rápido.

O quê você gostaria que acontecesse quando precisasse de um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *desde da secretária, quando você faz sua ficha e o papo com o médico, você quando chega se sente bem, tranqüila, você não vai para os exames assustada, isso é muito importante".(C7)*	1. sentir-me tranqüila desde a recepção à conversa com o médico; 2. não ir assustada para os exames.	a) bom atendimento .
• *"eu gostaria que o atendimento fosse mais rápido, porque eles demoram e não sei se é porque tem muita gente. Gostaria que eles atendessem os idosos mais, principalmente, tem alguns enfermeiros que não atende os idosos com mais carinho, eu acho que o idoso precisa de muito carinho. E todos que procuram o serviço de saúde são tratados do mesmo modo, criança, adulto, idoso".(C8)*	1. que o atendimento fosse mais rápido; 2. que os idosos tivessem prioridade e mais carinho no atendimento; 3. que as pessoas fossem tratadas de forma planejada.	a) atendimento rápido; b) priorização segundo necessidades imediatas.
• *"de ser atendida rápido, o que é muito difícil. Por exemplo: marco uma consulta, eu pergunto se tem muitos pacientes na frente, tem dois ou três, e às vezes, eu chego lá, esses dois ou três demora e demora e fico lá, esperando. Quando chega a vez de consultar dá vontade de voltar para trás, a gente fica com aquela angústia de nunca chega a minha vez, mesmo sendo particular, ainda demora um pouco".(C9)*	1. ser atendida rápido; 2. não ter que sentir a angústia de ficar esperando.	a) atendimento rápido.

O quê você gostaria que acontecesse quando precisasse de um serviço de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"sempre que eu procuro, sou bem atendida e não deixa a desejar nada, mas acho que no geral precisaria muito da consciência dos médicos e a gente não vê isso. Quando você tem dinheiro sim, então eu já tive muitas oportunidades de ver isso, pessoas que são atendidas pelo mesmo médico de formas diferentes. Porque ele estuda muito tempo ele tem que ser reconhecido, mas ele tem que dar prioridade à vida e eles dão ao dinheiro e isso é terrível e triste".(D10)*	1. de médicos mais conscientes; 2. não haver desigualdade no atendimento; 3. que o médico desse prioridade à vida e não ao dinheiro.	a) maior conscientização do profissional médico; b) ausência de discriminação social.
• *"teria que melhorar as pessoas de atendimento, as enfermeiras, porque os médicos estão dentro dos consultórios e não estão sabendo o que está acontecendo lá fora. As pessoas do atendimento teriam que estar mais preparadas para atender urgências, como uma cólica de rim, então a pessoa com gripe poderia esperar, não deixar esperando, porque esperar mais de 1 hora pode ser fatal".(D11)*	1. que as pessoas do atendimento fossem mais preparadas para atender urgências; 2. que tivesse prioridade no atendimento segundo o grau do problema; 3. que o médico estivesse mais integrado ao que está acontecendo fora do consultório.	a) melhor capacitação dos profissionais; b) priorização do atendimento segundo necessidades imediatas; c) maior integração do profissional médico à dinâmica da unidade.
• *"ser prontamente atendida e acho que isso é essencial, chegar ali e ser atendida e acho que isso é importante para a gente. Dá uma aflição tão grande na gente de chegar ali e ver que a pessoa está passando mal e que ninguém atende, demora".(D12)*	1. ser prontamente atendida; 2. não ver pessoas passando mal a espera de atendimento.	a) atendimento rápido; b) atendimento das necessidades imediatas.

O quê você acha que é prevenção de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"prevenir é ir diariamente ao médico, procurar saber qualquer coisa que você sente e já procurar saber o que é. Se alimentar bem, dormir bem, não usar drogas, saber com quem você se relaciona sexualmente".(A1)*	1. ir sempre ao médico; 2. procurar saber o que é que você está sentindo; 3. alimentar-se e dormir bem; 4. não usar drogas; 5. conhecer seu parceiro sexual.	a) procura por cuidado médico rotineiramente; b) hábitos saudáveis.
• *"prevenir a saúde é evitar muitas coisas que faz ter o problema de saúde, tendo uma vida normal, através da higiene, através da alimentação, ter horário certo para a alimentação".(A2)*	1. evitar coisas que fazem o problema de saúde aparecer; 2. ter uma vida normal; 3. ter higiene e boa alimentação.	a) hábitos saudáveis.
• *"mesmo que você não esteja doente e vai fazer exames, você está prevenindo, você não fica doente, você está prevenindo a sua saúde. Evitar drogas, cigarros, bebidas, alimentação errada".(A3)*	1. fazer exames sem estar doente; 2. evitar drogas, cigarros, bebidas e alimentar-se bem.	a) realização de exames rotineiramente; b) hábitos saudáveis.

O quê você acha que é prevenção de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"prevenir é fazer exames para ver se consta algum problema de saúde, e se tiver, tem que fazer um tratamento de saúde".(B4)*	1. fazer exames para saber se tem problema; 2. fazer tratamento quando com problema.	a) realização de exames oportunamente; b) segue a conduta médica.
• *"é cuidar da saúde e ver como a gente está, ir ao dentista, procurar um posto de saúde, peso é importante, a comida, roupa limpa e a casa".(B5)*	1. é cuidar da saúde; 2. ver como a gente está; 3. ir ao dentista; 4. ter higiene; 5. controlar o peso.	a) hábitos saudáveis. b) procura por cuidado médico oportunamente.
• *"tem que fazer todos os exames certinho, mesmo que não esteja doente, cuidar mais um pouco da saúde".(B6)*	1. fazer todos os exames, mesmo sem estar doente.	a) realização de exames rotineiramente.

O quê você acha que é prevenção de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"tudo, porque prevenção em saúde é você fazer um plano da sua prevenção, você cuida em certos pontos que é necessário. Prevenção tem essas doenças de AIDS e de tudo, porque eu tenho uma família. Então eu falo tudo com a minha família e o negócio é se cuidar mesmo, não é só quando está doente não. Se cuidar e deixar um ambiente sempre bom e prevenir a saúde da família da gente. É não fumar, beber razoavelmente, eu sei que aquilo me faz mal eu não vou comer, divertir-se, ter amizades, se cuidar, se conhecer, lazer. Eu nunca trabalhei fora mas já dei aulas e depois que eu me casei eu terminei a faculdade, eu vou ao bolão, gosto de viajar. A mulher não tem que ficar só dentro de casa, cuidando de neto, o que é gostoso, e deixar de fazer tudo para fazer isso. ".(C7)*	1. é se cuidar mesmo quando não está doente; 2. prevenir a saúde da família; 3. é divertir-se, ter amizades, viajar; 4. informar-se e manter a família informada; 5. ter hábitos saudáveis.	a) hábitos saudáveis; b) atividades de lazer; c) informação; d) cuidado da saúde da família.
• *"de todas as doenças, mais o câncer, você tem que ir de 6 em 6 meses procurar o ginecologista para fazer o preventivo, cuidar no começo, porque tudo no começo tem cura. Prevenir o cigarro, porque faz mal ao pulmão e a tuberculose. Essas doenças do colo do útero, as pessoas tem que também evitar, já tem a camisinha para evitar essas doenças".(C8)*	1. ir ao ginecologista de seis em seis meses; 2. evitar o cigarro; 3. usar camisinha.	a) realização de exames rotineiramente; b) hábitos saudáveis.
• *"ir ao médico fazer exames, e dependendo do caso, não vai dar já no exame, na minha opinião, mas sempre fazer uma rotina médica. Deve procurar o médico de 6 em 6 meses, às vezes nem respeito esse período e já estou voltando ao médico e se um dia tiver que dar, será de repente".(C9)*	1. fazer exames de rotina médica de seis em seis meses ou até menos.	a) realização de exames rotineiramente.

O quê você acha que é prevenção de saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades temáticas
• *"alimentação, um bom apetite, um bom esporte, não levar uma vida sedentária e fazer um acompanhamento pelo menos 1 vez por ano com o médico, para fazer um exame de sangue, exame de fezes, exame de vista, dependendo da idade da pessoa, exame do coração, um eletro, exame que facilite o médico ver como está o funcionamento do seu organismo".(D10)*	1. não ter vida sedentária; 2. ir ao médico uma vez ao ano para fazer exames; 3. alimentar-se bem; 4. praticar esporte.	a) realização de exames rotineiramente; b) hábitos saudáveis; c) procura por cuidado médico rotineiramente.
• *"é o exame de rotina, fazer caminhada, andar de bicicleta, e se eu estou com uma dor, eu mesmo faço a palpação, e se a pessoa está com dor, ela deve ir ao médico".(D11)*	1. fazer exames de rotina; 2. caminhar, andar de bicicleta; 3. observar o corpo; 4. ir ao médico se tiver dor.	a) realização de exames rotineiramente; b) hábitos saudáveis; c) conhecimento do corpo; d) procura por cuidado médico quando com dor.
• *"é ter essa vida saudável antes de tudo. Evitar que essas doenças se instale em nós. Evitar hipertensão, não comer comida com muito sal, fazer exercícios físicos, ir ao médico regularmente uma vez ao ano e constatar através dos exames que se está bem".(D12)*	1. ter uma vida saudável; 2. ir ao médico uma vez por ano e fazer exames; 3. evitar que a doença se instale; 4. fazer exercícios; 5. comer pouco sal.	a) procura por cuidado médico rotineiramente; b) realização de exames rotineiramente; c) hábitos saudáveis.

Você faz prevenção da sua saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"sim, com camisinha na relação sexual. Preventivo só fiz duas vezes, porque eu não gostei, eu pensei que ia me atender mais e, aquilo lá não ia resolver. A minha mãe teve câncer e morreu, os sintomas que a minha mãe sentia eu sinto. Então, eu fui para prevenir antes, e eu pensei que eles fossem pedir uma ultra-sonografia, porque ninguém sente alguma coisa atoa, e eu não tive esse atendimento e eu peguei e não fui mais". (A1)*	Sim, 1. com camisinha; Não, 2. não gostei do preventivo porque pensei que o atendimento seria mais amplo; 3. pensei que fossem pedir um ultrassom; 4. ninguém sente alguma coisa à toa; 5. eu não tive esse atendimento e não fui mais.	a) prevenção de DST; b) insatisfação com o atendimento médico.
• *"cuido da minha saúde, higiene e cuidado com a família. Eu procuro o ginecologista para fazer o exame, eu não sinto nada, mas eu vou porque é um dever da mulher".(A2)*	Sim, 1. procuro o ginecologista para fazer o exame; 2. não sinto nada mas vou porque é um dever da mulher; 3. cuido da minha saúde, da minha família; 4. tenho higiene.	a) realização de exames rotineiramente; b) hábitos saudáveis; c) cuidado da saúde da família.
• *"eu não faço não, mas eu não fumo, não bebo e não tenho esses vícios, nenhum, só socialmente. Eu preciso cuidar mais da minha alimentação, pois me alimento muito mal, disto eu tenho certeza. Nunca procurei o serviço de saúde para fazer exames de rotina".(A3)*	Não, 1. não tenho vícios; 2. nunca procurei o serviço de saúde para fazer exames de rotina.	a) hábitos saudáveis.

Você faz prevenção da sua saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"faço, eu fiz há 2 meses, eu faço 1 vez por ano. Eu faço pelo serviço público e particular. Tem que fazer para mais tarde não se arrepender".(B4)*	Sim, 1. faço uma vez por ano; 2. tem que fazer para não se arrepender mais tarde.	a) realização de exames rotineiramente.
• *"eu faço exames para ver o que eu tenho, o que eu não tenho, exame ginecológico, essas coisas. Eu uso DIU e vou uma vez por mês para ver se está tudo bem. Mas eu procuro o serviço de saúde só quando eu estou sentindo alguma coisa porque se eu for lá só para ele ver a minha saúde eu não sei o que falar, porque a primeira coisa que eles perguntam é o que eu estou sentindo".(B5)*	Sim, 1. faço exames para ver o que eu tenho e não tenho; 2. procuro o serviço de saúde só quando estou sentindo alguma coisa; 3. se for lá só para ele ver minha saúde, não sei o que falar porque perguntam o que estou sentindo.	a) realização de exames rotineiramente; b) procura de cuidado médico quando com sintoma físico.
• *"por exemplo, eu trabalho e de vez em quando eu vou lá fazer alguns exames, e não é só quando eu estou sentindo alguma coisa que eu procuro um médico. Às vezes eu tenho dor de cabeça e às vezes passa e quando não passa eu vou ao médico para ver o que está acontecendo, mas não é só quando eu estou sentindo alguma coisa e, às vezes eu vou sem estar sentindo nada, isso é uma forma de prevenir. Não acho que tem que procurar um médico quando está morrendo de dor".(B6)*	Sim, 1. não é só quando eu estou sentindo alguma coisa que eu procuro o médico; 2. quando a dor de cabeça não passa eu procuro o médico para ver o que está acontecendo; 3. às vezes eu vou sem estar sentindo nada, isso é uma forma de prevenir.	a) procura por cuidado médico rotineiramente; b) procura por cuidado médico oportunamente.

Você faz prevenção da sua saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"faço, uma vez por ano eu vou fazer mas se eu sentir alguma coisa eu vou procurar meu médico. Caso eu tenha alguma coisa eu vou de 6 em 6 meses, do contrário, eu vou regularmente ao meu ginecologista e cardiologista"(C7)*	Sim, 1. faço uma vez por ano; 2. se eu sentir alguma coisa eu vou procurar meu médico; 3. vou regularmente ao meu ginecologista e cardiologista; 4. se tenho algo, vou de seis em seis meses.	a) realização de exames rotineiramente; b) procura por cuidado médico rotineiramente; c) procura por cuidado médico oportunamente.
• *"eu faço do colo do útero só para prevenir o câncer de colo do útero, e de mama".(C8)*	Sim, 1. faço do colo uterino e de mama.	a) realização de exames rotineiramente.
• *"tirando o ginecologista que vou de rotina, faço eletro, tomografia, porque sinto muita dor de cabeça e médico de estômago. Balanceamento da comida, mais verduras, legumes, porque eu como mais carne. Não bebo cerveja, só refrigerante, suco e água. Se você quer se sentir bem consigo mesma, você tem que fazer aquilo que o médico mandar ou de livre espontaneidade sua".(C9)*	Sim, 1. vou ao ginecologista de rotina; 2. faço eletro, tomografia porque tenho muita dor de cabeça; 3. vou ao médico de estômago; 4. tenho alimentação balanceada; 5. para se sentir bem tem que fazer o que o médico mandar.	a) realização de exames rotineiramente; b) realização de exames oportunamente; c) hábitos saudáveis; d) segue a conduta médica.

Você faz prevenção da sua saúde?

Discurso	Redução do Discurso	Unidades Temáticas
• *"eu acredito que eu cuido porque começo pela minha alimentação, pratico esporte, vou ao médico, faço fisioterapia, preventivo, então acho que isso são cuidados que eu procuro ter para continuar tendo uma vida saudável e tranqüila e talvez não agora e sim daqui alguns anos quando a idade vai chegando e aí, já complica e isso vai ajudar daqui alguns anos".(D10)*	Sim, 1. procuro ter uma vida saudável e tranqüila, para ajudar quando tiver mais idade; 2. alimentação saudável; 3. pratico esporte; 4. vou ao médico.	a) hábitos saudáveis; b) realização de exames rotineiramente; c) procura por cuidado médico rotineiramente.
• *"eu faço de 6 em 6 meses os meus exames. Inclusive este problema do meu seio foi descoberto em um exame de rotina, se eu tivesse esperado, poderia ser fatal".(D11)*	Sim, 1. faço meus exames de seis em seis meses; 2. não se deve esperar, pode ser fatal.	a) realização de exames rotineiramente.
• *"eu faço, ao ginecologista eu vou 1 vez por ano, ao cardiologista porque eu sou hipertensa e não tenho outros tipos de doenças. Procuro o cardiologista porque eu já sei que sou hipertensa, então eu tenho que tomar medicação para me controlar porque se não, vai agravar a minha doença, então é um tipo de prevenção".(D12)*	Sim, 1. vou ao ginecologista uma vez ao ano; 2. vou ao cardiologista porque sou hipertensa; 3. tenho que tomar medicação porque se não minha doença vai se agravar.	a) realização de exames rotineiramente; b) procura por cuidado médico oportunamente; c) segue a conduta médica.