

PRÁTICAS DE CUIDADO EM RELAÇÃO À DOR - A CULTURA E AS ALTERNATIVAS POPULARES

Care Practice Related to the Pain -
The Culture and the Popular Alternatives

Prácticas de Cuidado con Relación al Dolor -
La Cultura y las Alternativas Populares

Maria de Lourdes Denardin Budó¹
Lúcia Beatriz Ressel⁴

Darielli Gindri Resta²
Zulmira Newlands Borges⁵

Janete Maria Denardin³

Resumo

Pesquisa com abordagem qualitativa cujo objetivo foi detectar práticas de cuidados relacionados à presença de dor em usuários do Sistema Único de Saúde. A coleta de dados concentrou-se em entrevistas com 60 adultos, 34 pertencentes a ambulatório de hospital público e 26 à unidade básica de saúde. Foi realizada análise temática. Observou-se hierarquia de valores relativa ao cuidado em que a mulher aparece como principal cuidadora. A rede familiar é acionada predominando o gênero feminino no cuidado caseiro. A continuidade do itinerário terapêutico ocorre com uso de remédios caseiros, apoio familiar e vizinhança. Recorrem também a Deus e automedicação. O serviço de saúde é procurado após tentativas caseiras. Esse itinerário pode levar algum tempo em que as pessoas convivem com a dor. A pesquisa revela teia complexa de sentimentos e significados que interage com o ambiente sócio-cultural. Conclui-se sobre a importância dos profissionais conhecerem alternativas de cuidado contextualizadas aos usuários.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem. Enfermagem. Dor. Cultura. Terapias Complementares.

Abstract

This research aimed to detect the care giving practices related to pain presence in users of the Brazil's Unified Health System - Sistema Único de Saúde. The data collection focused on interviews with 60 adults, in which 34 of these belonged to an outpatient department of a public hospital, and 26 of these patients belonged to the Basic Health Unit. This study used thematic analysis and qualitative approach. Hierarchy of care related values was observed in which women are found to be the main caregivers. The family network is activated in which the female gender is predominant in the home care giving. The continuity of the therapeutical itinerary occurs with the use of home remedies, family support and neighborhood. They also resort to God and self-medication. They seek for health service after homemade attempts. This itinerary can take some time in which the people live with the pain. The research reveals a complex net of feelings and meanings that interact with the socio-cultural environment. It can be concluded that it is important for the professionals to know care giving alternatives contextualized to the users.

Keywords: Nursing Care. Nursing. Pain. Culture. Complementary Therapies.

Resumen

Investigación con abordaje cualitativo cuyo objetivo fue detectar prácticas de cuidado relacionados a la presencia de dolor en usuarios del Sistema Único de Salud. La colecta de datos se concentró en entrevistas con 60 adultos, 34 pertenecientes al ambulatorio de hospital público y 26 a la unidad básica de salud. Fue realizado análisis temático. Se observó jerarquía de valores relativo al cuidado en que la mujer aparece como principal cuidadora. La red familiar es accionada predominando el género femenino en el cuidado casero. La continuidad del itinerario terapéutico ocurre con el uso de medicinas caseras, apoyo familiar y vecindad. Recurren también a Dios y a la automedicación. El servicio de salud es procurado tras tentativas caseras. Ese itinerario puede llevar algún tiempo en que las personas conviven con el dolor. La investigación revela una estructura compleja de sentimientos y significados que interaccionan con el ambiente sociocultural. Se concluye sobre la importancia de que los profesionales conozcan alternativas de cuidado contextualizadas a los usuarios.

Palabras clave: Atención de Enfermería. Enfermería. Dolor. Cultura. Terapias complementarias.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem (PEN/UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Docente do PPGEnf/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Coordenadora da Pesquisa. ²Enfermeira. Mestre em Enfermagem (UFRGS). Professora do Departamento de Enfermagem do CESNORS/UFSC - Palmeira das Missões. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Bolsista PIBIC/CNPq 2004. ³Enfermeira. Mestre em Enfermagem (PEN/UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. ⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem (USP). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Docente do PPGEnf/UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. ⁵Antropóloga. Doutora em Antropologia pela UFRGS. Pós-Doutorado na FAGED/UFRGS. Professora Associada do Departamento de Ciências Sociais da UFSM. Docente do PPGEnf/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e Líder do GEPACS (Grupo de Estudos e Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde/UFSC).

INTRODUÇÃO

O processo de cuidado na saúde no ambiente familiar ocorre de forma bastante diversa, dependendo do momento social, cultural, econômico e ambiental em que acontece. Sabe-se que o cuidado é o centro do fazer dos profissionais e que hoje há uma tendência para que seja mais inclusivo e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde. Entretanto, esse processo de construção de um cuidado profissional mais condizente e aproximado com o saber popular só poderá se efetivar a partir do entendimento e do respeito sobre a diversidade cultural humana. Um dos aspectos dessa diversidade pode ser identificado nas práticas populares do cuidado.

A dor é um dos sintomas mais presentes no cotidiano do cuidado de enfermagem, sendo sentida de maneira diferente pelas pessoas. Faz parte do viver humano e como tal é complexa e permeada por sentimentos subjetivos que interagem com o ambiente sócio-cultural. Nesse sentido, as formas de manifestação e de cuidado da dor nas pessoas e suas famílias se dá de maneira diversa, sendo importante para os profissionais conhecer suas alternativas de cuidado.

Por ser fenômeno universal na prática de enfermagem, a dor está freqüentemente na prática dos profissionais que cuidam de pessoas que estão atravessando processos de dor. Além da universalidade, existe a diversidade entre as percepções das pessoas, os significados, as atitudes, as expressões e o cuidado associado à dor. Desta forma, o desafio do trabalho dos profissionais de enfermagem torna-se considerar tanto os modos universais quanto diversos da dor quando trabalham com as pessoas e suas famílias¹.

O enfermeiro desenvolve suas atividades de cuidado com indivíduos portadores de dor que, na variação de sua experiência, percebem diferentes formas de manifestar, de comunicar, de entender e de tratar tal sofrimento. A apreciação da dor é uma experiência privada e subjetiva que não resulta apenas de uma lesão ou deficiência de um órgão do corpo humano. Essas particularidades de expressão e de experiências caracterizam modos de ação e de cuidado que dão alternativas ao processo de cuidar em saúde do profissional enfermeiro.

Existem práticas alternativas de cuidado na comunidade que merecem destaque e valorização, além de contribuírem para a mudança do processo de trabalho profissional. Entre elas estão a unidade de cuidado familiar, o saber popular, a diversidade cultural, a atenção e o zelo manifestados pelos membros familiares.

Em meio a um fazer profissional eminentemente técnico existe uma possibilidade de desenvolver tecnologias de cuidado que primem pela importância do convívio e do respeito à diferença. Elementos como a valorização do momento do encontro, o acolhimento, a escuta e o respeito a um outro saber só podem ser alcançados, de fato, a partir de uma verdadeira compreensão sobre esse outro, o usuário. Suas condições de vida, sua situação familiar, seu momento do ciclo de vida, sua origem étnica, sua religião, escolaridade, enfim, são fatores que configuram o seu olhar e sua percepção sobre a realidade. Para que aconteça essa aproximação entre profissional e usuário é importante o conhecimento dos valores,

visões de mundo e condições de vida que estão intimamente relacionados com as práticas de cuidado, permitindo, assim, a alteridade no cuidado com o usuário.

O cuidado é uma prática que acontece nas relações sociais e como prática social se constitui pelos movimentos de aproximação dos saberes populares com os científicos. Há necessidade da coexistência entre os procedimentos técnicos convencionais e procedimentos complementares não-convencionais².

É importante dizer que, diante de práticas de cuidado em sintonia com as do usuário, o profissional se permite conhecer e se auto-organizar. O profissional que se coloca sensível e aberto para olhar o outro na sua integralidade permite que “a saúde volte a pertencer à afirmação da vida, não mais como ato biologicista, mas como afirmação efetiva do vivo e do viver – em interação, em prática social, em recriação permanente”^{2:27}.

Considera-se que o cuidado popular deve ser valorizado pelo profissional de enfermagem tendo em vista que os conhecimentos tradicionais de cuidados com a saúde são transmitidos culturalmente por pessoas muito próximas e baseados em relações de confiança e de afeto e, conseqüentemente, formulam uma base significativa para o indivíduo. Este sistema popular de conhecimentos traz contribuições e enriquecimento para a prática de enfermagem, tendo em vista que possibilita entender melhor as relações familiares, as crenças pessoais e, de uma maneira mais abrangente, as condições sociais de vida dessas pessoas. Além disso, o respeito pelos saberes tradicionais em saúde pode ser um elo de confiança e aproximação entre o profissional e o indivíduo, criando ou reforçando laços de reciprocidade³ já existentes e necessários ao cuidado humano.

Desta forma, o cuidado se caracteriza por um processo diversificado, que assume diferentes tonalidades de acordo com o momento e o vivido no encontro entre usuário/sujeito/profissional. No campo da saúde, e em especial no núcleo do saber da enfermagem, se busca uma interseção entre o mundo do saber popular e o mundo do saber científico. Assim, “a referência a um saber local e uma sabedoria prática realça a necessidade permanente de contextualização dos saberes, que não podem se apresentar como verdades universais”^{4:199}.

Diante disso, torna-se importante considerar a compreensão de cultura trazida por Geertz⁵, que fundamenta as reflexões deste trabalho. Para este autor o homem está atado às teias de significado que ele mesmo constrói, definindo a cultura como sendo essas “teias”, e, no plano teórico, a nossa tarefa como pesquisadores e cientistas é com a sua análise. Para ele, a antropologia é uma ciência interpretativa em busca dos significados socialmente construídos, e que por vezes são difíceis de se discernirem, e por isso é necessário um trabalho atento e continuado de aproximação com o outro em que se busca verdadeiramente entender seu sistema de crenças e valores, não fazendo julgamentos apressados e simplistas.

O conceito de cultura de Geertz⁵ é uma ferramenta analítica que nos propicia uma lente através da qual é possível compreender melhor os comportamentos, valores, crenças e práticas locais de cada comunidade estudada. É, pois, um conceito de cultura semiótico, baseado em teias de significados

que se entrelaçam, tencionam e interagem a partir de experiências e práticas cotidianas. A cultura é um processo dinâmico influenciado por diversos fatores históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos.

Quando tratamos de uma abordagem cultural, nenhum aspecto ou fenômeno deve ser considerado isoladamente, e sim como um componente de uma combinação complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas⁶. Todos os aspectos da vida humana são permeados de cultura, e toda a experiência humana é envolvida, cercada e cerceada pelos aspectos culturais. Isso significa que mesmo as questões biológicas mais básicas como a fome, a sede ou a dor sofrem influências culturais. Essas influências interferem na forma como as pessoas percebem, enfrentam, significam e elaboram suas dores, pois "a dor é mais do que um simples processo neurofisiológico"^{7:165}. Fatores culturais como a origem étnica podem influenciar a forma de expressar e comunicar a dor. Pessoas de origem italiana que são mais expansivos e emocionais em seus processos comunicativos poderão transmitir aos profissionais de saúde uma impressão de dor mais intensa do que pessoas de origem anglo-saxã cujos gestos contidos e ponderados poderão levar a uma falsa idéia de baixa intensidade de dor⁷.

Esse artigo apresenta um recorte do projeto de pesquisa "A percepção e as práticas de cuidados populares em relação à dor" cujos objetivos foram conhecer a percepção e o significado da dor para os usuários do SUS e detectar as práticas de cuidados relacionados à presença da dor em si mesmo e nos outros. Nesse trabalho serão apresentados e discutidos os dados em relação à segunda parte do objetivo, que foi detectar as práticas de cuidado das pessoas participantes deste estudo em situações de dor.

METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Entende-se por exploratório-descritiva o estudo de um fenômeno descrito e aprofundado em seu significado e importância, ultrapassando a dimensão de apenas observar, para investigar sua natureza complexa, envolvendo outros fatores com ele relacionados⁸. A abordagem qualitativa da pesquisa revela a verdadeira intenção do problema em estudo, ou seja, descrever, compreender e explicar a questão de investigação, aprofundando-se no mundo de significados, das crenças e valores dos sujeitos que não pode ser captado em estatísticas⁹.

Esse trabalho foi desenvolvido em unidade ambulatorial de hospital público, federal, de referência regional e de ensino no Rio Grande do Sul (RS) e em unidade básica de saúde do SUS, em município de porte médio do RS.

A unidade ambulatorial do referido hospital localiza-se no andar térreo, onde são atendidas pessoas que procuram o hospital para consultas, exames diagnósticos e tratamento. Existem neste serviço várias especialidades médicas, serviço de enfermagem, psicologia e nutrição.

A unidade básica de saúde está localizada na zona norte da periferia urbana, abrangendo 18 vilas, compreendendo uma população de aproximadamente trinta mil habitantes. Esta área se caracteriza por altos índices de desemprego, criminalidade, desnutrição, doenças infecto-contagiosas, além da

precariedade de saneamento básico e habitação. A equipe de saúde é constituída por médicos (clínicos gerais e especialistas), equipe de enfermagem e dentistas, que desenvolvem ações de saúde em atenção básica para adultos e crianças nos programas previstos pelo Ministério de Saúde.

Os participantes da pesquisa constituíram-se nos usuários adultos das unidades acima referidas e que buscaram atendimento de saúde nestas unidades, no período de agosto de 2002 a janeiro de 2003.

No ambulatório do hospital os participantes foram os clientes que vieram para algum tipo de atendimento no ambulatório de adultos, especialmente nas áreas onde são mais comuns queixas de dor, como a reumatologia, angiologia, endocrinologia, oncologia, enfermagem e outras, durante o período de coleta de dados da pesquisa.

Na unidade básica de saúde participaram da pesquisa os pacientes que buscavam o atendimento no programa do adulto e demais serviços da unidade. Além destes, participaram usuários que moravam nas proximidades da unidade através de visitas domiciliares.

Os critérios utilizados para a escolha dos usuários, que fizeram parte do estudo, foram os seguintes: ser paciente adulto, ter procurado atendimento no ambulatório do hospital e da unidade básica de saúde durante o período de coleta de dados, ou nas visitas domiciliares, e aceitar participar da pesquisa.

Fizeram parte do estudo 60 (sessenta) pessoas, sendo 34 (trinta e quatro) do ambulatório do hospital e 26 (vinte e seis) da unidade básica de saúde. O número de pessoas envolvidas na pesquisa foi condicionado à saturação dos dados, ou seja, quando atingimos um conjunto de depoimentos que se repetiam e se complementavam, identificamos um padrão de comportamentos e saberes em relação ao cuidado e uma lógica cultural comum.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. Entende-se que esta pode elucidar o problema de pesquisa e possibilitar o alcance dos objetivos propostos por este estudo. A entrevista constou de questões adaptadas a partir da proposta de Villarruel¹ para trabalhar com pessoas sobre dor em uma vertente cultural do cuidado.

As entrevistas foram realizadas no ambulatório do hospital e na unidade básica de saúde em local previamente selecionado para esta atividade, antes ou após a realização do atendimento do usuário pelos profissionais, ou ainda em visitas domiciliares.

Para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria e aprovado. Além disso, foi solicitado o consentimento da direção do hospital, conforme as normativas, e da chefia de enfermagem da unidade básica de saúde.

Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os informantes do estudo, contendo os objetivos da pesquisa, a finalidade, os procedimentos a serem realizados. Este foi assinado em duas vias pelos informantes após concordarem em participar da pesquisa. Foi garantida a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de prejuízo, o que atende à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁰.

Para a realização da entrevista foi solicitada a gravação, com intuito de registrar integralmente a fala do sujeito,

assegurando material rico e fidedigno para análise. As entrevistas gravadas foram digitadas para sua análise posterior. Para preservar a confidencialidade dos dados dos informantes e o seu anonimato, não foram utilizados os nomes dos pacientes em nenhuma etapa do relato da pesquisa.

O desenvolvimento da análise desta pesquisa ocorreu através da organização, leitura e discussão dos dados coletados, por meio dos instrumentos de coletas de dados.

A análise foi constituída de três fases, propostas por Minayo⁹, ao abordar a análise temática: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

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 realizada no momento em que foram registradas as mesmas. As informações organizadas constituíram um *corpus* para a continuidade da análise.

Com estes elementos em mãos, foi possível a exploração do material, buscando a classificação em categorias emergentes, isto é, êmicas¹¹. Em algumas situações utilizou-se a organização em categorias teóricas de estudos na área. 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, constituída pelo tratamento dos resultados obtidos e sua 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.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na busca do entendimento das práticas de cuidado realizadas pelas pessoas que fizeram parte desta pesquisa, organizaram-se os resultados em categorias emergentes da análise dos dados. As categorias que surgiram da análise do material foram: *"eu sei que ela me cuida"*; *"tento resolver em casa e depois vou ao médico"*; *"sempre a gente tem um comprimido ou uma gota em casa, um chá na horta e apoio familiar"*; *"atenção respeito e ajuda"*, apresentadas a seguir.

Eu sei que ela me cuida

Os entrevistados, ao serem questionados sobre 'que pessoas na família você procura quando está com dor?' 'quem cuida na sua família de quem está doente?', responderam que, entre as pessoas que cuidam nas situações de dor, a mulher/mãe foi a mais evidenciada como responsável pelo cuidado dos membros da família. O papel da mulher/mãe como a cuidadora por excelência da família está presente em várias esferas; inclusive nas políticas públicas, a mulher/mãe tem sido chamada a se responsabilizar ou, por vezes, a intermediar o cuidado que o

Estado deveria assegurar¹². De fato, as políticas públicas acabam reforçando algumas práticas culturais e, por vezes, sobrecarregando as mulheres e concentrando nelas responsabilidades que poderiam ser mais e melhor compartilhadas.

Com a análise dos dados, percebe-se que cerca de 70% das pessoas procuradas para cuidar em situações de dor são mulheres. As mulheres consideradas como referências nesses momentos críticos são as mulheres mais velhas da família e as vizinhas; a esposa, a mãe, a filha e a irmã, as familiares de maior destaque, seguidas pela nora e cunhada. Os homens foram citados em 30% dos casos, sendo o marido responsável pelo cuidado quando é a esposa que vive a situação de dor. Também os filhos foram lembrados, em alguns momentos de forma genérica, não especificando se homem ou mulher. A construção cultural da mulher na sociedade remete a atribuição de cuidar à figura feminina, sendo uma função ou responsabilidade considerada por todos como inata e natural.

Considera-se que, na comunidade estudada, ainda predomina uma visão tradicional de mulher muito vinculada à condição da maternidade como um dos seus principais papéis sociais a ser assumido perante a comunidade. Essa nítida divisão de papéis entre homens e mulheres e entre o mundo da rua e o mundo da casa é fruto de um longo processo de socialização. Os papéis diferenciados por gênero com a mulher restrita às tarefas de mãe, esposa e cuidadora da família e do lar é ainda o padrão cultural hegemônico apesar de todas as conquistas femininas do século XX. A socialização de meninos e meninas continua pautada em uma dupla moral bastante nítida e distinta para homens e para mulheres. No padrão moral da boa esposa ou boa mãe, a mulher que não cuida de seu marido ou filhos não está cumprindo a sua tarefa, o seu papel, isto é, está indo contra uma regra cultural, instituída como única e natural. O atributo do cuidado à mulher é construído e constrói-se a partir dos referenciais sócio-culturais que dão significado para o que é ser mulher. Nesse sentido, as políticas públicas têm contribuído para reforçar esse papel e essa imagem da mulher como a cuidadora por excelência¹³.

Historicamente as atividades das mulheres têm sido demarcadas ao redor do cuidado. Tais atividades representam, ao mesmo tempo, espaço de poder e espaço de controle ao saber e ao viver feminino. Isso tem sido culturalmente transmitido e interiorizado na construção do ser mulher¹⁴.

No cuidado familiar, no meio rural, a mulher é quem detém o saber sobre o cuidado. Ela aprende, em geral, no convívio com outra mulher, executa-o durante a sua vida e transmite este conhecimento também a mulheres, principalmente às filhas e às netas. Ela é geradora do cuidado, seja ele familiar ou ampliado na rede social. Ela se organiza, faz arranjos internos, deixa outras atividades, passando a assumir o controle, principalmente nos casos em que há dependência do familiar¹⁵.

É conhecido, em diferentes trabalhos na enfermagem, que, na família, a mulher possui importante papel como disseminadora da cultura à sua prole, e que o cuidado se faz presente às atribuições por ela assumidas. Isso faz com que este papel seja transmitido de geração a geração, perpetuando-se no domínio familiar.

Em alguns estudos^{15,16}, a família é reconhecida como prestadora de cuidados a seus membros no caso de doença, identificação de

sinais e queixas de mal-estar e dor, busca por recursos nos sistemas popular ou profissional, estando presente durante a hospitalização e ocupando papel importante nos casos de reabilitação. O cuidado familiar é fortalecido também pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos, o que pode ser percebido durante a fala dos entrevistados quando estes referem procurar ajuda dos vizinhos e amigos^b quando estão com dor.

Primeiramente a minha família, às vezes quando eu não tenho condições um vizinho me ajuda, quando eu preciso de condução os vizinhos me ajudam.E1

Tento resolver em casa e depois vou ao médico

Esta categoria sintetiza a resposta da maioria das pessoas quando perguntadas sobre 'a quem você pede ajuda ou cuidado nas situações de dor (itinerário do cuidado)?' A maioria dos entrevistados respondeu que procura ajuda de seus familiares, ou seja, família nuclear (pais, filhos e cônjuges). Muitos responderam que tomam alguma medicação em casa e, se não passar a dor, procuram o médico. Alguns procuram o médico na Unidade Básica de Saúde, no hospital ou pronto-socorro. Quando a situação não é resolvida nesta primeira tentativa, as pessoas buscam o médico especialista. Em síntese, a maioria das pessoas busca primeiramente uma pessoa da família, a esposa ou marido, filhos, mãe ou irmã, isto é, a pessoa que está mais próxima. Após, algumas buscam ajuda com os vizinhos e depois procuram o serviço de saúde disponível.

Outros referiram que usam remédio em casa até acertar ou, ainda, agüentam a dor, não procurando ajuda de profissionais de saúde. Uma pessoa referiu que procura o médico só em último caso. Em levantamento inicial de pesquisa com moradores de região da periferia de centro urbano brasileiro^{4:162}, foram constatadas também diferentes formas de práticas de saúde desenvolvidas pelas pessoas, relacionadas com o estado de saúde em que se percebem. A compreensão de "estar com a saúde completa", "problema de saúde" e "estar doente" remete a cuidados integrais que evidencia "a forma como a pessoa se sente, e não a forma como determinado problema de saúde é ou deve ser atendido." Diante disso, as iniciativas de procura de cuidados estão relacionadas com o sentido em que as pessoas percebem o seu estado de saúde. Assim, a procura do serviço de saúde ou do médico se dá com a manifestação do "estar doente", isto é, quando a situação é mais grave, associando-se com o "ficar de cama", "estar com dor" e ter tentado resolver o problema em casa.

Em outra pesquisa¹⁷, as opções utilizadas por idosos para o enfrentamento de situações de doença são inicialmente as alternativas informais, isto é, remédios caseiros, para problemas menos sérios. Se a situação indica maior gravidade, é buscada a alternativa profissional. Essas investigações se aproximam com os achados da presente pesquisa, no sentido em que as pessoas pesquisadas em geral buscam primeiramente o cuidado familiar, caseiro e, após, o serviço de saúde, especialmente o atendimento médico.

Também é possível refletir acerca da importância que a família vem mostrando no processo de cuidado de seus

membros. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como política pública, busca, por meio do referencial familiar e comunitário, criar estratégias capazes de reorientar o modelo de cuidado à saúde. Na lógica da ESF, a Unidade Básica de Saúde deve extrapolar os contornos da estrutura física da unidade e conhecer a dinâmica familiar em seu contexto, para desenvolver um cuidado resolutivo.

Sempre a gente tem um comprimido ou uma gota em casa, um chá na horta e apoio familiar

Na análise das questões 'como as pessoas em seu meio são cuidadas quando sentem dor' e 'nos costumes de sua família, que coisas são usadas quando sentem dor?', observou-se que dos entrevistados, 25% usam somente chá, 18,3% usam unicamente medicamentos industrializados, 40% usam concomitantemente chás e medicamentos industrializados e 5% das pessoas recorrem a Deus quando sentem dor. Houve também respostas como uso de calor ou frio, atividade física, massagem e manifestações de afeto compreendendo os restantes 11,7%.

No que se refere ao uso dos chás, o mais usado foi a cidreira, e, entre os medicamentos industrializados, apareceram com maior frequência os analgésicos e antiinflamatórios. Diante dos resultados, evidencia-se que a influência cultural relacionada ao uso de chás é marcante entre as pessoas pesquisadas, bem como o uso de medicamentos industrializados sem controle médico, uma vez que estes se encontram disponíveis com facilidade para a maioria da população. Também em pesquisa realizada com idosos^{17:82}, constatou-se, na sua trajetória terapêutica, o uso da automedicação e a utilização de chás e receitas caseiras.

O uso do chá é uma prática de cuidado que possui fortes marcas culturais e retrata, muitas vezes, a história familiar dos usuários dos serviços de saúde. Com esse apontamento percebe-se a necessidade de conhecer o saber popular e valorizar, nas diferentes situações, alternativas de cuidado possíveis de serem construídas via educação em saúde.

O apoio familiar foi evidenciado por muitas pessoas como fundamental no cuidado em situações de dor. Esse apoio é representado por várias manifestações como o afeto, o carinho, a atenção, o respeito, entre outros. Alguns desses elementos fizeram parte das respostas na questão seguinte e serão destacados na próxima categoria.

Atenção, respeito e ajuda

Quando se perguntou 'o que você gostaria que fosse feito quando você está com dor? Isso é feito?', foi evidenciado que, além do alcance do medicamento ou do chá, foram elencados alguns elementos importantes para o cuidado, como a atenção, o respeito e a compreensão das pessoas. Encontrar a medicação como um instrumental importante nas situações de dor é, de certa forma, esperado e possível de imaginar tendo em vista a circunstância vivida pelos indivíduos. Essa afirmação torna-se evidente, pois vive-se, ainda, um modelo de cuidado à saúde muito medicalizado e que percorre vários caminhos na busca da cura medicamentosa.

Entretanto, a manifestação de alguns fatores que extrapolam esta esfera material provoca um repensar na direção dada ao cuidado dos familiares e dos profissionais de saúde. No relato das pessoas, a subjetividade, a emoção, a sensibilidade e a capacidade de escuta são destacadas como fundamentais no cuidado à saúde.

As manifestações de afeto foram representadas através do apoio familiar, demonstrado através das seguintes falas:

*[...] a presença[...]*E19

*[...] sempre me ligando para saber se estou bem
[...]*E28

*[...] atenção ou o carinho [...]*E37

*[...] uns podem ajudar com dinheiro [...]*E55

Nas situações de dor, do sofrimento, além do cuidado de tratar esta situação com os medicamentos, fica explícita a necessidade evidenciada da presença e carinho da família ou de pessoa significativa para aquele que se encontra em situação de fragilidade. Nesse sentido, o cuidado exige um compartilhar de fatores e compromissos aqui representados pela medicação, pelo chá, pelos procedimentos como o uso de massagens, calor e frio associados à presença, ao carinho e ao afeto.

Tais alternativas de cuidado assinalam para os referenciais da promoção da saúde na medida em que esta contempla uma possibilidade mais abrangente da vida, incluindo diferentes aspectos da subjetividade humana, como o amor, o companheirismo, o olhar solidário, o momento da escuta, da valorização. A promoção da saúde é um referencial e método de análise que permite, por meio da educação em saúde, conquistar a autonomia nas escolhas dos usuários dos serviços de saúde.

Em uma pesquisa apoiada na antropologia social, cujos objetivos foram descrever as interações entre clientes e profissionais e discuti-los como fundamental ao cuidado de enfermagem, os autores afirmam que “as formas de expressividade do ser humano são fundamentais para a arte de cuidar e para manter uma boa qualidade no cuidado, uma vez que estão ligadas às formas de demonstrar afeto, de estar presente por inteiro e de valorizar o outro.”^{18:43} Este argumento reafirma os achados da presente pesquisa quando as pessoas fazem referência ao cuidado representado por meio do afeto e apoio familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo cabem algumas reflexões referentes a pontos que se destacaram na pesquisa. A mulher foi a pessoa mais evidenciada como responsável pelo cuidado dos membros da família nas situações de dor. Entende-se que esse elemento se constitui, na sociedade ocidental, como atributo que é construído social e culturalmente, e retém o significado do que é ser mulher e qual o papel esperado dela.

Percebe-se que, para compreender o significado da dor, é necessário entender também a visão de mundo que cada indivíduo traz consigo. Compreender este aspecto que ao mesmo tempo é subjetivo e real não é um processo simples, pois cada experiência é singular e particularmente interpretada.

As pessoas agem e reagem influenciadas pela herança cultural, com base na interpretação que faz do vivido. Para tanto, o

enfermeiro deve procurar conhecê-las e compreender reações, sentimentos, signos, significados, hábitos, costumes e valores.

Para amenizar a dor, faz-se necessário interagir, apoiar e orientar. Neste processo é fundamental a percepção de como o evento está sendo vivido, no caso, a dor, pois isto é determinante para a tomada de decisões, da postura e de atitudes relacionadas ao cuidado ofertado.

Em relação ao “itinerário do cuidado”, ficou evidente que a primeira opção se dá no domicílio junto a familiares próximos, no conforto através de uso de chás, ou remédios caseiros. Após, se a dor não passar, as pessoas procuram recursos institucionalizados de saúde, como unidade de saúde na comunidade, pronto-socorro ou hospital, na alternativa do médico.

Foi possível perceber o envolvimento da família no cuidado aos familiares quando estão com dor. A atenção e o apoio familiar foram evidenciados em manifestações além do uso de remédios ou alternativas caseiras e compreendem o afeto, o carinho, a atenção, o respeito. Isso remete à importância de estender o olhar do cuidado para além da atenção tradicional que os profissionais de saúde têm desenvolvido. Encontra, ainda, proximidade na lógica da ESF, como política pública, na busca de reorientação do modelo de saúde, que contempla uma possibilidade mais abrangente de vida, na qual estejam incluídos aspectos diferentes da subjetividade humana, com o amor, o companheirismo, o olhar solidário, o momento da escuta e da valorização do ser cuidado.

Fica, para os enfermeiros, o desafio de buscar a compreensão dos significados que os sujeitos cuidados trazem acerca da dor e sua expressividade e, com isso, mediar saberes e práticas que dêem conta das singularidades e subjetividades presentes no processo saúde-doença. Além disso, ter em vista a complexidade que este evento traz, possibilitando, num novo tempo, um cuidado que valorize o afeto, a presença, os sentidos por inteiro, do ser cuidado.

Ressalta-se, ao final, que, para que o processo de cuidar alcance seus objetivos, ele deve ser compartilhado entre o cuidador e o sujeito cuidado. O profissional de saúde deve aprender a visualizar além de sua própria cultura, estendendo seu olhar e seu entendimento ao sujeito cuidado por ele, sua família e seu contexto de vida, focalizando a diversidade cultural que permeia o cuidado.

Ainda, é possível agregar ao processo de cuidado dos profissionais de saúde alternativas que reúnam as informações identificadas na pesquisa por meio do exercício da escuta, da valorização do ambiente familiar, do saber popular e, principalmente, da responsabilização e envolvimento, gerando atenção e respeito para com o sofrimento do outro. Tais alternativas identificadas contribuem para a mudança do modelo de cuidado à saúde.

Referências

1 Villarruel A. Cultural perspectives of pain. In: Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices. New York (USA): McGraw-Hill; 1995.

2 Pinheiro R, Ceccim RB. Experiência, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde (org.) 2ª ed. Rio de Janeiro(RJ): IMS/UERI; 2006.

- 3 Mauss M. O ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo (SP): EDUSP; 1974.
- 4 Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos de sociedades civis. In: Pinheiro, R; Mattos, RA. Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/ABRASCO; 2001.
- 5 Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro (RJ): Livros Técnicos e Científicos; 1989.
- 6 Geertz C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro (RJ): JZahar; 2001.
- 7 Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2003.
- 8 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Tradução de Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.
- 9 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
- 10 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS nº196, de 10 de outubro de 1996. Inf Epidemiol SUS 1996; 5 (2 supl 3): 13-41.
- 11 Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Ed; 2000.
- 12 Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina?: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saude Publica 2006 jun; 22 (6): 1335-342.
- 13 Klein C. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. Rev Estudos Feministas 2005 abr; 13 (1): 31-52.
- 14 Ressel LB. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem /USP; 2003.
- 15 Budó MLD. A família rural e os cuidados em saúde. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá (PR): EdUEM; 2004.
- 16 Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá (PR): EdUEM; 2004.
- 17 Souza AC. Como manda o figurino: a medicalização das práticas de terapêuticas entre idosos de Porto Alegre. [dissertação de mestrado] Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem /UFRGS; 2005].
- 18 Castro ES, Mendes PW, Ferreira MA. A interação no cuidado: uma questão na enfermagem fundamental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2005 abr; 9 (1): 39-45.

Notas

^a Êmico: constituído pelo conhecimento do grupo estudado, de uma dada cultura, expresso na sua lógica interna, em contraposição ao ético, que é o conhecimento do observador, representado por categorias teóricas.¹¹

^b Aqui novamente vemos entrar em jogo as redes de trocas das quais nos fala Mauss³, que muitas vezes prevalecem em relação a alternativas por serem mais próximas, mais constantes, mais disponíveis e, de um modo geral, mais “confiável” para a lógica local.