

CONCEPÇÕES DE VIOLÊNCIA E PRÁTICAS DE CUIDADO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA CULTURAL
CONCEPTIONS ABOUT VIOLENCE AND CARE PRACTICES OF THE USERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: A CULTURAL PERSPECTIVE
CONCEPCIONES DE VIOLENCIA Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LOS USUARIOS DE LA ESTRATEGIA DE LA SALUD DE LA FAMILIA: UNA PERSPECTIVA CULTURAL

Maria de Lourdes Denardin Budó¹, Fernanda Carlise Mattion², Tiago da Silva Machado³, Lúcia Beatriz Resse⁴, Zulmira Newlands Borges⁵

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Rio Grande do Sul, Brasil.

² Acadêmica do 6º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico CNPq 2006/2007. Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Pedro do Sul, RS. Bolsista PIBIC/CNPq 2005/2006. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Antropóloga. Doutora em Antropologia. Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas. Saúde da família. Violência. Cultura. **RESUMO:** Esse estudo trata de um recorte de pesquisa que objetivou conhecer as concepções e significados de violência e as práticas de cuidado da população da região de uma Unidade de Saúde da Família. Constitui-se em uma pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritiva. Os dados qualitativos foram coletados através de entrevista com 20 moradores da região e, posteriormente, foi realizada análise temática. Quanto à violência, evidenciou-se um profundo sentimento de insegurança frente à criminalidade referida. Já em relação às práticas de cuidado, percebeu-se a definição de saúde como ausência de sintomas orgânicos; procura pelo médico e automedicação quando se adoecer; cuidados dietéticos, realização de atividade física e trabalho como formas de evitar a doença. Consideraram-se esses dados como determinantes das condições de vida da população, sendo essencial relevá-los, com vistas a realizar a promoção da saúde dessa comunidade.

KEYWORDS: Public policies. Family health. Violence. Culture. **ABSTRACT:** This study is a research outline that aimed to identify the concepts and meanings of violence and the care giving practices of the population in the region of a Brazilian Family Health Unit. This is a field research with an exploratory, descriptive approach. The qualitative data was collected through interviews with 20 residents of the region, with a thematic analysis taking place afterwards. Regarding the issue of violence, a deep feeling of insecurity before the referred criminality was observed. Concerning the care giving practices, the definition of health was perceived as an absence of organic symptoms; seeing a doctor and self-medication when people get sick; dietetic care, physical exercise practices, and work as measures to avoid diseases. These data is considered to be determinant of the population's life conditions and taking them into account is essential in order to promote the community's health.

PALABRAS CLAVE: Políticas públicas. Salud de la familia. Violencia. Cultura. **RESUMEN:** Ese estudio trata de un recorte de investigación que tuvo como objetivo conocer las concepciones y los significados de violencia y las prácticas de cuidado de la población de una región de una Unidad de Salud de la Familia. Se constituye en una investigación de campo, del tipo exploratorio-descriptivo. Los datos cualitativos fueron recolectados a través de entrevista con 20 moradores de la región y, posteriormente fue realizado el análisis temático. En relación a la violencia, se evidenció un profundo sentimiento de inseguridad ante la criminalidad referida. En relación a las prácticas de cuidado, se percibió la definición de salud como ausencia de síntomas orgânicos; búsqueda, cuando la persona se enferma, de ayuda médica y automedicación; además de cuidados dietéticos, realización de actividad física y trabajo como formas de evitar la enfermedad. Esos datos fueron considerados como determinantes de las condiciones de vida de la población, siendo esencial relevarlos, con el objetivo de realizar la promoción de la salud de esa comunidad.

Endereço: Maria de Lourdes Denardin Budó
R. Appel, 800, Ap. 208
97.015-030 - Centro, Santa Maria, RS, Brasil.
Email: lourdesd@via-rs.net

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 15 de fevereiro de 2007
Aprovado em: 20 de julho de 2007

INTRODUÇÃO

A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade como principais eixos de sustentação.¹ A descentralização implica, além da delegação de funções e responsabilizações do poder central aos estados e municípios, a desconcentração de poder institucional, ou seja, a construção de uma política de saúde flexível à diversidade de necessidades em saúde de cada localidade. Isso criará condições para que o planejamento em saúde se distancie do caráter centralizador e descontextualizado da realidade e se configure como um processo construído participativamente, na esfera mais próxima da população. É a integralidade, no entanto, que somada ao planejamento, permite que as reais necessidades de saúde de uma comunidade sejam atendidas. Nesse sentido, a prática efetiva da promoção da saúde, baseada na realidade local de cada comunidade e, considerando os indivíduos que a compõem em suas diferentes dimensões, representa a estratégia central para estabelecer melhores condições de vida e, conseqüentemente, uma elevação de sua qualidade. Por isso, essa prática destaca-se como fator determinante para que os índices sócio-sanitários da população possam ser melhorados.² Nessa ótica, a promoção da saúde é trabalhada sob duas dimensões: a primeira surge como produto do esforço de um serviço local na apreensão e satisfação máxima das necessidades de uma comunidade; a segunda refere-se à articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços não necessariamente no setor da saúde.³

No que se refere à equidade, a apreensão das necessidades em saúde torna-se novamente essencial, tanto para compreender os seus determinantes, quanto para construção de estratégias de superação da iniquidade.

Em vista disso percebe-se que os princípios da integralidade, equidade e descentralização, definidos como signos do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira têm nas necessidades em saúde dos indivíduos e grupos sociais seu suporte de sustentação e efetivação.³ Tal prerrogativa traz a gestão local, através do planejamento/programação como importante instrumento de apreensão dessas necessidades.

Assim, embasados no que apregoa a legislação vigente no tocante às políticas públicas de saúde, na formação de profissionais em saúde e em idéias que sustentam a necessária articulação entre uni-

versidade e serviços de saúde, surgiu a proposta de construção de uma parceria entre a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e a Secretaria de Saúde desse município. Esta parceria visava conhecer a realidade sócio-cultural, político-econômica e sanitária de uma Unidade de Saúde da Família (USF), tendo em vista intervir nesse contexto a partir de um planejamento em saúde, construído conjuntamente pela equipe de Estratégia de Saúde da Família dessa Unidade, pelos pesquisadores envolvidos e, principalmente, com a participação da comunidade atendida. Além disso, buscou-se uma formação profissional comprometida com o perfil epidemiológico da realidade nacional e loco-regional e com a minimização de fatores que respondem pelos atuais indicadores sócio-sanitários brasileiros. A utilização de estratégias de planejamento que preconizam a participação permitiu também sensibilizar os estudantes sobre o planejamento em saúde, favorecendo a aproximação desses na conformação territorial e reconhecimento das condições de vida da população, das necessidades e prioridades. Dessa forma, concebe-se uma “educação baseada na criatividade e na sensibilidade, que possibilita uma reflexão e uma ação crítica sobre a realidade, comprometidas com a transformação social, a construção de sujeitos éticos e de cuidado”.^{4:297}

No presente estudo, como parte do relato desta pesquisa, enfocamos as concepções e significados de violência e as práticas de cuidado desenvolvidas por esta população, temas que emergiram da análise dos dados da pesquisa. O território que abrange a USF estudada localiza-se em uma das regiões de risco sócio-econômico do município, sendo que a proposta de estudo continha questões relacionadas à segurança e as práticas de cuidados desenvolvidas por esta população considerando a necessidade de compreensão de seu modo de vida com vistas a elaboração de um planejamento em saúde mais adequado às situações vivenciadas.

Conhecer como as pessoas em seu cotidiano percebem a sua segurança, a sua situação de saúde, o que significa o adoecimento, bem como as práticas de cuidados desenvolvidas pelos membros da família foram os questionamentos iniciais que nos moveram nesse percurso.

METODOLOGIA UTILIZADA

Realizou-se uma pesquisa de campo, do tipo exploratório-descritiva. O universo empírico dessa

pesquisa foi a população residente na região de abrangência de uma USF de um município localizado no centro do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 900 moradias. Esse território é composto por cinco micro-áreas, com diferenças sócio-econômicas e culturais marcantes. Os contrastes se dão pelas condições de vida dessas famílias, onde algumas vivem em moradias precárias, de pequenas dimensões, construídas de forma irregular, por ocupação de antiga linha férrea, com arruamento acidentado, sem calçamento, enquanto outras moram em residências maiores, com construção de bom acabamento, amplas, com jardins cuidados, rua com calçamento ou asfalto. Alguns moradores são provenientes do êxodo rural, trabalham como biscateiros ou catadores de lixo, enquanto outros possuem emprego fixo, sendo que a maioria dos entrevistados recebe de um a três salários mínimos, representando quase a metade da população economicamente ativa. Foi observado, ainda, que quase um terço das pessoas sobrevivem com menos de um salário mínimo.

A coleta de dados do presente relato, realizada no período de 28 de fevereiro a 04 de março de 2005, foi através de um questionário com entrevistas de caráter qualitativo referentes à segurança e práticas de cuidados em saúde, sendo essa amostra composta de 10% dos domicílios visitados e um total de 20 pessoas entrevistadas. A equipe para a coleta de dados foi constituída de professores e acadêmicos da graduação do Curso de Enfermagem da UFSM, previamente preparados através de reuniões com discussão do projeto na sua íntegra e especificamente do referencial teórico e metodologia. Este preparo foi realizado pelos docentes que compõem o projeto e que fazem parte do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

Procurando assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo da pesquisa, o projeto foi registrado no Gabinete de Projetos da UFSM e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, com o protocolo de N° 049/04. Da mesma forma, apoiamos-nos nas orientações e disposições da Resolução N° 196/96, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos.⁵ Inicialmente, foi solicitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes e a autorização dos responsáveis. Os objetivos e a metodologia foram apresentados de forma clara, em linguagem acessível aos participantes, os quais tiveram garantido o anonimato e o sigilo de suas informações. Além disso, a liberdade de participação

espontânea e o direito de desistência em qualquer momento da pesquisa foram preservados e explicitados. As determinações dessa resolução levam a entender que o pesquisador tem um compromisso ético com os participantes envolvidos na pesquisa, devendo retornar o resultado para eles.

A análise dos dados foi realizada segundo proposta de análise temática constituída de três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁶ A pré-análise foi a fase em que o conjunto de dados obtidos foram organizados para uma análise mais aprofundada a seguir. Nesta etapa, foi realizada uma leitura flutuante do conjunto das comunicações obtidas nas entrevistas. Esta organização inicial foi feita no momento em que foram registradas as mesmas. Foi também constituído um *corpus*. Com estes elementos em mãos, foi possível a exploração do material, buscando a classificação em categorias emergentes. Esta fase, com as idas e vindas ao material, na busca de significados e agrupamentos de dados, permitiu o emergir de temas ou categorias que têm significado no contexto dos objetivos da pesquisa. A terceira etapa foi constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foi o momento em que, a partir da organização dos dados buscou-se o seu significado. Nesta última fase, foram feitas interpretações a partir do marco teórico proposto, bem como inferências que poderiam esclarecer os achados da pesquisa. Esta análise permitiu a apreensão do caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como favoreceu a possibilidade de captar os significados da experiência vivenciada para compreender os indivíduos em seu contexto.

RESULTADOS

Apresentamos a seguir os resultados obtidos a partir das entrevistas de caráter qualitativo, dos quais emergiram dois temas: violência e práticas de cuidado. É importante ressaltar que, tanto a violência como as práticas de cuidado, apresentam variações culturais e o tema violência, especialmente, apresenta percepções, sensibilidades e concepções diferentes.

Violência

Dentro dessa temática, alguns aspectos referentes ao sentimento de segurança e sua correlação com as concepções de violência dessa comunidade, além da frequência de violência física, foram evidenciados.

Quando questionados sobre se sentiam segurança em sair em seu bairro à noite, a maior parte desse universo empírico descreveu sentir-se insegura, independentemente de horário ou turno. Além disso, referiram não permitirem que seus filhos saiam sozinhos na escola, armazenem ou casa de amigos. Percebe-se que o medo e o sentimento de insegurança nessas pessoas se faz presente mesmo ao transitarem de ônibus ou de carro no bairro e proximidades, como se observa a seguir: [...] *olha, somente na escola que elas vão sozinhas, e mesmo assim, a gente ainda sobe na linha do trem, para proteger, para olhar, até enquanto a gente enxerga, quando não vão de ônibus...* [...] (PB 125).

Os principais fatores causais da insegurança identificados podem ser descritos como a falta de policiamento e o grande número de assaltos vivenciados com a família ou vizinhos e amigos próximos, como se evidencia na seguinte fala: [...] *aqui falta segurança, mais pessoal da brigada, acho que isso tem que existir, entendeu, no caso aqui é muito difícil tu ver algum carro de madrugada passando, um carro da brigada é muito difícil* [...] (N 115).

Portanto, para a maioria dos entrevistados, a violência é sinônimo de criminalidade e delinquência, sendo percebida como fruto de uma relação unicausal, isto é, como produto da presença de delinquentes, e a segurança como resultante da presença de policiais. Essas concepções, recorrentes no senso comum, se aproximam de um grupo de teorias que concebem violência como sinônimo de delinquência e falta de autoridade do Estado que teria a função de coibi-la através de seus aparatos jurídico e policial. Dessa maneira, desconhecem o verdadeiro papel da violência como importante instrumento de domínio econômico e político das classes dominantes.⁷

Além disso, essas práticas e significações tendem a desconsiderar outras formas de violência, como a estrutura⁸ e a familiar.⁹

A violência estrutural constitui-se como, sinônimo de injustiça social. Segundo essa definição, violência estrutural tem como significado a representação das necessidades reais e, portanto, dos direitos humanos. “A violência estrutural é uma das formas de violência; é a forma geral da violência e cujo contexto costuma originar-se, direta ou indiretamente, todas as outras formas de violência”.^{8:47-8}

No âmbito da violência familiar, as agressões atingem, principalmente, os segmentos da sociedade constituídos por mulheres, crianças e adolescentes, em todas as camadas sociais e em toda sua diversidade cultural.⁹ Por isso, essa problemá-

tica tornou-se um desafio para a Enfermagem, que tem buscado estratégias para evitar a banalização da violência em seu cotidiano.

Outra observação que se pode fazer a respeito da percepção dos informantes sobre a violência como resultado da delinquência individual vem de pesquisas atuais no ramo da criminologia crítica. Destaca-se que a atuação do sistema penal, ao ocorrer no mesmo cenário em que a violência estrutural se reproduz, tende a se configurar como violência institucional, trazendo características como a de ser um sistema seletivo classista.¹⁰ Ou seja, a mesma parcela da população que sofre com a supressão de suas necessidades básicas em função da desigualdade social é a clientela buscada pelo sistema penal.

As experiências pessoais de violência física e a insegurança com relação aos próprios vizinhos também são referidas como causas de insegurança, como se observa na fala: [...] *não me sinto segura, porque a população não dá segurança pra gente, sabe, os vizinhos, os próprios vizinhos, não deixam a gente se sentir segura. Tem muito guri na rua solto, para fazerem o que não é de fazer* [...] então a gente não se sente segura (PB 135).

Porém, uma pequena parcela desse universo empírico, refere sentir-se segura em sair nas proximidades de seu bairro durante o dia, permitindo que seus filhos saiam sozinhos nos vizinhos, ou em um território definido nas cercanias da casa [...] *aqui na minha vila, eu me sinto segura, mas longe eu não vou* [...] (N 235). Essas pessoas, nunca tiveram experiências pessoais de violência física e desconhecem casos de violência.

O fato de ser conhecido, aliado ao fator sorte, aqui também é referido como um motivo para sentir-se seguro, como representa a seguinte fala: [...] *sou muito conhecido... aqui todo mundo, na vila me quer bem, sou de muita sorte... chego em qualquer lugar aí, sou bem recebido* [...] (PB 335). Nesse depoimento destaca-se a idéia de segurança por conhecer todos no lugar e a sorte é referida porque as relações de conhecimento geram segurança. O fato de conhecer a todos legitima a sua segurança. Isso é interessante, pois tem a ver com a percepção da pessoa sobre a violência. Será que ele seria realmente poupado por ser conhecido? Por outro lado, torna-se interessante a revelação de sua percepção, pois, talvez seja uma especificidade local ou um código de conduta.

A grande maioria dos entrevistados relatou a ocorrência de crimes em sua área. Dentre as formas de violência descritas, os homicídios, assaltos e roubos foram os mais recorrentes, como se percebe na

seguinte fala: [...] *foi morte mesmo, uma guria que mataram, e um rapaz que mataram ali em baixo* [...] (B245).

A violência não é apenas uma questão da epidemiologia ou das Ciências Sociais, pois é um problema que afeta o ser humano em sua totalidade e só pode ser pensado em um paradigma de complexidade. Portanto, exige uma postura e uma prática interdisciplinares. Apesar da violência não ser tema exclusivo do campo da saúde, afeta de forma direta e indireta a dinâmica dos serviços de saúde na medida em que interfere de forma significativa nos índices de morbimortalidade em qualquer região do país.⁷

Quando se aborda a violência, deve-se considerar que não se pode levar em conta somente os dados oficiais, já que dizem respeito apenas aos casos que efetivamente chegaram ao sistema penal, ocultando a maior parte dos casos de violência que realmente ocorrem, dentre elas a violência familiar. É importante observar que há uma seletividade intrínseca ao sistema, tanto no que se refere aos tipos de crimes realmente punidos, quanto às pessoas rotuladas como criminosas.¹⁰

Diante disso, é possível reafirmar a importância da construção de propostas que contribuam para a diminuição da violência. Para isso, acredita-se ser essencial conhecer as representações e práticas populares em relação à violência, pois cada grupo social pensa e vivencia a violência dentro de seu quadro particular de realidade material e de valores.

Práticas de cuidado

Alguns aspectos relacionados com as crenças sobre o que é saúde, doença e modos de expressão da mesma, além das práticas voltadas para a saúde e perante a doença, foram organizados considerando uma perspectiva cultural.

Os dados coletados foram agrupados nas seguintes categorias e subcategorias: percepções e significados de saúde, percepções e significados do “estar doente”, práticas perante a doença e práticas de promoção da saúde.

Percepções e significados de saúde

Ao ser questionada sobre seu estado de saúde, a maioria das pessoas se considerou saudável, relacionando saúde com “estar bem” ou “sentir-se bem”. Porém, muitas delas referiram possuir alguma enfermidade diagnosticada pelo médico e relacionada com o uso de medicamentos, embora

se considerem saudáveis [...] *olha eu em si me sinto bem, é que o meu problema é pressão e problema no coração, mas eu me sinto bem* [...] (PB11C).

Acredita-se que essa percepção de saúde como bem estar pode ser aproximada do que se tem chamado de versão positiva da saúde, onde saúde é sinônimo de “bem viver com a vida” ou como “vitalidade”.¹¹

Também foi bastante recorrente a correlação da saúde como ausência de dor, já que algumas pessoas, ao considerarem-se saudáveis, relacionaram tal conceito à ausência de sintomas orgânicos, sendo a dor um dos mais referidos. A expressão a seguir exemplifica tal situação [...] *eu me sinto bem, não sinto dor nas pernas, eu não tenho cansaço* [...] (B41C).

Pode-se afirmar que “em nível individual o processo de autodefinição como doente pode ser baseado nas percepções de cada um, nas percepções dos outros, ou em ambas”.^{12:115} A partir dessa definição propõe-se uma autodefinição de doente que contempla oito pontos percebidos subjetivamente: percepção de mudanças na aparência corporal; mudanças nas funções orgânicas regulares; mudanças no funcionamento de um membro; emissões orgânicas incomuns; mudança nos cinco sentidos; sintomas físicos desagradáveis; estados emocionais exagerados ou incomuns.¹²

Com base no exposto, percebe-se que para essas pessoas, a ausência da experiência subjetiva de dor dificulta ou impede a autodefinição de doente pelas mesmas, ou ainda permite que se considerem saudáveis.

No entanto, o fato de uma pessoa apresentar sintomas anormais, pode não ser suficiente para que a mesma considere-se doente.¹² Essa questão também se evidencia nesse trabalho, na medida em que um significativo grupo de pessoas se considera em bom estado de saúde, mesmo apresentando enfermidades, e relacionando-a com a capacidade de trabalhar, como será descrito a seguir.

Outra categoria emergente foi a saúde como a capacidade de exercer determinada função social, ou seja, muitos entrevistados nesse trabalho definiram-se saudáveis pela capacidade de exercer determinadas atividades, como cuidar da casa e trabalhar. [...] *eu me sinto bem, porque eu consigo trabalhar, eu consigo fazer todos meus afazeres. Corto lenha que é uma coisa bem grosseira. Trabalho em tudo, eu me sinto bem, assim* [...] (PB11C). No entanto, deve-se também considerar que “essa definição funcional de saúde, comum em populações

pobres, é provavelmente baseada na necessidade (econômica) de continuar trabalhando, sejam quais forem seus sentimentos, e nas poucas expectativas com relação à assistência à saúde”.^{12:115}

Em um trabalho realizado sobre práticas de cuidado em uma comunidade rural, essa questão é abordada ao constatar em seus informantes essa visão de saúde. Percebe-se que, mesmo em situação de saúde em que é diagnosticada uma doença, como a hipertensão arterial, especialmente quando a mesma não apresenta sintomas bem definidos, há dificuldade de correlacionar os conceitos do sistema oficial de saúde com o conceito identificado pelos informantes.¹³

Percepções e significados do “estar doente”

Entre as pessoas que se definiram em mau estado de saúde, percebe-se forte ligação da definição de doença como uma enfermidade que só pode ser resolvida pelo sistema oficial de saúde, representado pela figura hegemônica do médico e com o uso de medicamentos prescritos pelo mesmo: [...] *Não estou muito bem não, preciso procurar um médico [...]* (N41C).

Também referiram a doença como sinônimo de sintomas orgânicos como dor e febre que só podem ser resolvidos pelo médico: [...] *quando a gente fica doente, a gente sente alguma coisa, sente dor de cabeça, dor de barriga [...]* (N22C).

Ainda, foi possível observar a relação entre problemas familiares e a autodefinição de doente, ou seja, doença como resultado de um conjunto de fatores que levam ao isolamento e à exclusão social, como a pobreza, concentração de renda, competitividade, consumismo... Isso se exemplifica na seguinte fala: [...] *eu me considero assim, uma coisa, assim, atacada [...]. Eu chego em casa assim, eu não posso, eu não suporto olhar para guria. E ver o meu serviço por fazer e ela não me ajuda. É isso aí que eu me ataco, e é isso aí que eu bebo. É isso aí. Se ainda ela me ajudasse, me desse uma força. Que eu aqui sou pra tudo. É eu pra sair na rua reciclar, para eu não morrer de fome. Sou eu para fazer o serviço, sou eu para lavar roupa, é eu para buscar lenha. Tudo eu que tenho que fazer. E ela exigindo coisa. Claro, não quer comer feijão e arroz. E eu tirar da onde? Ela promete botar até veneno na comida para mim. Ela matou os meus cachorrinhos que eu tinha ali, dois cachorrinhos de raça. Ela agarrou e deu veneno de rato [...]* (JD41C).

Práticas perante a doença

Ao serem indagados sobre suas condutas na última experiência de adoecimento vivenciada, cons-

tatou-se que a grande maioria associa a percepção de doença à prática médica hegemônica, ou seja, referiram que da última vez que adoeceram procuraram atendimento médico. As práticas de cuidado na família são condizentes com as práticas pessoais, pois mais uma vez a doença é associada à prática médica, ou seja, grande parte das pessoas referiram procurar esse profissional quando alguém da família adoece como se observa na fala a seguir: [...] *eu procuro a médica ali, né. Fiz um exame, eu ainda tenho que entregar para ela. Eu tenho que pegar meus raios-X ainda [...]* (JD13C).

A automedicação, de acordo com as entrevistas, foi outro recurso adotado perante a experiência com enfermidade por essas pessoas, sem prescrição médica, que demonstra o crescente processo de medicalização em nossa sociedade: [...] *eu tomo chá, eu tomo analgésico quando a gente vê que está começando uma dor [...]* (N44C).

A procura por métodos de tratamento paralelos, comumente chamados de práticas alternativas, foi bastante recorrente, sendo nesse caso comum o uso de chás, antes da procura ao sistema oficial de saúde [...] *primeiro eu uso um chá, se continua o problema eu procuro um médico [...]* *marcela pro estômago, funcho pra barriga, quando eu tenho dor de barriga, é camomila...* [...] (N24C).

Essa última fala demonstra o quanto o contexto sócio-econômico, além dos fatores culturais, influencia na maneira como essas pessoas reagem diante da doença e quais suas condutas perante a mesma, pois há uma série de fatores que influenciam e interferem na procura pelo sistema oficial de saúde. Dentre eles, estão a disponibilidade real da assistência, a possibilidade do paciente pagar por ela, o fracasso ou o sucesso dos tratamentos nos setores informal e popular, a maneira como o indivíduo percebe o problema e o modo como as outras pessoas também percebem o problema.¹²

Práticas de promoção da saúde

As práticas de promoção da saúde podem ser conceituadas como estratégias utilizadas por essas pessoas para se manterem saudáveis e conseqüentemente, evitar a doença. As mais referidas foram os cuidados alimentares, a prática de exercícios, o uso de medicamentos, o trabalho como uma forma de evitar a doença e as práticas paralelas: [...] *quando a pressão é alta tem que diminuir o sal, se cuidar bastante...* [...] (N45C); [...] *eu evito me alimentar com gordura [...]* (N35C).

Também, o uso de medicamentos para essas pessoas aparece como um meio de evitar que fiquem doentes ou para manterem-se saudáveis: [...]

me cuida, agora mesmo já estou tomando remédio para não ficar doente quando chegar o inverno [...]. Compro o xarope que o doutor receitou [...] (PB55C).

Outra prática que também pode ser definida como fazendo parte das práticas de promoção da saúde, é a realização de exercícios físicos [...] *eu comecei a fazer caminhadas agora, até porque estou precisando [risos] fazer umas caminhadas [...]* (JD35C).

O trabalho aparece aqui não somente como sinônimo de saúde, mas também como uma forma evitar doença: [...] *trabalho, faço as minhas coisas. Evito ficar doente assim [...]* (PB25C).

Além das representações acima descritas, o lazer foi uma das práticas citadas como forma de promover a saúde, como expressa a fala a seguir: [...] *ah, dançar, dançar bastante, vou nos bailes, danço, danço a noite inteira, como uma jovem, tinha medo de parar e entrevar as pernas [...]* (PB45C).

Nesse sentido, a qualidade de vida, considerada um fator determinante para a saúde, é estabelecida através das condições materiais e subjetivas de vida, além de um espectro adequado de cuidados de saúde. A promoção da saúde se torna protagonista para que essas condições possam ser estabelecidas.¹⁴

Por isso, afirma-se que há uma certa distorção na percepção de promoção da saúde por parte da comunidade, especialmente quando a medicalização, considerada pelo serviço de saúde como uma ação terapêutica/curativa é citada como promotora da saúde. Em contrapartida, vários aspectos apontados pelos moradores consensuam com o conceito de promoção da saúde estabelecido pelo sistema oficial de saúde, como por exemplo, a alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Além disso, o fator econômico age como determinante para que essas práticas possam ser exercidas, visto que todas essas condições são possibilitadas ou não a partir da renda que as pessoas possuem.

Com relação às atividades de cuidado à saúde presentes na comunidade, a grande maioria dos entrevistados refere não ter participado de grupos, cursos ou mutirões. Por outro lado, referem que tais atividades trariam benefícios para os moradores, possibilitando às pessoas o aprendizado do autocuidado, o acompanhamento de profissionais da saúde e orientações sobre o que fazer quando adoecem. [...] *nunca participei, eu só participo da igreja. Acho muito importante porque as pessoas têm que aprender a se cuidar [...]* (N26C).

Durante o período de coleta desses dados, a USF referente ao território pesquisado, se encontrava

em processo de estruturação e implantação e apenas com uma Agente Comunitária de Saúde, possivelmente um fator determinante na obtenção desses indicadores subjetivos que sugerem baixo vínculo.

Grande parte dos entrevistados refere que os serviços atendem às suas necessidades, que estão na maioria relacionadas à presença do médico, e o modelo de assistência que o mesmo ainda representa, como se pode observar: [...] *atendem. Eu, pra mim está bom assim, antes nem tinha postinho médico aqui, agora tem [...]* (PB57C).

Quando questionados sobre o que deveria ser melhorado no serviço, surgiram as propostas como o aumento do horário de atendimento, o número de medicamentos e médicos disponíveis. Isso sugere uma forte ligação com o modelo biomédico de assistência em saúde, ou seja, a presença de mais médicos, de mais medicamentos e o aumento do horário de atendimento, predomina nas falas dos entrevistados: [...] *eu acho que deveria ter remédio no posto [...]. Um médico atencioso que cumpra os horários [...]* e remédio [...] (PB17C).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao abordarmos a temática violência, observamos que a maior parte dos moradores da comunidade descreveu sentir-se insegura, independentemente de horário ou turno. Os depoimentos coletados mostram, ainda, que o medo causado por diversos fatores leva a uma série de cuidados efetivos, como não deixar os filhos sozinhos e não sair à noite. Em função disso, gera-se uma desconfiança generalizada, acirra-se preconceitos. Na sua maioria, os informantes relataram casos de violência individual próxima como causa do medo, não mencionando, entretanto, outras formas de violência, como a estrutural e a familiar.

Quanto às práticas de cuidado realizadas pelas pessoas, foi possível traçar quatro aspectos da temática. As percepções e significados de saúde nos permitem afirmar que os moradores compreendem a “saúde como vitalidade”, “como ausência de dor” e “como capacidade para exercer função social”. As percepções e significados do “estar doente” nos indicam que os moradores consideram o estado de doença quando é imprescindível a procura pelo médico. No que se refere às práticas perante a doença destacam-se “a procura pelo médico”, “a automedicação” e a utilização de “métodos paralelos” para enfrentar a patologia. Por fim, as práticas de promoção da saúde predominantes são os “cuidados dietéticos”, “o uso de medicamentos”, “o trabalho como uma forma de evitar a doença” e as “práticas paralelas”.

Percebeu-se, a partir da apreensão dos dados, a forte influência desenvolvida pela cultura dos sujeitos entrevistados na concepção estabelecida por eles a respeito da violência, do processo saúde-doença, prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, a compreensão do fenômeno saúde-doença, está associada aos significados culturais de cada ser humano, que pode ser modificada ou adaptada conforme o meio em que está inserido.¹⁵

Ainda, pode-se afirmar, que realizar o levantamento das necessidades de uma determinada comunidade, na perspectiva ambiental, econômica, política, social e cultural, compreende uma importante tarefa na construção de um Sistema Público de Saúde que objetiva atender, de maneira integral, as reais demandas da população.

Da mesma forma, a realização de atividades em conjunto com a comunidade, tais como grupos temáticos, reuniões, teatros, assim como a criação de um Conselho Local de Saúde estimula a participação da comunidade e potencializa a construção de uma nova perspectiva a respeito da saúde. Além de proporcionar aos usuários o conhecimento de como se estrutura e funciona o Sistema Único de Saúde, é possível fomentar a criação de uma cultura de saúde baseada na promoção dessa através da qualidade de vida, distanciando-se da cultura de saúde estabelecida pelo modelo biomédico, ainda bastante arraigada na comunidade.

Nesse sentido, torna-se imprescindível reunir os diversos atores da sociedade, entre eles o Estado, os Serviços Públicos de Saúde, as Instituições de Ensino Superior, os Movimentos Sociais e, principalmente, os usuários do sistema, em um único cenário. Nesse, deve ser protagonizada uma ação conjugada e acima de tudo co-responsabilizada, no intuito de instituir políticas públicas realmente capazes de promover melhorias nas condições de vida das pessoas.

Além disso, ressalta-se a importância da organização local dos serviços de saúde, pois esse é o espaço que possibilita a aproximação da comunidade de maneira mais consistente. A realização de investigações acerca do perfil sócio-econômico, ambiental e cultural da população, um planejamento estratégico e o estímulo à participação dos usuários nas decisões a serem estabelecidas, são instrumentos determinantes para implementação dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Sendo assim, acredita-se que as ações articuladas entre os diferentes setores da sociedade, tanto no âmbito local, como nacional, compreendem o artifício mais propício para o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem maior qualidade de vida as pessoas, através da promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Pinto ALT, Windt MCVS, Céspedes L. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 28a ed. São Paulo (SP): Saraiva; 2001.
- 2 Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida em saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5 (1): 7-18.
- 3 Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2004. p.113-27.
- 4 Prado ML, Reibnitz KS, Gelbcke FL. Aprendendo a cuidar: a sensibilidade como elemento plasmático para formação da profissional crítico-criativa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 296-302.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
- 6 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Abrasco; 2004.
- 7 Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos Saúde Pública*. 2004 Mai-Jun; 20 (3): 646-7.
- 8 Baratta A. Direitos humanos: entre a violência estrutural e a violência penal. *Fascículos Ciências Penais*. 1993 Abr-Jun; 6 (2): 44-61.
- 9 Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 151-4.
- 10 AndradeVRP. Sistema penal máximo x cidadania mínima: códigos da violência na era da globalização. Porto Alegre (RS): Livraria do Advogado; 2003.
- 11 Luz MT. Práticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3a ed. Rio de Janeiro (RJ): UERJ/IMS/ABRASCO; 2004. p.17-30.

-
- 12 Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2003.
- 13 Budó MLD, Gonzales RMB, Beck CLC. Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. Rev. Gaúcha Enferm. 2003 Abr; 24 (1): 43-52.
- 14 Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000 Jan-Jun; 5 (1):163-77.
- 15 Benetti SRD, Lenardt MH. Significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15 (1): 43-50.