

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ- UNIVALI
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- CCS
MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO

DAGOBERTO MIOR DE PAULA

**FAMILIA E CUIDADORES DOMICILIARES: IDENTIFICAÇÃO DAS
REDES DE APOIO E SUPORTE UTILIZADAS NO DOMICÍLIO**

ITAJAÍ, JULHO DE 2005

DAGOBERTO MIOR DE PAULA

**FAMILIA E CUIDADORES DOMICILIARES: IDENTIFICAÇÃO DAS
REDES DE APOIO E SUPORTE UTILIZADAS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí, sob a orientação da Professora Dra. Yolanda Flores e Silva.

ITAJAÍ(SC), JULHO DE 2005

DAGOBERTO MIOR DE PAULA

**FAMILIA E CUIDADORES DOMICILIARES: IDENTIFICAÇÃO DAS
REDES DE APOIO E SUPORTE UTILIZADAS NO DOMICÍLIO**

Dissertação apresentada ao programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí

Prof^ª Dra. Yolanda Flores e Silva – Orientadora
Universidade do Vale do Itajaí

Prof^ª Dra. Marta Inez Machado Verdi
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^ª Dra. Elisete Navas Shanches Prospero
Universidade do Vale do Itajaí

FAMILIA E CUIDADORES DOMICILIARES: IDENTIFICAÇÃO DAS REDES DE APOIO E SUPORTE UTILIZADAS NO DOMICÍLIO

DAGOBERTO MIOR DE PAULA

RESUMO

Estudos tem demonstrado a influência das redes de apoio e suporte sobre o processo de saúde e doença, sendo que, estas redes podem afetar de forma positiva ou negativa este processo. Neste contexto o estudo aqui descrito teve como objetivo identificar as redes de apoio e suporte utilizadas pelas famílias de Balneário Camboriu, moradoras do bairro da Barra do Rio, durante uma enfermidade ou outros problemas limitantes do ponto de vista do processo saúde e doença. Os procedimentos metodológicos foram realizados com uma abordagem qualitativa e o uso da metodologia do estudo de caso. Os informantes foram escolhidos a partir de uma amostra intensional constituída por 10 famílias. Os dados foram coletados no período de outubro de 2004 a dezembro de 2004, através de entrevista com um roteiro semi-estruturado e observação sistemática, das pessoas e ambientes. A análise das entrevistas seguiu a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo(DSC). Em relação aos resultados obtidos constatamos que a concepção do que é ter saúde é associada a não ter dor, não estar triste, poder trabalhar, não ter apatia, dentre outros significados. Já em relação ao que seria estar doente as respostas obtidas são praticamente o oposto do que estes relatam sobre o que é saúde. No que tange as redes de apoio e suporte, a família foi um dos itinerários mais citados, assim como médicos, posto de saúde, vizinhos, amigos, rituais de orações dentre outros. Os profissionais mais citados pelos participantes do estudo foram enfermeiros, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e médicos. A partir da análise dos dados concluímos que identificação e a compreensão das redes de apoio e suporte constitui-se numa fonte de evidências úteis para a atuação dos profissionais e para a organização dos serviços de saúde. Ou seja, o estudo dos itinerários de cura e cuidado e suas relações com as redes apoio e suporte podem contribuir para uma visão integral do ser humano no seu contexto social, superando as dicotomias entre o sistema formal de saúde e as ações cotidianas de seus clientes, de modo a estabelecer um diálogo interdisciplinar entre o saber científico e o popular.

Palavras-chave: Família, Cuidadores Domiciliares, Redes de Apoio e Suporte.

FAMILY AND HOME CARETAKERS: IDENTIFICATION OF THE NETS OF SUPPORT AND SUPPORT USED IN THE HOME

DAGOBERTO MIOR DE PAULA

ABSTRACT

Studies have been demonstrating the influence of the support nets and support on the process of health and disease, and, these nets can affect in way positive or negative this process. In this context the study here described had as objective identifies the support nets and support used by Balneário Camboriu's families, residents of the neighborhood of Barra of Rio, during an illness or other problems limitantes of the point of view of the process health and disease. The methodological procedures were accomplished with a qualitative approach and the use of the methodology of the case study. The informers were chosen starting from a sample intensional constituted by 10 families. The data were collected in the period of October from 2004 to December of 2004, through interview with a semi-structured itinerary and systematic observation, of the people and atmospheres. Analyze her/it of the interviews followed the methodology of Sujeito Coletivo(DSC's Speech). in relation to the obtained results we verified that the conception of the one that is have health is associated to not to have pain, not to be sad, to work, not to have apathy, among other meanings. Already in relation to the that would be to be sick the obtained answers they are practically the opposite than these tell on him wants is health. In what it plays the support nets and support, the family was one of the itineraries more mentioned, as well as doctors, health center, neighbors, friends, rituals of prayers among others. The professionals more mentioned by the participants of the study were nurses, nursing auxiliaries, pharmacists, community agents of health and doctors. Starting from it analyzes her/it of the data ended that identification and the understanding of the support nets and support is constituted in a source of useful evidences for the professionals' performance and for the organization of the services of health. In other words, the study of the cure itineraries and care and their relationships with the nets support and support can contribute to an integral vision of the human being in his/her social context, overcoming the dichotomies between the formal system of health and their customers' daily actions, in way to establish an interdisciplinary dialogue between the scientific knowledge and the popular.

Key-Word: Family, Home Caretakers, Nets of Support and Support.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
1.1 Considerações Iniciais	06
1.2 Justificativa.....	07
1.3 Objetivos.....	09
1.3.1 Objetivo Geral	09
1.3.2 Objetivos Específicos	09
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	10
2.1 A pesquisa	10
2.2 Procedimentos Éticos	15
3 EMBASAMENTO TEÓRICO	16
3.1 Sistema Único de Saúde –SUS	16
3.2 O Programa Saúde da Família	22
3.3 Cuidado, Família e Cultura.....	25
3.4 Redes de Apoio e Suporte	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
4.1 Caracterização da Comunidade da Barra do Rio.....	31
4.2 Caracterização das Famílias Participantes do Estudo.....	36
4.3 Os Discursos	43
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	60

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Conforme Hartz apud Machado(2003) o Mestrado Profissionalizante é uma modalidade de mestrado que encontra-se muito bem consolidado em diversos países do mundo. No Brasil foi instituído em 1998, mesmo assim ainda gera muita polemica entre os docentes das universidades brasileiras, muitos ainda o criticam alegando que os cursos são apenas voltados para o mercado e que não se preocupam com a lógica da construção do conhecimento. Ainda segundo Hartz, apesar de algumas comparações, as vezes até equivocadas não existe nenhuma pertinência em comparar o mestrado acadêmico com o mestrado profissionalizante no que se refere a qualidade ou aos seus direitos, pois apesar de suas peculiaridades, ambos devem ter os mesmos parâmetros de qualidade, assim como a garantia dos mesmos direitos.

O Mestrado profissional tem como foco a prática profissional, sendo desta forma mais técnico que o acadêmico, isso significa que enquanto os mestrados acadêmicos visam a formação para a docência e a pesquisa, os mestrados profissionalizantes foram criados para melhorar a ação do profissional dentro da organização e/ou comunidade na qual o mesmo se encontra profissionalmente. Outra peculiaridade do Mestrado Profissionalizante é a valorização das múltiplas formas de expressão do conhecimento para a apresentação dos resultados de sua pesquisa, ou seja a dissertação pode ser substituída por um protótipo ou uma avaliação critica da experiência profissional do aluno(MACHADO, 2003).

Na UNIVALI o projeto do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão de Trabalho foi elaborado por alguns professores do Curso de Graduação em Enfermagem que a tempo almejavam criar um curso de Pós –Graduação *Stricto Sensu* na área da saúde. Este desejo culminou em 2003 com a criação do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho que hoje se prepara para selecionar a sua terceira turma de alunos.

Este mestrado possui três linhas de pesquisa que se encontram abrigadas na área de concentração “Saúde da Família”, são elas: 1- A família em Seu Ciclo Vital, 2- Gerenciamento dos Serviços de Saúde e 3- Promoção e Educação em Saúde.

Dentro deste contexto, vimos neste mestrado a oportunidade de desenvolvermos propostas de estudos com famílias, no intuito de verificar como as mesmas se comportam

frente ao processo de saúde e doença, suas necessidades e os aspectos culturais que as influenciam, pois entendemos que somente assim conseguiremos prestar uma assistência à saúde e/ou à doença de forma crítica, humanizada e ética.

O presente trabalho encontra-se vinculado a linha de pesquisa “A Família em Seu Ciclo Vital” e tem por objetivo identificar as redes de apoio e suporte utilizados por famílias de Balneário Camboriú, na comunidade da Barra do Rio, durante uma enfermidade ou outros problemas limitantes do ponto de vista do processo saúde e doença.

Vale ressaltar, que o estudo proposto faz parte de um projeto articulado que conta com a participação de outros três mestrandos, também sob a orientação da professora doutora Yolanda Flores e Silva; esses projetos iniciaram-se em meados de 2004 quando nos incluímos na linha de pesquisa da orientadora sobre “Representações Sociais de Saúde e Doença”. Após algumas orientações em grupo definimos que os quatro trabalhos de pesquisa seguiriam um eixo temático comum (itinerários de cura e cuidado), entretanto cada componente do grupo teria sua dissertação própria com objetivos comuns e específicos que se complementariam. Além do trabalho em questão, da proposta inicial resultou ainda os estudos denominados de Itinerários de Cura e Cuidado um Estudo das Representações Sociais dos Conceitos de Saúde e Doença nas Famílias de autoria da enfermeira Maria Isabel Fontana e o estudo Mapeamento das Redes Sociais e Itinerários de Cura e Cuidado para a Configuração de uma Rede Apoio Social do médico Alessandro da Silva Scholze. O terceiro componente deste projeto articulado é o psicólogo Luiz Antônio Vicente que encontra-se em fase de elaboração de seu estudo, que terá a finalidade de socializar os resultados obtidos nos outros três trabalhos com as famílias, assim como com os profissionais do PSF envolvidos na assistência dessas famílias.

1.2 Justificativa

Considerando que vivemos numa sociedade em que a maioria da população tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde e que somos um povo influenciado por uma diversidade muito grande de culturas é quase lógico concluirmos que existirão diversas formas das pessoas enfrentarem o processo de saúde e doença. A partir desta premissa podemos afirmar que a busca pela cura e os cuidados são bastante diversificados, ou seja, são diversas as possibilidades e recursos empregados pelas pessoas na busca por equilíbrio e estabilidade bio-psico-social.

Esta afirmação parte de constatações feitas ao longo de nossa prática profissional docente. Atuando neste campo do cuidado percebemos que além dos sistemas médicos tradicionais existem muitas opções empregadas pelas pessoas na busca pela cura e cuidado, quase todas elas baseadas no patrimônio cultural das famílias. Estas alternativas de cura e cuidado quase sempre caracterizam-se pelo não mercantilismo, tornando-se uma possibilidade atraente diante dos custos e das dificuldades de acesso aos recursos formais da rede pública e privada de saúde.

A busca por itinerários de cura e cuidado, assim como por redes de apoio e suporte constituem uma prática que encontra-se inserida na sociedade e na vida familiar, assumindo características peculiares em diferentes épocas e culturas, conforme as necessidades das pessoas cuidadas e as possibilidades dos cuidadores e da família.

Estas alternativas, também permitem que o usuário possa interagir com o terapeuta, algo que mesmo nos serviços que buscam um atendimento mais individualizado, torna-se difícil, uma vez que os profissionais da saúde muitas vezes não permitem que a fala e o conhecimento do usuário se sobressaia.

Em relação aos itinerários de cura e cuidado temos observado, que os itinerários mais descritos pelos pacientes relacionam-se com a busca por apoio espiritual, a utilização de plantas como alternativa medicamentosa de tratamento e a busca de uma pessoa ou grupo de pessoas que os auxiliem no enfrentamento das situações oriundas do processo de saúde e doença, seja essa ajuda profissional ou não.

Para que possamos entender e interagir com estes itinerários é de primordial importância entender o conceito de cultura que segundo Helman(1994) é um conjunto de princípios herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular. Tais princípios mostram a forma como as pessoas vêem o mundo, suas crenças, valores e como se comportam dentro dele em relação as outras pessoas, a deuses, a forças sobrenaturais, e ao meio ambiente onde se encontra inserido.

Acreditamos que a compreensão dos conceitos e representações socioculturais das pessoas em seu grupo social, nos auxilia no momento de identificar e compreender os itinerários de cura e cuidado utilizados pelas pessoas ou seu grupo. Dentro deste contexto entendemos que é de suma importância o conhecimento das redes de apoio e suporte utilizadas pelas famílias da comunidade da Barra do Rio durante um processo de enfermidade, pois cremos que isto nos dará subsídios para que possamos avaliar se estas são adequadas e seguras. Acreditamos que ao atingirmos este propósito estaremos obtendo informações que poderão ser úteis para os profissionais de saúde que trabalham com estas famílias, ou ainda

que o conhecimento produzido possa ser utilizado na elaboração de capacitações para os próprios profissionais, que a cada dia precisam conhecer e entender as redes de apoio e suporte utilizadas pelas pessoas e famílias que estão sob seus cuidados, pois na nossa concepção somente assim estes conseguirão promover ações de cuidados que venham ao encontro das verdadeiras necessidades das pessoas envolvidas.

Neste sentido acreditamos que cada pessoa que chega até um profissional de saúde é um mundo particular, com horizontes imensos, entretanto, raramente permite-se a uma pessoa que ela expresse suas idéias e até mesmo suas práticas de cuidado em seu cotidiano, com isso perdemos a possibilidade de aquisição de novos conhecimentos e até mesmo de avaliarmos os benefícios ou não de suas prática de saúde. Daí a importância deste estudo, pois se o profissional da saúde atuar a partir de uma perspectiva cultural este conseguirá oferecer um cuidado mais humanizado e efetivo, pois nesta perspectiva as pessoas e / ou sua família deixam de ser meros receptores de cuidados para se tornarem sujeitos ativos no planejamento, implementação e avaliação das ações inerentes ao processo de cura, cuidar e ser cuidado.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Identificar as redes de apoio e suporte utilizados pelas famílias da Barra do Rio durante uma enfermidade ou outros problemas limitantes do ponto de vista do processo saúde e doença.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar e descrever as redes de apoio e suporte sociocultural utilizados pelas famílias da Barra do Rio;
- Identificar como as famílias utilizam as redes de apoio e suporte;
- Identificar qual o papel das profissionais de saúde enquanto recursos dessas redes de apoio e suporte.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 A pesquisa

A ciência pretende representar a realidade a partir da cognição de forma objetiva (TESSER; LUZ, 2002). Na busca por imagens fiéis da realidade, a ciência desconfia dos sentidos, embasando-se numa linguagem específica para representar a natureza. O discurso científico define-se superior a outras formas de representação da realidade, alegando não conter dogmas em seus resultados, pois suas representações caracterizam-se por serem provisórias: as teorias vigentes são hipóteses ainda não refutadas. No entanto, para manter a especificidade do discurso científico, o dogma se estabelece no método. Os fenômenos que se prestam à abordagem pelo método científico são definidos como científicos, ou seja, reais. Outros fenômenos, que estejam além da capacidade de verificação do método científico, são definidos como não-científicos, sem interesse para a representação científica da realidade. A linguagem científica costuma aderir mais facilmente aos fenômenos quantificáveis em razão de seu método (ALVES, 2003).

As tentativas de estudar as facetas não-quantificáveis da realidade constituem as pesquisas qualitativas. As pesquisas qualitativas costumam ser criticadas quanto a sua cientificidade pela imprecisão que lhes é característica, admitindo a impossibilidade de representar objetivamente uma realidade externa, e por suas conclusões não serem generalizáveis além de um dado contexto. Porém, avançam à medida que estabelecem condutas mais precisas para sua orientação a cada passo e abordam uma porção significativa do que é real. Essa realidade não-quantificável compreende os motivos pelos quais as pessoas agem, inclusive pelos quais fazem ciência (ALVES, 2003; MINAYO, 1994).

As famílias, incluindo seus membros cuidadores e sob cuidados, constituem-se em sistemas sociais cujas relações são estabelecidas através de redes sociais. As redes sociais são, por sua vez, sistemas de conversações nos quais se criam consensos, inclusive no tocante aos comportamentos frente ao processo saúde-doença. As narrativas criadas ao longo do processo de adoecer, a partir do contexto sócio-cultural das famílias e suas redes, contribuem para a realização de determinadas escolhas visando resolver os eventos de doença, possibilitando a reconstrução de um itinerário de cura e cuidado ao se resgatar a seqüência de ações desenvolvidas e seus significados nesse processo (MATURANA, 1997; SLUZKI, 1997; ALVES, 2003).

Desse modo, o estudo que propomos demanda um método qualitativo para que nos aprofundemos no conjunto dos significados das ações empreendidas nos itinerários de cura e cuidado, os quais são desenvolvidos através das relações humanas compreendidas pelas redes sociais (MINAYO, 1994).

Para se compreender um fenômeno na visão da ciência, seja qualitativa ou quantitativamente, a explicação científica envolve não apenas descrever o fenômeno em questão, mas, essencialmente propor um mecanismo que possa gerá-lo. Mais ainda, o mecanismo proposto deve ser aplicável para a explicação de outros fenômenos observáveis. O mecanismo explica o que acontece com o sistema que constitui o fenômeno com base na estrutura do fenômeno, isto é, com base nas relações entre seus componentes. Assim, o que acontece com o sistema do fenômeno gerado pelo mecanismo proposto depende dos componentes que fazem parte da estrutura do fenômeno observado (MATURANA, 1997).

Ao descrever e propor mecanismos para um sistema, deve-se definir o que se considera como significativo para os propósitos do estudo. Isso implica um processo de recorte do sistema a partir do conjunto de sistemas supra-ordenados que incluem o sistema estudado, a partir do conjunto de sistemas subordinados que fazem parte do sistema estudado e, do conjunto de sistemas intersectantes que compartilham apenas alguns elementos com o sistema estudado. As margens estreitas para que esse processo não se torne exaustivo ou pouco representativo deve-se especificar os limites do sistema estudado. Tais limites são estabelecidos pelo observador que identifica quais os componentes, relações e qualidades do sistema são pertinentes ao estudo. Desse modo, o observador passa a estar, ele mesmo, incluído no sistema (SLUZKI, 1997).

As definições desses parâmetros no estudo implicou na delimitação dos sistemas estudados. Isso é possível a partir da compreensão da realidade sócio-cultural na qual os sistemas se incluem. Assim, o local de realização preferencial do estudo é o próprio contexto onde se dá o fenômeno a ser observado (PATRÍCIO, 1999). Neste caso, a escolha recaiu sobre as famílias do bairro da Barra do Rio em Balneário Camboriú – SC, a escolha deu-se devido a facilidade de acesso pelos pesquisadores, já que um dos componentes do projeto articulado sobre Itinerários de cura e cuidado, em que este estudo encontra-se inserido, é um dos médicos do Programa Saúde da Família na equipe da localidade da Barra do Rio. Além disso, dentre os campos de estudo cogitados, este apresentava maior facilidade de acesso para os pesquisadores devido a proximidade.

Diante da complexidade inerente ao fenômeno a ser estudo e suas múltiplas conexões com o contexto das relações humanas na comunidade, o referencial metodológico escolhido

foi o Referencial Holístico-Ecológico de Patrício(1999). Utilizando esse referencial procuramos pesquisar os itinerários que formam as redes de apoio e suporte, identificando suas possibilidades para o viver saudável. Dentre as técnicas compreendidas por esse referencial, a abordagem do contexto específico das redes sociais das famílias da Barra do Rio permitiu que optássemos pelo estudo de caso, além de conseguirmos realizar a coleta de várias referências para um embasamento teórico, envolvemos teorias e estudos prévios relacionados com família, cuidado, cuidador, redes de apoio e aspectos culturais que envolvem os itinerários de cura e cuidado.

Esses referenciais foram complementados por informações sobre a comunidade onde foi realizada a pesquisa, incluindo dados históricos, geográficos, demográficos, epidemiológicos e sócio-econômicos, a serem obtidos de fontes secundárias.

Uma vez iniciada a introdução ao trabalho de campo, desenvolveu-se a entrada no campo, quando fomos realizar o reconhecimento do local de estudo, neste fase do estudo identificamos e contactamos com os possíveis sujeitos envolvidos no estudo conforme recomenda (PATRÍCIO, 1999).

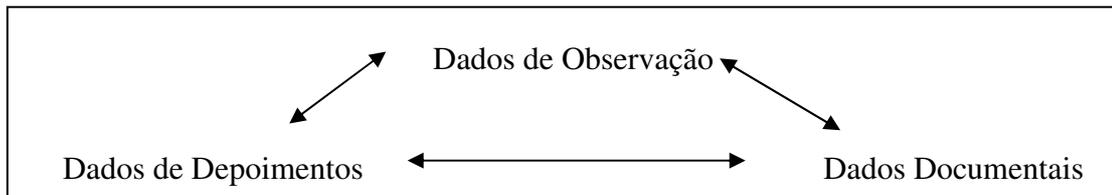
A amostra foi do tipo intencional, sendo a escolha desta feita pelos pesquisadores a partir de informações obtidas com os profissionais da unidade básica de saúde da Barra do Rio, mais especificamente com um dos médicos da equipe de saúde da família, que por sua vez também é aluno do mestrado e componente deste projeto articulado, além de algumas agentes de saúde. Após alguns encontros e discussões em grupo fizemos a escolha das primeiras famílias, que caso concordassem participariam do estudo. Foram escolhidas famílias que se enquadravam no perfil desejado para participar no estudo, ou seja famílias que tinham pessoas dependentes de cuidados em seus domicílios ou que tivessem pessoas envolvidas no cuidado a outras pessoas durante o processo de saúde/ doença.

Ao iniciarmos a etapa de coleta de dados, primeiramente mantivemos contato com as possíveis famílias participantes do estudo, afim de definir os horários e locais convenientes para os encontros com o pesquisador.

No dia previamente agendado com as famílias nos apresentamos ao informantes, assim como aos possíveis colaboradores, foram expostos os objetivos do trabalho, fizemos os esclarecimentos necessários e solicitamos que os mesmos assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido(Anexo 1).

Cabe ressaltar que antes do primeiro contato com as famílias para possíveis entrevistas o projeto foi apresentado à coordenação da Unidade Básica de Saúde da Barra do Rio, a fim de que obtivéssemos seu consentimento para a realização do estudo.

Os dados foram coletados no período de outubro de 2004 a dezembro de 2004 através da observação sistemática das pessoas e ambientes que circundavam as famílias em questão, com estas foi realizado uma entrevista com um roteiro semi-estruturado, sendo que os discursos foram gravados e transcritos logo após as entrevistas este momento denomina-se “ficando no campo” (PATRÍCIO, 1999). Nesta etapa utilizamos os procedimento que segundo Víctora, Knauth e Hassen, (2000) compõem a triangulação de informações.



Os instrumentos utilizados para realização das técnicas citadas, formam o arsenal organizado e preparado pelo pesquisador antes ou durante as primeiras observações e contatos com os informantes e a localidade ou espaço escolhido para o estudo. Além dessas técnicas, é importante que o pesquisador saiba o que ouvir, olhar e escrever, visto que são os órgãos dos sentidos, e o treinamento dos mesmos para a pesquisa, que fazem com que o pesquisador consiga realmente examinar todos os sentidos e significados de um fato ou fenômeno social. (OLIVEIRA, 1998). Para auxiliar o pesquisador neste processo, é fundamental organizar com cuidado um diário de campo, um bom roteiro de entrevistas e de observação. Entre os antropólogos a construção deste instrumental ocorre na maioria das vezes durante as observações de reconhecimento da área de estudo, e de potenciais informantes, bem como na apresentação do projeto aos grupos interessados no estudo.

Segundo o referencial metodológico adotado, o processo de analisar os dados é paralelo à sua coleta. Com isso, à medida que novos dados são coletados, estes passam a influenciar a análise dos dados prévios, podendo redirecionar as análises já feitas ou indicar a necessidade de se obter informações complementares. Ao longo desse processo, os dados em análise podem ser retomados junto à suas fontes para validação e esclarecimentos necessários, podendo-se prosseguir a coleta de dados até que se identifique sua saturação, indicada pela repetição dos dados obtidos (PATRÍCIO, 1999).

A análise das entrevistas seguiu a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa análise partiu dos depoimentos coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturada, essas entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas e transcritas

literalmente logo após as entrevistas. O roteiro de entrevista semi-estruturado utilizado (Anexo 2) foi desenvolvido a partir do utilizado por Silva; Scholze; Fagundes (2004) em seu estudo com Agentes Comunitários de Saúde. Cabe ressaltar que este foi submetido a um pré-teste, onde constatou-se que não haveria necessidade de adequações, já que o mesmo na forma que se encontrava atingia os objetivos propostos pelo estudo.

A partir dos dados coletados através das entrevistas, assim como das observações sistemáticas feitas durante a visita às famílias, elaboramos os Discursos Do Sujeito Coletivo (DSC) para cada uma das perguntas feitas. O DSC busca, inicialmente, as representações que cada informante apresentou a partir de cada pergunta do roteiro de entrevista. Para isso, identificam-se expressões-chave, uma figura metodológica constituída por trechos selecionados dos depoimentos. Essas expressões-chave também podem demonstrar as ancoragens do discurso de cada informante para cada pergunta respondida, relacionando-o com as experiências prévias, pressupostos e teorias que o embasaram (SIMIONI; LEFÈVRE; PEREIRA, 1996).

A seguir, as idéias centrais e ancoragens identificadas nos depoimentos de cada informante foram listadas conjuntamente para cada pergunta respondida. Com isso, pode-se chegar ao discurso do sujeito coletivo, ou seja, um discurso que sintetiza as falas de todos os indivíduos entrevistados, encadeando-se as expressões-chaves de forma coerente. O DSC é construído pelo pesquisador, o qual reúne diferentes fragmentos dos discursos individuais, transformando-os em uma macroproposição. Desse modo, o DSC constitui-se daquilo que um indivíduo respondeu e das contribuições feitas por outros membros da mesma coletividade, mas que poderiam ter sido daquele primeiro, já que todos compartilham do mesmo imaginário.

O momento denominado “saída do campo” Patrício (1999) ocorreu quando consideramos que as informações obtidas eram suficientes para a análise do processo. Cabe ressaltar, que ao findarmos o estudo temos a intenção de realizar encontros com os profissionais de saúde das equipes do PSF e entre as famílias participantes do estudo para uma devolução dos dados, temos a intenção de fazer isto através de uma dinâmica de sensibilização, sendo que esta fará parte do estudo elaborado por um dos membros do projeto articulado como dito anteriormente.

2.2 Procedimentos éticos

Este estudo faz parte de uma pesquisa articulada com três mestrados do Programa de Pós- Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí. Todos os estudos foram realizados na mesma localidade, com os mesmos informantes e no mesmo período de tempo.

De acordo com a resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, as normas éticas norteadoras deste trabalho serão as seguintes:

- Obtenção de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos do estudo;
- Orientação dos sujeitos sobre a pesquisa, em linguagem acessível e garantindo-lhes de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia do estudo, liberdade de recusar a participação ou de retirar-se em qualquer fase do estudo;
- Garantia de sigilo que assegure a privacidade de dados confidenciais;
- Garantia de que os seres humanos envolvidos seriam tratados com dignidade, e que sua autonomia seria respeitada.
- Garantia de que danos previsíveis serão evitados e de a pesquisa ter relevância social, com vantagens significativas para os sujeitos e minimização do ônus para os mesmos, garantindo igual significação dos interesses envolvidos;
- Obediência ao processo metodológico específico do estudo, prevendo procedimentos que assegurem a privacidade e proteção da imagem dos sujeitos;
- Respeito aos valores culturais e sentimentos expressados pelos sujeitos;
- Garantia da inexistência de conflitos de interesses entre pesquisador e sujeitos.

Esses princípios foram apresentados aos participantes no momento do convite para a participação no estudo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

3 EMBASAMENTO TEÓRICO

3.1 Sistema Único de Saúde – SUS

A revisão de literatura relacionada ao SUS descrita abaixo está fundamentada nos seguintes documentos, Brasil (1990; 1996; 2001; 2002). No Brasil colônia a assistência à saúde era vista como um ato de misericórdia e instrumento utilizado pelos jesuítas para evangelização.

Na Segunda metade do século XVII são implantados os hospitais militares para dar assistência as tropas visto que as Santas Casas não eram capazes de fazê-lo. Com a vinda da família real para o Brasil em 1808 há a implantação do ensino médico após a inauguração da primeira escola de medicina para cirurgiões militares em Salvador.

A partir de 1850 algumas províncias começam a coletar dados que demonstram que a saúde da população era bastante precária, constituindo um quadro mórbido com altos índices de doenças infecto contagiosas como: cólera, peste, febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e febre tifóide, isto vinha refletindo na economia agrária – exportadora.

Em 1903 com a nomeação de Oswaldo Cruz para o cargo de diretor de Saúde Pública da-se início às primeiras campanhas de saúde pública, com vacinação obrigatória, mata mosquito e limpeza urbana, visando o saneamento da cidade do Rio de Janeiro. As campanhas pensadas e executadas, no entanto, não foram recebidas tranqüilamente pela população, gerando uma verdadeira guerra civil é no RJ.

Após a Primeira Guerra Mundial surge então no Brasil, um novo ciclo de expansão da economia cafeeira, gerada pela escassez de mão de obra, neste momento um intenso debate é travado entre trabalhadores que desejam redução de jornada de trabalho e criação de leis que regulamentem aposentadorias e benefícios.

Em virtude disto, em 1923 é promulgada a Lei Elói Chaves, criando as Caixas de Aposentadorias e Pensões(CAPs). A primeira a ser criada é dos ferroviários.

Em 1930 ocorre de forma concomitante a implantação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a criação do Ministério de Educação e Saúde neste momento se demarca a saúde pública, oficializa-se também a dicotomia da assistência médica no Brasil. A tônica do Ministério da Educação e Saúde continua sendo de concepção campanhista e de combate a determinadas endemias. Em 1937, é instituído o serviço de malária na Baixada Fluminense (RJ).

Na década de cinquenta, como consequência da intensa urbanização, ocorre o predomínio da medicina previdenciária sobre a saúde pública, gerando intensa mudança nos padrões de assistência à saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, cresce o complexo médico-hospitalar dando ao setor de saúde um novo dinamismo. A saúde passa a ser um subsetor da produção industrial, comercial e empresarial. Há um crescimento das indústrias transnacionais de fármacos e equipamentos, a esfera pública instala os grandes hospitais previdenciários, além dos hospitais de ensino.

Aumenta também o complexo médico – hospitalar através da contratação pelos institutos de leitos de hospitais privados. Esta medida conta com o apoio decisivo da Associação Médica Brasileira (AMB), que legitima o surgimento dos novos hospitais, justificada pelos princípios liberais da atividade médica.

Neste período de pós – guerra, cria-se o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tem como função principal proteger atividades estratégicas como a extração da borracha. O Ministério da Saúde, criado em 1953, mantém praticamente a estrutura do antigo Departamento Nacional de Saúde.

Em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que busca centralizar as atividades anteriormente realizadas de forma fragmentada. O financiamento em sua maior parte, baseia-se na arrecadação previdenciária, o que permite um sistema hospitalar empregador de mão de obra especializada e consumidor de insumos produzidos pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos. O período de 1950 a 1960 ficou conhecido pela tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno.

As políticas de saúde da época exprimiam uma dicotomia entre modelo campanhista e o modelo curativista dominante nos serviços de atenção médica, também burocratizada e ineficaz em face aos crescentes problemas de saúde das populações urbana e rural.

A justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, reinantes nos programas e serviços de saúde, foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que desencadearam a dicotomia entre saúde pública e atenção médica individual.

No período do Estado Militar(1964-1984), compreende os vinte anos de ditadura militar, cortado por algumas conjunturas específicas, sobre tudo no que se refere às políticas de saúde. Em 1964, o quadro político do país sofre uma solução de continuidade que se reflete imediatamente nas estruturas previdenciárias.

Diminui a representação dos trabalhadores que posteriormente é banida. O regime militar privilegia, na condução dos órgãos previdenciários, três grupos com interesses

comuns: proprietários de hospitais e clínicas credenciadas, grandes empresários e os antigos burocratas dos institutos favoráveis à limitação dos benefícios.

Neste período se estabelece no Brasil, uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores. Realizando uma síntese nova e perversa. Reorganizando os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República, e os modelos curativos da atenção médica previdenciária do período populista.

A centralização e a concentração do poder institucional foi a tônica principal, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem antecedentes no país.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967, resulta da fusão dos antigos IAPs. Mesmo com a forte influência da concepção privatizante, essa tendência não se manifesta de imediato. À medida que os anos passam, percebe-se claramente o privilégio das clínicas particulares na concentração dos serviços pela previdência. A rede pública com raras exceções é mantida com a mesma capacidade instalada antes de 1964 ou experimenta redução e se especializa em cuidados que exigem alta complexidade de recursos e altos investimentos, onde aprofunda-se o fosso entre medicina curativa e a coletiva. Os recursos destinados ao Ministério da Saúde são reduzidos, aumentando assim a falta de ações preventivas.

A falta de legitimidade e os baixos níveis de saúde da população levam a vitória da oposição nas eleições de 1974, é criado então o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1975 é implantado o Plano de Pronta Ação (PPA), visando atender as reivindicações por melhores condições de vida. É acompanhado pela Lei de Sistema Nacional de Saúde nº 6.229, que estabelece a assistência médica como responsabilidade do MPAS; a assistência de saúde preventiva das secretarias e estaduais; e atendimento de emergência atribuição das secretarias municipais de saúde.

Embora o PPA enfatize o serviço público, a rede privada é contratada, principalmente para os casos de urgência e de internações. No período de 1968 à 1975, a política de saúde gerou efeitos institucionais e sociais sérios, destacando-se a predominância de um sistema de atenção médica “de massa” (massificaste), sobre uma proposta de medicina social e preventiva. Constituído por proprietários de empresas médicas centrada na lógica do lucro, sendo em grande parte subsidiado pelo Estado. Ainda em 1975, o país assiste ao fim do milagre econômico brasileiro. As condições de saúde da população agravaram-se; o perfil de morbi-mortalidade está mais complexo, conjugado às doenças crônico-degenerativas as

doenças infecto-parasitárias; tem-se o crescimento da tuberculose, desnutrição e altas taxas de mortalidade infantil, isto devido as péssimas condições sanitárias e nutricionais a que a população foi exposta.

A partir de 1976, o governo reconhece a crise no setor de saúde. O ministério de saúde desenvolve dois programas: o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

Em 1978, cria-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em substituição ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a finalidade de coordenar as atividades médicas do Ministério. O INAMPS reafirma a hegemonia da assistência médico-individual, voltada para os trabalhadores urbanos ligados ao processo de industrialização.

Em 1979 o Departamento Nacional de Endemias Rurais é substituído pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública(SUCAM), mais uma tentativa no combate as endemias rurais.

No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) identificava-se com a crise do regime. A partir de 1983, a sociedade civil organizada saiu para as ruas para solicitar, junto ao Congresso, novas políticas sociais que pudessem assegurar a todos os brasileiros, plenos direitos de cidadania, inclusive direito à saúde também como dever do Estado.

A mobilização social e crescimento da oposição levam os Ministério da Saúde e da Previdência Social a criar o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o Prev – Saúde, este busca-se a reestruturação e ampliação dos serviços básicos de saúde e também das áreas de saneamento e habitação. Fundamenta-se nas propostas difundidas pela organização mundial de Saúde – OMS, sancionadas pela conferência de Alma – Ata, em 1978, na qual se reconhece que atenção primária e participação comunitária são estratégias para se alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000.

As idéias são incorporadas e defendidas pelos técnicos do Ministério da Saúde, sendo elas a integração das medidas preventivas e curativas; a participação comunitária nas decisões políticas de saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços; a unificação do comando dos serviços públicos de saúde. Este período (1982 à 1986) é marcado pela reorganização do país em direção a um Estado direito, desenvolve-se lentamente e de forma conflituosa. Destaca-se o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e, a luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes destes interesses.

Isto se dá tanto nos ministérios e no congresso, quanto nos hospitais, ambulatorios e unidades municipais de saúde.

O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, criado em 1982, com o objetivo de instituir medidas de racionalização da prestação de assistência médica por parte da Previdência Social, assume um papel definido das políticas de assistência a saúde, disciplinando o atendimento médico-hospitalar entre os serviços conveniados, sustentando a autorização de novos credenciamentos e privilegiando o aumento da capacidade instalada dos serviços públicos. Reconhece a responsabilidade do Estado na condução da política de saúde; buscou-se a extensão da cobertura dos não – previdenciários; criam-se critérios de regionalização e hierarquização, com integração em uma mesma rede dos serviços federal, estadual e municipal. As ações integradas de saúde – AIS reconhecem a legitimidade da participação dos vários seguimentos sociais na definição das necessidades, no encaminhamento de soluções e na avaliação do nível da assistência prestada.

As transformações pelas quais passa a sociedade brasileira trazem uma maior aglutinação dos grupos interessados em mudanças que visem a priorização da rede pública e básica. No final da década de 70 e princípio de 80 surge o movimento sanitário que se caracterizou por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente. Aos poucos foi se ampliando com adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais e populares, profissionais universitários e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que discutiram e elaboraram as bases teóricas do projeto de transformação. Propuseram um sistema público, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas e com democrática participação da população.

Em 1979 o CEBES apresentou o projeto denominado “Sistema Único de Saúde”, influenciado pela conferência de Alma-Ata o Ministério de Saúde (MS) lança em 1979 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e em 1980 o Prev-Saúde.

Em 1982 um novo projeto chama-se Ações Integradas de Saúde (AIS) o que podemos chamar o embrião do SUS. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 é o marco histórico da reforma sanitária brasileira, contou com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas entre técnicos, estudiosos, políticos, lideranças sindicais e representantes da sociedade civil.

O relatório desta conferência reconhecia saúde como um direito básico do cidadão e como dever do Estado, entendendo o conceito de saúde de forma ampliada na qual “saúde é a

resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde”. (Brasil, 1986,188).

Em 1988 a nova Constituição brasileira finalmente criou o Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se ressaltar que houve muita resistência em aceitar tal fato, uma vez que o modelo médico assistencial privatista privilegiada determinados grupos sociais. Porém para a implantação do SUS era necessária a formulação de leis, então somente em 1990 é que foram aprovados as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) 8080 e 8142 que regulamentam o SUS. Para compreender as propostas do SUS são seus princípios que estão descritos no Art. 7º da Lei nº 8080/90:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos individuais e coletivos, exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Participação da comunidade;

Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços

de saúde.

Já a lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta lei cria as Conferências de Saúde como instância colegiada consultiva e os Conselhos de Saúde em caráter permanente e deliberativo, devendo estes serem constituídos de forma paritária, tanto nas conferências quanto nos conselhos os usuários tem cinquenta por cento de representação.

Em 1993 é redigida a primeira Norma Operacional Básica (NOB/SUS – 93) que definiu as formas de gestão e de repasse de recursos para os municípios. Em 1996 foi publicada a NOB/SUS-96 que teve como principal finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus município (...), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS e buscando a plena responsabilidade do poder público municipal”.

Não podemos deixar de citar também na Emenda Constitucional nº 29/2000 que pela primeira vez assegura recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos

de saúde. Importante avanço visto que de 2001 a 2004 haverá um investimento progressivo de municípios, estados e federal na área da saúde devendo em 2004 atingir 15%, 12% e 15% respectivamente do produto da arrecadação de impostos.

Em 2001 recém publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS) é um conjunto de estratégias para ampliar a responsabilidade dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para avançar no processo de descentralização.

Observa-se que a história do Brasil é muito rica , cheia de avanços e retrocessos como o movimento das marés, os avanços fruto de anos de luta que iniciou muito antes da Reforma Sanitária Brasileira. Quanto ao presente, acreditamos que é preciso continuar lutando e se faz necessários garantir mais espaços de participação popular para construirmos um coletivo crítico e defensor do SUS.

3.2 O Programa Saúde da Família - PSF

3.2.1 Diretrizes atuais do PSF

O modelo do PSF é dirigido não somente para a cura e prevenção de doenças, mas, sobretudo, é voltada a promoção da saúde e incremento da qualidade de vida, valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade. Seu objetivo é melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Incorporar os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, ao Sistema Único de Saúde, significa contribuir na consolidação, bem como na construção de novo modelo assistencial mais compatível às necessidades da população (MARQUES, A ; LÚCIA,V, 2002).

As diretrizes a seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família nas unidades básicas serão operacionalizadas de acordo com as realidades regionais, municipais e locais. Os quais são:

- **Caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização.**

A Unidade de Saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde

destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades para promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. A unidade de saúde representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos, denominados postos de saúde, poderão estar sobre a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de saúde da família. Esta caracteriza-se como sendo a “porta de entrada” dos usuários desse sistema ao local de saúde. A Reforma Sanitária e a criação de um novo programa de saúde não significam a criação de novas estruturas assistenciais, exceto em áreas desprovidas, mas sim a substituição das práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância e saúde.

- Adscrição da clientela

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sobre sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. Este critério deve ser flexibilizado em razão da diversidade sócio-política e econômica das regiões, levando-se em conta fatores como densidade populacional e acessibilidade aos serviços, além de outros considerados como de relevância local.

- Cadastramento

As equipes de saúde deverão realizar o cadastramento das famílias através de visitas aos domicílios, segundo a definição da área territorial preestabelecida para a discrição. Nesse processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais das áreas onde essa famílias estão inseridas. Essa etapa inicia o vínculo de unidade da saúde/equipe com a comunidade a qual é informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

- Instalação das unidades de saúde da família

As unidades de Saúde de Família deverão ser instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com a programação municipal em áreas que não possuem nenhum equipamento de saúde. Por sua vez, a área física das unidades deverá ser adequada a nova dinâmica a ser implementada. O número de profissionais de cada unidade deve ser definido de acordo com os seguintes princípios básicos: capacidade instalada da unidade; quantitativo populacional a ser assistido; enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; integralidade da atenção e possibilidades locais.

- Composição das equipes

É recomendável que a equipe de uma unidade de Saúde da Família seja composta, no mínimo, por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Outros profissionais de saúde poderão ser incorporados a essas unidades básicas de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais, devendo estar identificados com uma proposta de trabalho que exige criatividade e iniciativa para trabalhos comunitários em grupo.

- Atribuições das equipes

As atividades deverão ser desenvolvidas de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. Assim, as equipes de Saúde da Família devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção a saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados a melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.

3.3 Cuidado, família e cultura

Para Waldow (1995) cuidar significa comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer. O cuidado é entendido como fenômeno resultante do processo de cuidar. Segundo a mesma autora o cuidado humano consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar; portanto o cuidado consiste em atender o ser humano em toda a sua integralidade, como ser contextualizado num universo em constante movimento, sendo o cuidado uma expressão de nossa humanidade, algo essencial para nosso desenvolvimento e realização como seres humanos.

A atividade do cuidado é definida por Leininger (2000) como um fenômeno abstrato e concreto relacionado com a assistência, o apoio ou a capacitação de experiências ou de comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou forma de vida. Para Oliveira(2002) o ato de cuidar surge da incapacidade de um indivíduo para o cuidado consigo mesmo de forma independente, assumindo uma atitude passiva diante da atividade do cuidador.

Ao discorrerem sobre cuidar, cuidado e família Marcon et al.(1998) afirmam que cada vez mais as famílias tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros, entretanto em muitas situações a capacidade da família para cuidar de seus membros ou de seu grupo como tal, pode estar comprometida, diminuída ou ausente em determinadas situações ou fases da trajetória familiar.

Andrade apud Sena et al. (2000) afirma que o cuidador familiar, na maioria das vezes assume um papel solitário podendo levar a deterioração física e emocional do mesmo. Estas constatações nos levam a ratificar a necessidade de ações voltadas aos cuidadores domiciliares com o intuito de eliminarmos ou minimizarmos estes efeitos que como podemos perceber transcendem o aspecto meramente físico.

Segundo Marcon et al. (1998) o cuidado prestado pela família no domicílio costuma ser prolongado e quase sempre intransferível, sendo assim faz-se necessário a adoção de ações que possam contribuir com a diminuição do impacto da doença sobre a família.

De acordo com Padilha et al. (1994), são poucos os familiares que desempenham sem dificuldades o papel de cuidador, esta situação, por vezes, pode exigir mais da equipe de saúde, que necessita estar alerta e muito bem capacitada para promover ações no domicílio da clientela e poder prestar os cuidados, respeitando as diferentes culturas e compreendendo o

ambiente familiar.

Para Budó, (2002); Monticelli, (1997); e Elsen, (2002), o cuidado familiar é fortalecido pela rede de suporte social formada por parentes, amigos e vizinhos, sendo um fenômeno que se constrói ao longo da vida familiar e do processo de cuidar, e portanto, é aprendido, reconstruído e modificado segundo as experiências de cada um de seus membros.

Em seus estudos Capra (1982) tenta descrever e interpretar os caminhos e as rotas de auto-ajuda, mostrando que o sistema médico não é formado por uma única possibilidade, visto ser ele um grande sistema com distintas alternativas de assistência à saúde(SILVA, 1990, 1994, 1995).

Isto demonstra a autonomia das pessoas quanto ao que acreditam e buscam a cura e o cuidado de si, sendo importante lembrar da necessidade do reconhecimento destas crenças e vivências pelos sistemas oficiais de saúde. Ratificamos também a necessidade de observarmos que na busca por terapêuticas, é possível contar com a existência de um sistema informal, um sistema popular e um sistema profissional de saúde, cada um deles definindo quem cura e quem é paciente e as alternativas possíveis para a prevenção, cuidado e a cura. (HELMAN, 1994).

Nesta perspectiva ao pensarmos em família como foco de atenção de nossos cuidados não podemos deixar de considerar que as pessoas possuem uma história interna, que se constrói através do seu tempo de vida e se transforma continuamente no âmbito de suas relações de gênero, de geração, bem como de seu contexto social, e que precisam ser consideradas quando nos propomos a intervir junto a estas (MIOTO, 1999).

De acordo com Denti (2000) a família é um grupo social, que possui peculiaridades e habilidades articuladoras entre os seus membros e outras famílias, sendo que essas tem com a possibilidade de escolher as melhores alternativas para o crescimento individual e de seu grupo. Em nosso entendimento essas peculiaridades devem ser considerados pela equipe, quando essa tem o objetivo de propor ações /intervenções que digam respeito a prevenção, cuidado e tratamento no domicílio.

Desta forma não podemos ver as famílias sob nossos cuidados como aquela que cumpre as ações estabelecidas pelos profissionais de saúde, nesta concepção o cuidado passa a ser definido a partir do mundo de significados de cada família ao longo do seu processo de viver(ELSEEN,1984).

De acordo com Denti(2000), quando ofertamos receitas prontas para todos os tipos de problemas, estamos subjugando a capacidade e os recursos intrafamiliares, além de estarmos desestimulando a possibilidade de que estes saberes se tornem cada vez mais fortes, mais

eficazes e mais seguros.

Segundo Althoff, Elsen e Laurindo (1998) ao discorrerem sobre a importância da utilização de um marco teórico, como referência para o atendimento das necessidades das famílias, as autoras ratificam a importância da compreensão, de que as famílias tem seus próprios referenciais para definir a saúde de seus membros.

Em suas investigações Beltrame (2000) concluiu que toda a cultura humana tem conhecimentos e práticas de cuidados populares, sendo esses conhecimentos repassados de geração em geração e que apesar dos avanços científicos estas práticas são mantidas e praticadas de forma eficiente e eficaz, tornando-se fundamental que os profissionais da saúde as conheçam para que possam desenvolver ações de cuidados associados ou complementares a estes cuidados populares / informais.

De acordo com Boehs (2002) o fator cultural na saúde/doença, antes considerado como fator secundário, recentemente tem começado a receber mais atenção dos profissionais da área da saúde, principalmente aqueles que se preocupam com a prevenção. Muitos profissionais aos poucos estão constatando que não basta somente colocar serviços à disposição das pessoas, é possível que em um futuro próximo, talvez seja necessário apontar distintas opções para que as pessoas possam fazer suas escolhas de acordo com a sua própria valoração e decisão quanto a conveniência da utilização dos serviços formais de saúde oferecidos.

Leininger citada por Santos, Prado e Boehs (2000) afirma que cultura refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida apreendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de forma padronizadas.

Conforme Cuche (1999) a noção de cultura surgiu no século XX por volta dos anos 20, porém ela é muito anterior a este período e faz parte da linguagem clássica e linguagem moderna das Ciências Sociais, Humanas e também da Saúde. A origem do conceito remonta o final do século XVIII na Alemanha, embora o uso semântico da palavra já fosse conhecido na França. Neste período a palavra “cultura” foi associada à idéia de progresso, evolução e educação, embora tenha sua origem no latim significando o cuidado dispensado ao campo ou ao gado.

Na área da saúde um conceito de cultura muito importante foi utilizado por Malinowski(1976) que tratou a questão a partir da perspectiva de que as necessidades humanas é que levem a respostas ou intervenções culturais durante o processo saúde e doença ou qualquer outro fenômeno que modifique o cotidiano das pessoas na família.

Entretanto prestar um cuidado culturalmente congruente com a realidade e segundo a

visão de mundo daqueles que necessitam destes cuidados não é tão fácil visto que as relações humanas são sutis e extremamente delicadas, ou seja nessa perspectiva é preciso aprender a compartilhar de forma respeitosa e humana os pontos de vista, princípios, crenças e valores das pessoas, ainda que não se pretenda ter as mesmas idéias e referências, enfim é preciso não julgar (ALMEIDA ; KANTORSKI , 2000). Segundo estas mesmas autoras o cuidado cultural coerente só acontecerá quando os valores e as práticas culturais das outras pessoas forem conhecidas e utilizadas de maneira significativa pelos profissionais envolvidos com o cuidado.

Conforme Boehs (2002) a utilização de uma teoria com base na antropologia gera a possibilidade de aproximação entre o mundo do paciente do mundo do profissional da saúde além disso fomentar a produção do conhecimento. Para a autora, atualmente o grande desafio dos profissionais de saúde que se aventuram pelos caminhos da antropologia para cuidar do ser humano é certamente aprender a observar com um olhar antropológico, tendo a sensibilidade de saber exatamente o que precisa ser “olhado” de modo a evitar a invasão da privacidade das pessoas a quem devemos prestar ações de cuidados seja individual ou coletivamente.

De acordo com Beltrame (2000), para que se possa prestar um cuidado ou realizar um tratamento fundamentado na perspectiva cultural das pessoas, estes devem estar fundamentados no diálogo e na valorização da cultura das pessoas que precisam de cuidados, assim como na participação das mesmas nas escolhas dos cuidados que receberão. Estas uniões do saber popular com o saber profissional e dos vários conhecimentos ali depositados, nos dão a certeza de que todos os sujeitos desse processo podem participar ativamente no planejamento e nas decisões, pois todos tem o que ensinar e o que aprender.

Segundo esta mesma autora o cuidado cultural deve estar fundamentado no diálogo e na valorização da cultura das pessoas que precisam de cuidados, assim como na participação das mesmas nas escolhas dos cuidados que receberão.

Sendo assim ao desenvolvermos ações/intervenções voltadas a família ou a algum de seus componentes, sejam estas, preventivas, curativas ou de promoção a saúde, as particularidades de cada família devem ser consideradas, pois de acordo com Althoff, Elsen e Laurindo(1998), cada família é única e sujeita de sua própria mudança.

Segundo Silva, Gonçalves e Lemos (2000) a prática assistencial passa por questões éticas e educativas, sendo que a ética nos lembra o respeito às verdades dos outros, cabendo aos profissionais da saúde, cuidar sem rótulos, sem idéias pré-concebidas e sem imposição de valores.

3.4 Redes de apoio e suporte

Ribeiro (2000) ressalta a polissemia da noção de rede, compreendida ou como instrumento analítico direcionado a objetos específicos ou como forma social. Mesmo quando abordada especificamente sob o aspecto de forma social, a noção de rede na atualidade passa a identificar predominantemente formas de organização social, ao contrário de seu sentido clássico indicativo das relações interpessoais que estruturam o tecido social. As redes enquanto organizações sociais tendem a uma ação técnica e instrumental hegemônica, visando a sistematização e burocratização da vida social.

Contrariamente à rede como organização social, nas classes populares as redes sociais existentes visam a defesa de sua sobrevivência, antagonizando as ameaças do capitalismo e das práticas de controle das populações das periferias. Nas redes sociais desenvolve-se o apoio social constituído por “(...) qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos.”(VALLA, 2000, p. 41). Essa concepção de rede na qual se dá o apoio social aproxima-se do conceito de sistema social baseado no amor de Maturana ao implicar a reciprocidade do processo, com benefícios tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior controle sobre suas vidas e maior compreensão da necessidade que cada componente da rede tem do apoio dos outros para a manutenção de sua coerência estrutural para com o meio. (MATURANA, 1997; MINKLER, *apud* VALLA, 2000).

Teixeira (2002) aponta para a necessária diferenciação entre rede social e apoio social, sendo que o apoio pode ou não ser provido pela teia de relações que constitui a rede. O apoio provido pela rede social pode assumir diferentes formas de acordo com as funções da rede, estas são definidas pelo tipo de intercâmbio interpessoal mais intensamente dirigido ao membro que é objeto desse apoio. Sluzki (1997) cita de forma sintética as seguintes possíveis funções da rede: companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos.

Ao exercerem determinadas funções, as redes oferecem apoio que as capacitam a atuarem como mediadoras em situações de estresse, contribuindo para a manutenção ou favorecendo a recuperação da saúde (VALLA, 2000).

A influência das redes e do apoio social sobre a saúde contempla umas concepções sistêmicas de saúde, privilegiando seu aspecto dinâmico, a partir da concepção sistêmica de

vida. Nesse sentido, a saúde de um organismo vivo demanda uma flexibilidade deste sistema vivo em suas relações para com os diversos sistemas nos quais está inserido em seu meio, sejam físicos, sociais, econômicos ou ambientais, de forma a adaptar-se às mudanças no meio que é, por sua vez, influenciado pelas mudanças no organismo. Por outro lado, a doença pode ser compreendida como a perda da integração do organismo levando a sintomas como manifestação biológica desta desintegração (CAPRA, 1996).

Como as redes sociais, incluindo a família, contribuem para a definição das fronteiras do indivíduo e participam de suas relações com o meio, evidencia-se a influência das redes sociais para a manutenção e recuperação da saúde das pessoas. Por sua vez, as condições de saúde da pessoa influenciam a situação de sua rede social. Dessa reciprocidade surgem círculos virtuosos, nos quais a rede é mobilizada em uma contribuição positiva para a saúde, ou círculos viciosos, nos quais doenças e limitações crônicas produzem efeitos negativos, contribuindo para a desintegração da rede (SLUZKI, 1997).

Sluzki (1997) cita pesquisas que demonstraram a influência das redes sociais sobre a saúde, considerando que a rede pode afetar favoravelmente a saúde da pessoa através dos seguintes processos:

- a) a presença de figuras familiares atenua a reação de alarme, o estresse diante do desconhecido como nas situações de doença;
- b) as relações sociais dão sentido e estimulam ações para o cuidado com a saúde, ajudam a continuar vivendo;
- c) a rede é ativada pelos problemas de saúde da pessoa, podendo sugerir a busca de soluções;
- d) atividades de cuidado com a saúde têm sua prática favorecida pela rede, como dieta, uso de medicamentos ou exercício.

A seqüência do estabelecimento das representações sociais é partilhada pelo processo saúde-doença, enquanto representação social. No processo denominado itinerário terapêutico o doente e seu grupo social procedem à escolha, avaliação e utilização ou não de determinada terapêutica, influenciada por seu contexto sócio-cultural.

Os estudos sobre redes sociais influenciaram as concepções sobre itinerários terapêuticos a partir da década de 1970, atribuindo maior importância aos fatores cognitivos e interativos do processo, especialmente quando estão disponíveis opções terapêuticas diversas sem fronteiras definidas entre si, estabelecendo um pluralismo médico (ALVES; SOUZA, 1999).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Caracterização da comunidade da Barra do Rio¹

4.1.1 O Município (Balneário Camboriú)

Em relação à colonização de Balneário Cambóriu, os primeiros relatos dão conta que desde 1758 algumas famílias que moravam na margem esquerda do rio, mas somente em 1826 o colono Baltazar Pinto Corrêa recebeu do Governo da Província de Santa Catarina uma área de terra para cultivo e moradia, na localidade que hoje se chama Bairro dos Pioneiros. Por volta de 1840 foi autorizada pela Arquidiocese de Florianópolis a construção de uma Igreja (Tombada como Patrimônio Histórico Municipal) e, assim criou-se o Arraial do Bom Sucesso. Paralelamente o Governo elevou o local a Distrito do Arraial do Bom Sucesso na localidade da Barra do Rio Camboriú e em 1884 criou-se o município de Camboriú. A forte economia cafeeira encontrou em Camboriú o lugar ideal. Por muito tempo o município foi o principal produtor de café do Estado.(CORRÊA, 1985).

A exploração das jazidas de mármore, granito e calcário também se destacaram na atividade econômica. Foi assim que a sede do município transferiu-se para o Arraial dos Garcias e a antiga sede na Barra como Distrito de Paz. A agricultura era valorizada e a faixa litorânea desprezada.

No final da década de 1920 teve início o processo de desenvolvimento. Em 1926, começaram a surgir as primeiras casas de veraneio, no centro da praia, pertencentes a moradores de Blumenau, em 1928 surge o primeiro hotel e, seis meses após, o segundo empreendimento hoteleiro.

Os alemães do Vale do Itajaí trouxeram para a cidade o hábito de ir à praia como lazer, pois até então só era conhecido o banho de mar como tratamento medicinal ou pesca, os colonos achavam que mandar alguém para a praia era uma ofensa. Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) os alemães mantiveram-se afastados de nossa praia para não serem hostilizados, já que o exército brasileiro usou os hotéis e as moradias da praia como

¹ Este tópico foi elaborado a partir do material de contextualização sobre Balneário Cambóriu, contido no relatório de pesquisa de Silva; Scholze e Fagundes(2004) e do livro de Corrêa(2005).

observatórios da costa brasileira. Com o fim do conflito reiniciou-se o fluxo turístico.

Mas foi na década de 60 que a atividade turística tomou impulso, colocando a cidade como grande centro turístico brasileiro. Em 1959, foi elevada a Distrito e em 1964 foi criado o município de Balneário Camboriú.

Quanto ao nome do município, de origem indígena tupi, há várias citações como: *Camboriasu* em 1779, *Cambarigua-ssu* em 1797, *Camborigu-assu* em 1816, até chegar a uma referência de Henrique Boiteux como *Camborihu*; que significa: Rio de muito robalo ou criadouro de robalo, peixe muito comum nesta região.

Quando, através da Lei n.º 1.076 de 05 de abril de 1884 o município de Camboriú foi criado com sede na localidade da Barra, seu território era de 1.200 quilômetros quadrados, tendo como limite ao sul com o município de Tijucas a oeste o de Brusque ao norte com Itajaí e ao leste com o Oceano Atlântico.

Em 20 de outubro de 1954, foi criado o Distrito da Praia de Camboriú, mas somente cinco anos depois através de uma resolução foi aprovada pela Câmara Municipal de Vereadores, quando a faixa litorânea tornou-se de fato um Distrito da Praia de Camboriú em 04 de novembro de 1959.

Com o avançado crescimento populacional e grande importância econômica o distrito da praia conseguiu eleger 03 vereadores nas eleições e três anos mais tarde foi pedido através do projeto de Lei a criação do município que por cinco a favor e 2 contra foi aprovado, só restava a Assembléia Legislativa Estadual fazer o mesmo. E, em 08 de abril de 1964, com território de 50 quilômetros quadrados e com instalação para 20 de julho do mesmo ano foi criado o Município de Balneário de Camboriú.

Quatro anos após a instalação do município, a Câmara de Vereadores, através da Resolução n.º 11, de 13 de agosto de 1968, resolveu suprimir o “de” de Balneário de Camboriú e o município passou a chamar-se Balneário Camboriú.

Balneário Camboriú localiza-se no Centro do Litoral Catarinense, na Micro Região da Foz do Rio Itajaí-Açú (Figura 1). Sua área é de 50 Km², dividida politicamente em 14 áreas, sendo o centro da cidade, 12 bairros e a região das praias agrestes. Seus limites atuais são: ao Norte, Itajaí; ao Sul, Itapema; a Leste, o Oceano Atlântico; a Oeste, Camboriú. Nesse território vivem 73.455 habitantes.

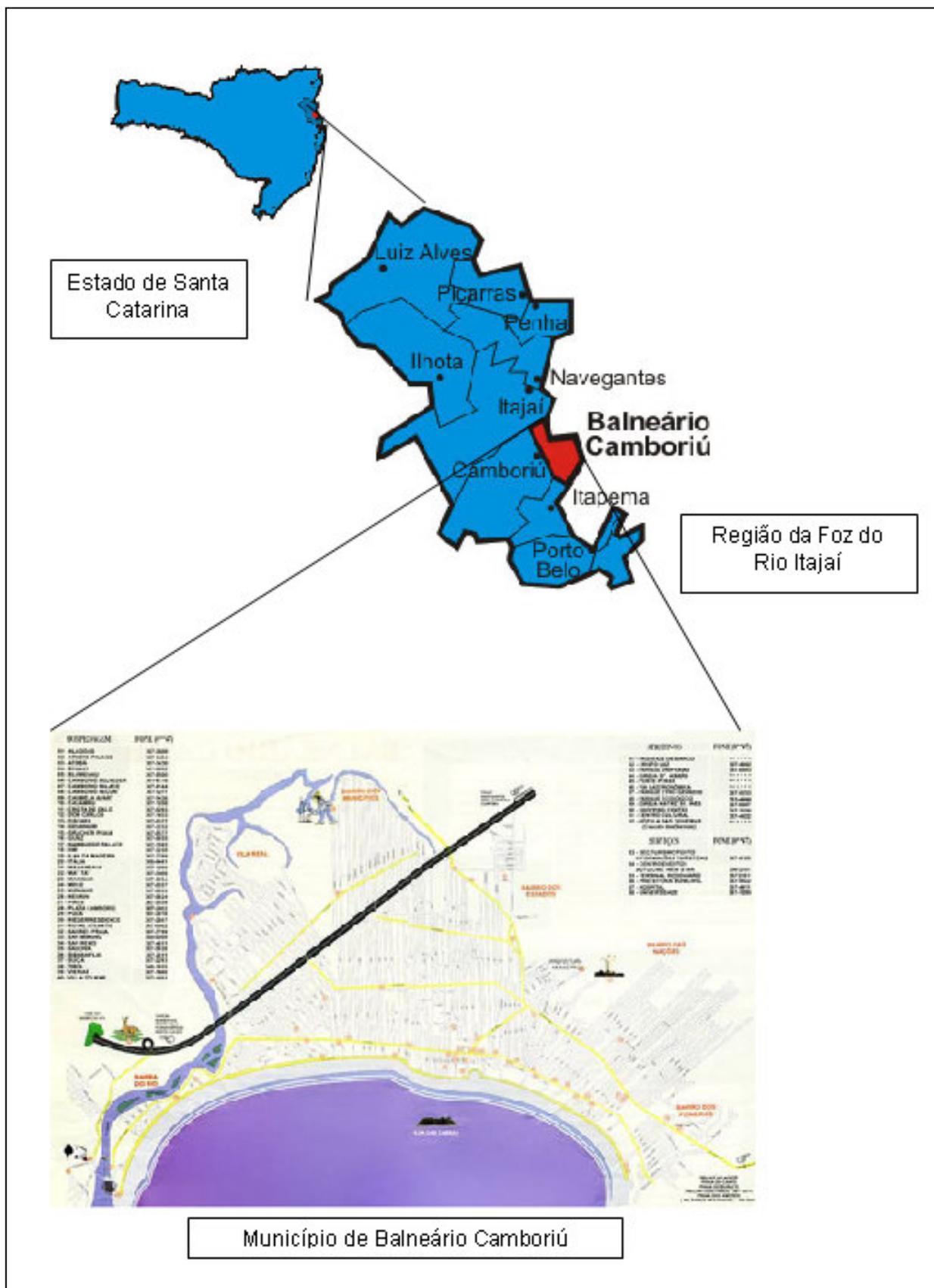


Figura 1 – Mapas do Município de Balneário Camboriú e sua localização no Estado de Santa Catarina .
 Fonte: <<http://www.balneario.sc.gov.br>>

O clima na região é temperado, sendo que de setembro a abril temos meses de maior predominância solar. Nos meses de dezembro a março, a temperatura chega a atingir a máxima de 40° C e a média de 25° C. A precipitação pluviométrica é de 900mm, sendo que de junho a agosto há maior incidência de chuvas. Isso faz com que o inverno seja um período ameno.

4.1.2 O Bairro da Barra

Segundo Rebelo (1997), dos longínquos anos da colonização até hoje, esta localidade que recebe o nome de Barra manteve a tradição dos seus colonizadores. Pois é ali que encontramos o maior número de nativos de Balneário Camboriú. Com total infra-estrutura e planejamento urbano, este bairro é a ligação da Linha de Acesso as Praias, a todas as praias do sul de nosso município. Possui área territorial de 3.389.880,009 m² e população de 4.220 habitantes.

O bairro da Barra do Rio localiza-se na região Sul da cidade, fazendo divisa com o município de Itapema, separado do Centro pelo Rio Camboriú. Ao Oeste limita-se pela BR 101, a qual separa a Barra dos bairros Nova Esperança e Vila Real. A Leste, encontra-se o Oceano Atlântico (Secretaria Municipal de Turismo, 2004).

Nessa região localizam-se o parque Unipraias, atração turística com acesso por bondinhos aéreos partindo da Barra Sul de Balneário Camboriú, que estende-se até a praia de Laranjeiras incluindo áreas sobre os morros à beira-mar. Ao Sul de Laranjeiras, para onde há acesso terrestre pela Interpraias Sul, chega-se às praias de Taquaras, Estaleiro e Estaleirinho e, seguindo pela BR 101, até Mato Camboriú. Outro atrativo turístico é a Igreja de Nossa Senhora do Bom Sucesso, datada de 1857, em estilo português, construída com argamassa de óleo de baleia.

Após a construção da Linha de Acesso às Praias, ou Interpraias Sul, e da instalação do parque Unipraias, o acesso de turistas e moradores do centro tornou-se muito mais intenso. A recíproca ainda não é verdadeira, pois o trajeto para os moradores da Barra até o centro envolve, para aqueles que não dispõem de carro, o acostamento da BR 101 ou as bateiras que atravessam o Rio Camboriú, recentemente reforçadas por um *ferry-boat*, além dos limitados horários de ônibus.

Evidenciou-se, nos últimos tempos, a valorização imobiliária decorrente dessas mudanças, principalmente nas áreas próximas ao rio, onde surgiram loteamentos planejados e condomínios fechados, acompanhada de um comércio incipiente. No entanto, os morros abrigam, além das pedreiras para extração de granito, pequenas favelas em franco desenvolvimento. Também nas áreas mais distantes do rio proliferaram residências com estruturas precárias, apesar da urbanização desenvolvida na última década.

Essas áreas de povoamento mais recente receberam migrantes do interior de Santa Catarina e Paraná, além do Rio Grande do Sul, atraídos pela possibilidade de melhor qualidade de vida. Muitos destes permanecendo no local apenas enquanto há trabalho durante a temporada de verão.

A influência dos trabalhos temporários é sensível nas atividades população, determinada tanto pelo aspecto turístico, quanto pelo trabalho na pesca e processamento de frutos do mar.

A Secretaria Municipal de Saúde tem uma Unidade Básica de Saúde instalada no bairro, disponibilizando atendimento por dentistas, médico gineco-obstetra, pediatra e pelo Programa Saúde da Família (PSF). O PSF é desenvolvido por duas equipes contando cada uma com médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe da Barra abrange a região central do bairro além da área da Interpraias até Taquaras, enquanto a do São Judas atende as microáreas mais ao Sul e as praias de Estaleiro e Estaleirinho.

Na área da equipe da Barra estava cadastradas 3.331 pessoas em 902 famílias, sendo 1554 (46,65%) dos indivíduos na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Daqueles com 15 anos ou mais, 2.222 (94,43%) eram alfabetizados e 531 (95,16%) das crianças entre 7 e 14 anos estavam na escola. As pessoas com cobertura por planos de saúde somavam 9,01%. O abastecimento d'água era feito pela rede pública em 81,26% das casas, sendo a maioria destas (58,54%) construída com tijolos. O lixo era objeto de coleta pública em 99,11% dos domicílios, dos quais 98,56% recebiam energia elétrica, porém as fossas eram o destino do esgoto doméstico em 96,12% dos casos. Havia 190 (8,07%) pacientes hipertensos registrados no PSF e 47 (1,41%) diabéticos, além de 26 gestantes (nove destas com até 19 anos), conforme dados do mês de julho de 2003 (Secretaria Municipal de Saúde, 2003).

Também em registros de julho de 2003, a equipe do São Judas abrangia 3.076 pessoas em 806 famílias, concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos: 1379 (44,83%) indivíduos. Aqueles cobertos por planos de saúde somavam 9,01% das pessoas. Os alfabetizados a partir de 15 anos somavam 1.901 (93,23%) pessoas, contando-se 554 (96,01%) das crianças entre 7

e 14 anos na escola. A maior parte das casas era de tijolos (59,31%), contanto com abastecimento d'água pela rede pública em 71,46% do total de domicílios, energia elétrica em 99,38%, coleta de lixo pública em 99,5%, enquanto 93,92% tinham seu esgoto doméstico coletado por fossas. O PSF registrou 123 (6,03%) pessoas com hipertensão arterial sistêmica e 6 (0,2%) diabéticos. Havia 28 gestantes cadastradas nesse mês, sendo sete destas com até 19 anos de idade.

A infra-estrutura local era bastante diversa conforme a região considerada, com asfalto ou calçamento nas vias centrais, enquanto a maior parte das ruas era de terra. As áreas de morros concentravam residências de estrutura precária, configurando locais de risco ambiental. Os córregos encontrados no bairro recebiam dejetos domésticos, como canais de esgoto a céu aberto que desaguavam no rio Camboriú.

Os atendimentos médicos na Unidade de Saúde evidenciavam características de transição epidemiológica, envolvendo doenças infecto-contagiosas, em especial infecções respiratórias e infecções/infestações gastrointestinais, doenças crônico-degenerativas relacionadas a hipertensão arterial e diabetes, além de doenças relacionadas ao trabalho, em sua maioria ósteo-musculares.

Considerando-se os indivíduos que recebiam cuidados domiciliares por familiares, a maioria apresentava doenças crônico-degenerativas, principalmente idosos, alguns destes vivendo de forma itinerante entre as casas dos filhos.

4.2 Caracterização da famílias participantes do estudo

Nos dedicamos neste trecho a traçar um breve perfil de cada família entrevistada, esse foi construído com base nas entrevistas e nos dados de observação sistemática feitas pelos pesquisadores com as famílias participantes do estudo.

Quadro 1 – Dados de Identificação da Família 1 (F1)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Pai (P1)	58 anos	arquiteto	3º Grau
Mãe (M1)	64 anos	professora	3º Grau
Filha 1 (F1)	27 anos	arquiteta	3º Grau
Filha 2 (F2)	19 anos	estudante	-
Neto 1 (N1)	03 anos	-	-
Neto 2 (N2)	7 meses	-	-

Fonte: Autor

Descrição.

A F1 foi escolhida em razão de M1 realizar diálise peritoneal (DP), por insuficiência renal crônica resultante de pielonefrites repetidas, sendo paciente de um serviço de nefrologia em Curitiba - PR. Eles moram na Barra há cerca de três anos, vieram de Curitiba após M1 iniciar a DP em 2001, sendo que sua residência atual estava em construção e oferecia melhores condições para a realização do procedimento que o apartamento no qual moravam. A casa é própria, em alvenaria, tem 18 cômodos, localiza-se no início da Interpraiais, em um dos terrenos deixados pelo falecido pai de M1, cercada pela vegetação restante no pé do morro e com canteiros esparsos ao redor. A família possui carro, plano de saúde, energia elétrica, e coleta seletiva do lixo. A família tem como principal fonte de renda as aposentadorias de P1 e M1. As duas filhas foram adotadas. M1 e P1 se dizem católicos. Eles seguem uma linha de terapias de autocuidado de origem oriental chamada unibiótica, da qual foram mais adeptos antes dos problemas de saúde de M1, mas que ainda influencia principalmente a alimentação da família. São usuários eventuais do Posto de Saúde em relação ao atendimento médico, porém M1 costuma ir ao Posto para verificar a pressão arterial e receber medicações parenterais. O casal considerava que existia pouca interação social com a comunidade, pela população local ser muito “bairrista” e, no seu caso, pela moradia imponente fazer com que sejam considerados ricos tanto pelos vizinhos como pelos serviços municipais.

Quadro 2 – Dados de Identificação da Família 2 (F2)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
P2	84 anos	Aposentado	não alfabetizado
C2	49 anos	do lar	1 grau

Fonte: Autor

Descrição.

Na casa da Família 2 (F2) havia um único morador (P2), tendo a entrevista sido realizada com sua cuidadora (C2):

P2 e C2 são naturais de Balneário Camboriú, esta era nora de P2 e foi contratada pelos filhos dele como cuidadora em razão das seqüelas do acidente vascular cerebral (AVC) que sofrera há alguns anos, causando hemiparesia e afasia. A esposa de P2 já cuidava dele mas, com a morte desta há cerca de um ano, os filhos, um dos quais mora na casa ao lado, assumiram o cuidado à noite, tendo contratado outras pessoas para ficarem com P2 durante o dia. A casa própria foi construída em madeira, não pintada, com um pátio de terra batida onde

há árvores e canteiros de hortaliças, contando com oito peças. Ao fim da rua sem calçamento e sem saída existia um terreno onde era depositado o lodo dragado do fundo do rio Camboriú, o qual exalava mau cheiro. O lixo era coletado e o esgoto da casa, direcionado para uma fossa, a água provinha da rede pública, dispunham de energia elétrica. O transporte preferencial era ônibus, não contavam com plano de saúde, quando necessário buscavam inicialmente o hospital ou a unidade de saúde. A família era evangélica, inclusive uma plaqueta na parede da frente da casa identificava-a como local de reunião para orações. P2 recebia atendimento da equipe do PSF em visitas domiciliares, em razão de seu tratamento para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e por complicações das seqüelas de AVC. Posteriormente à realização da entrevista a cuidadora de P2 mudou, passando a ser uma sobrinha, mas devido a dificuldades com os cuidados e pela ocorrência de períodos em que P2 ficava sozinho em casa, como visto em visitas domiciliares pela equipe do PSF, houve nova mudança, retornando C2. Contudo, o estado geral de P2 decaía progressivamente, tendo morrido alguns meses após a realização da entrevista.

Quadro 3 – Dados de Identificação da Família 3 (F3)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido (P3)	78 anos	aposentado	1 grau
Esposa (M3)	62 anos	costureira	1 grau

Fonte: Autor

Descrição.

P3 foi morador da região desde o seu nascimento, membro de uma família tradicional da Barra. M3 era a sétima companheira de P3, sendo na época sua cuidadora. P3 perdera o membro superior direito, amputado logo distalmente ao ombro em um acidente de trabalho na infância, o que não impediu que trabalhasse no campo, em atividades de comércio e como vigia. Seus problemas de saúde nos últimos anos envolviam doença broncopulmonar obstrutiva crônica, bursite no ombro esquerdo e lombociatalgia. P3 diz ter oito filhos legítimos e alguns não reconhecidos. M3 é a única pessoa de quem P3 aceita os cuidados, apesar do oferecimento de suas filhas, o que a deixa esgotada em alguns momentos, além do que ela também sofre de lombalgia com artrose e faz tratamento para HAS. A casa de madeira, própria, ficava ao fundo do quintal em uma rua sem calçamento, contando com cinco pequenas peças, tendo junto à porta da frente uma placa com o anúncio “Costureira”. A frente do terreno era ocupada por árvores frutíferas e ervas medicinais em vários canteiros. O lixo era coletado, a água vinha da rede pública e o esgoto destinava-se a uma fossa séptica,

contavam com energia elétrica. O transporte preferencial era ônibus, não contavam com plano de saúde, quando necessário buscavam inicialmente a unidade de saúde. O casal seguia uma religião evangélica, a Assembléia de Deus, o que para P3 pareceu ter sido uma mudança realizada quando passou a ter problemas de saúde, dizendo ter sido muito brigão e namorador na juventude, sentindo que as doenças que lhe afligiam eram um castigo divino.

Quadro 4 – Dados de Identificação da Família 4 (F4)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido(P4)	76 anos	aposentado	1 Grau
Esposa(M4)	76 anos	aposentada	1 Grau

Fonte: Autor

Descrição .

M4 era usuária freqüente do Posto de Saúde, em acompanhamento por HAS e coronariopatia, tendo sofrido cirurgia para ponte de safena previamente e um cateterismo alguns meses antes da entrevista, ambos os procedimentos em Curitiba – PR. A casa era construída em tijolos, tendo um pátio na frente com canteiros de hortaliças e ervas medicinais. O lixo era coletado, o esgoto, destinado para uma fossa, a água vinha da rede pública e dispunham de energia elétrica. As informações da ficha A relacionavam também que o transporte principal era carro, apesar de P4 ser visto diariamente deslocando-se de bicicleta, e que participavam de um grupo religioso, sendo fiéis da igreja católica. M4 era freqüentadora assídua do grupo de hipertensos e diabéticos do PSF.

Quadro 5 – Dados de Identificação da Família 5 (F5)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
M5	72 anos	aposentada	1 Grau
C5	-	do lar	-

Fonte: Autor

Descrição.

A Família 5 (F5) teve como entrevistada principal (M5) uma viúva que morava na casa das filhas em um sistema de rodízio, sendo acompanhada por uma cuidadora contratada (C5). Realizamos a entrevista na casa de uma das filhas de M5 onde se encontrava na ocasião, próxima de sua própria casa, na qual ficaram morando um filho com netos de M5. A trajetória de M5 entre as casas das filhas que moravam na Barra e no São Judas, entre os dez filhos que

ela teve, se iniciara há dois anos quando sofreu a amputação do membro inferior esquerdo e, três meses depois, do membro inferior direito, ambos a um nível proximal aos joelhos, em razão de doença arterial periférica, desenvolvida por causa da HAS e do diabetes mellitus (DM). Inicialmente, ela permanecera em sua própria casa, construída em madeira com oito cômodos, tendo energia elétrica, com abastecimento de água pela rede pública, lixo coletado. Porém, as limitações progressivas de M5 e dificuldades financeiras fizeram com que as filhas tivessem de assumir os cuidados com M5 juntamente com uma cuidadora contratada para o período do dia. C5 já cuidara dela anteriormente, tendo sido substituída durante algum tempo e retornando ao serviço nessa época. A família de M5, assim como C5, era evangélica, sendo moradores antigos do bairro da Barra. C5, por sua vez, tinha uma filha com deficiências no desenvolvimento neuropsíquico e motor, a qual recebia atenção por parte da assistência social e de um neuropediatra através da Prefeitura Municipal. Na ficha A de M5, o hospital e a unidade de saúde constavam como instituições procuradas em caso de doença, mas ela relatava contatos com médicos antigos da cidade quando necessário.

Quadro 6 – Dados de Identificação da Família 6 (F6)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido(P6)	52 anos	trabalhador da construção civil	2 grau
Esposa(M6)	--	massagista	não alfabetizada

Fonte: Autor

Descrição.

Esta família foi procurada para o estudo em razão da atividade profissional de M6 como massagista e, de acordo com o estudo realizado na entrada em campo, a residência da família também abrigava as atividades de um centro espírita. A casa própria, construída com tijolos, contava com quatro peças, estas localizavam-se no segundo piso, sendo o piso inferior ocupado por uma sala de espera com cadeiras plásticas, um banheiro e duas salas destinadas às atividades de massagem. Ao fundo do terreno estava em construção uma estrutura para abrigar as atividades sociais do grupo espírita, como festas do dia das crianças. O lixo era coletado e o esgoto da casa, direcionado para uma fossa, a água provinha de outras fontes de abastecimento, dispunham de energia elétrica. A ficha A também relacionava que não contavam com plano de saúde, procuravam o hospital em caso de doença, utilizavam preferencialmente ônibus para o transporte. No entanto, M6 é usuária freqüente do Posto de Saúde em razão de tratamentos para DM e HAS, além de ter sido assistida no ano anterior

quando sofreu complicações pós-operatórias de uma apendicectomia. Já na sala de espera, onde conduzimos a entrevista, havia uma mistura de imagens católicas com livros espíritas expostos, o que nos pareceu conflitante com a condição de M6 como não alfabetizada. A atividade de massagista era anunciada numa placa sobre o portão da frente: “Massagem energética japonesa”, e nos horários de atendimento em outra placa no portão. Segundo M6, as massagens eram realizadas de forma remunerada, mas também como parte de ações de caridade, sem pagamento, juntamente com cirurgias espíritas, recebendo pessoas de diferentes cidades e estados. Ainda que só o casal morasse naquela residência, durante a entrevista encontramos com uma filha de M6 e com uma neta adolescente que trazia consigo seu filho de cerca de três anos de idade.

Quadro 7 – Dados de Identificação da Família 7 (F7)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido(P7)	54 anos	aposentado	1 grau
Esposa(M7)	52 anos	aposentada	2 grau

Fonte: Autor

Descrição.

O casal vive na Barra há quatro anos, vieram do interior do estado de Santa Catarina acompanhados por um filho casado, a nora e um casal de netos. Em virtude do trabalho do filho e da nora, M7 e P7 cuidam dos netos de seis e cinco anos a maior parte do tempo, sendo que estes geralmente só vêm os pais nos fins-de-semana. A casa de madeira é alugada, em uma rua asfaltada próxima à saída para a BR 101, com oito peças, o lixo era coletado, o esgoto da casa era destinado a uma fossa, a água provinha da rede pública, dispunham de energia elétrica. A ficha A declarava que não tinham plano de saúde, recorriam ao hospital ou unidade de saúde em caso de doença, utilizavam ônibus como principal meio de transporte. No entanto, o casal dispunha de carro naquela ocasião e contavam com plano de saúde. Ambos utilizam-se do Posto de Saúde para o tratamento de HAS. P7 é atendido por ortopedista via convênio médico desde o acidente de trabalho que sofrera há dois anos, com seqüelas que limitam o movimento do ombro direito e provocam-lhe dores nas costas. O casal é católico, durante a entrevista valorizaram muito a vida em comunidade, no entanto não costumam participar das reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos promovido pelo PSF na localidade.

Quadro 8 – Dados de Identificação da Família 8 (F8)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Mãe(M8)	52 anos	do lar	1 grau
Filho(3)	18 anos	estudante	-
Filha(4)	20 anos	estudante	-

Fonte: Autor

Descrição.

M8 mora com uma filha(F3) de 20 anos e um filho de 18 anos(F4), reside a 3 anos na barra é natural de Florianópolis. Tem também três outros filhos casados. Vários de seus familiares são moradores antigos do bairro, inclusive seus pais, e ela mesma já morava no centro da cidade há 24 anos, como caseira. A casa foi construída em madeira, contando com 7 peças e um amplo pátio com garagem, junto a esta foi instalado um canteiro com hortaliças e ervas medicinais, fica em uma rua poeirenta próxima ao Posto de Saúde. O lixo era coletado, o esgoto, destinado para uma fossa, a água vinha da rede pública e dispunham de energia elétrica. M8 foi convidada a participar da pesquisa em razão das suas constantes atividades de cuidado com pessoas de sua família com problemas de saúde, como sua mãe que tem coronariopatia, um primo com ataxia espinocerebelar e a filha deste que recebeu transplante hepático, acompanhando-os às consultas médicas e auxiliando-os na obtenção de benefícios junto à assistência social do município e Instituto Nacional de Seguridade Social. Ela mesma e os filhos que aí residiam eram usuários pouco frequentes do Posto de Saúde.

Quadro 9 – Dados de Identificação da Família 9 (F9)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido(P9)	61 anos	aposentado	3º grau
Mãe(M9)	58 anos	do lar	1º grau
Filho(F9)	39 anos	professor	2º grau
Filha(Fa9)	26 anos	estudante	-
Neto(No9)	3 anos	-	-

Fonte: Autor

Descrição.

A entrevista foi realizada com M9 devido a sua atuação como representante da Pastoral da Criança no bairro da Barra. Ela é natural de Fortaleza – CE, tendo morado em diferentes estados em razão do trabalho do marido, residindo na Barra há oito anos. A casa é de alvenaria, com um alto muro que só permitia avistar da rua o segundo piso da residência ao fundo de um amplo pátio calçado, contando com oito cômodos além da garagem e do canil.

Segundo registro na ficha A, o lixo era queimado, o esgoto era recolhido por fossa, a água vinha da rede pública e dispunham de energia elétrica. Essa ficha, no entanto, não registrava informações quanto a recurso buscado em caso de doença, participação em grupo comunitário ou meio de transporte utilizado. Porém, verificamos que dispunham de carro e contavam com plano de saúde através da empresa pela qual P9 se aposentou. Além disso, M9 mantinha uma atuação constante na Pastoral da Criança e em cursos do Centro de Treinamento e Capacitação da Prefeitura Municipal voltados para alimentação alternativa, realizando pesagem das crianças em sua própria casa e fornecendo a multimistura, atendendo principalmente os moradores da favela no Morro da Pedreira. Mesmo porque, segundo ela, os nativos da Barra eram muito orgulhosos para aceitarem os cuidados que ela oferecia e as igrejas evangélicas da localidade não apoiavam seu trabalho vinculado à igreja católica.

Quadro 10 – Dados de Identificação da Família 10 (F10)

Membros	Idade	Ocupação	Escolaridade
Marido(P10)	57 anos	Pescador	1 grau
Mãe(M10)	54 anos	do lar	1 grau

Fonte: Autor

Descrição.

A entrevistada foi feita com M10, por ser uma pessoa que pouco utilizava o Posto de Saúde, apesar de ter HAS. A casa de tijolos, contem sete cômodos, situando-se em um terreno cuja posse está em litígio, situação que produziu desconfiança por parte de P10 quando da chegada da entrevistadora. De acordo com os dados da ficha A, o lixo era coletado, o esgoto seguia para uma fossa, a água vinha da rede pública e dispunham de energia elétrica. Não contavam com plano de saúde, relatavam participar de associação comunitária. Procuravam a unidade de saúde em caso de doença e M10 disse que participava do grupo de hipertensos promovido pelo PSF.

4.3 Os discursos

4.3.1 Redes de Apoio e Suporte: Identificação e descrição

O conceito de rede é utilizado tanto nos estudos sobre família como naqueles dirigidos ao cuidado. Tal conceito insere-se numa epistemologia sistêmica, na qual priorizam-se os

princípios básicos de organização do todo e não suas partes, pois os sistemas naturais constituem-se em totalidades integradas cujas propriedades não podem ser apreendidas através de sua redução a partes menores como propõe a abordagem cartesiana. Seja o sistema uma galáxia, uma célula ou uma organização social, sua estrutura é caracterizada pelas relações e interdependência entre suas partes de forma dinâmica. (CAPRA, 1996).

Entendemos que essa inter-relação entre as diversas facetas que compõem o ser humano e o universo, também tem seus reflexos no processo de saúde e doença e conseqüentemente nos caminhos que as pessoas trilham quando buscam manter ou recuperar sua saúde. Nessa busca por cuidados à saúde como na própria aquisição do saber relacionado ao cuidar, a rede de apoio social tem um papel importante, identificado pelos próprios cuidadores na relevância dada ao envolvimento de outros familiares no cuidado. (DESSEN *et al.*, 2000; SENA *et al.*, 2000). A existência de uma rede de apoio social é valorizada como um fator contribuinte para o bem-estar do cuidador, permitindo que o cuidador tenha oportunidades para evitar o isolamento social, dedicar-se aos seus papéis familiares conjugais e parentais, e mesmo cuidar da própria saúde. (PARKS, NOVIELLI, 2000; GONÇALVES, 2002).

Ao tomarmos como objeto as correlações de condutas de ação de um grupo de seres vivos, identificamos um sistema social como resultante das interações recorrentes entre tais seres vivos, constituindo uma rede na qual suas características como seres vivos estão estabelecidas pela participação na rede, existindo em relação com a manutenção da própria rede, conservando sua organização e adaptação. Os diferentes sistemas sociais caracterizam-se pela rede de interações que realizam, seus componentes são selecionados e mantidos na medida em que realizam as condutas características do sistema em questão. Portanto, os sistemas sociais são conservadores de suas características. Ao mesmo tempo, as sociedades são dinâmicas, modificando-se pela perda e incorporação de membros ou pela mudança na conduta de seus membros, o que pode gerar uma mudança no sistema em si (MATURANA, 2002).

Considerando o exposto acima apresentamos a seguir uma síntese das idéias centrais dos informantes sobre suas percepções de saúde e doença, sendo que a partir destas foram construídos que os Discursos do Sujeito Coletivo sobre seus itinerários de cura e cuidado e redes de apoio e suporte, estes são representados esquematicamente a seguir.

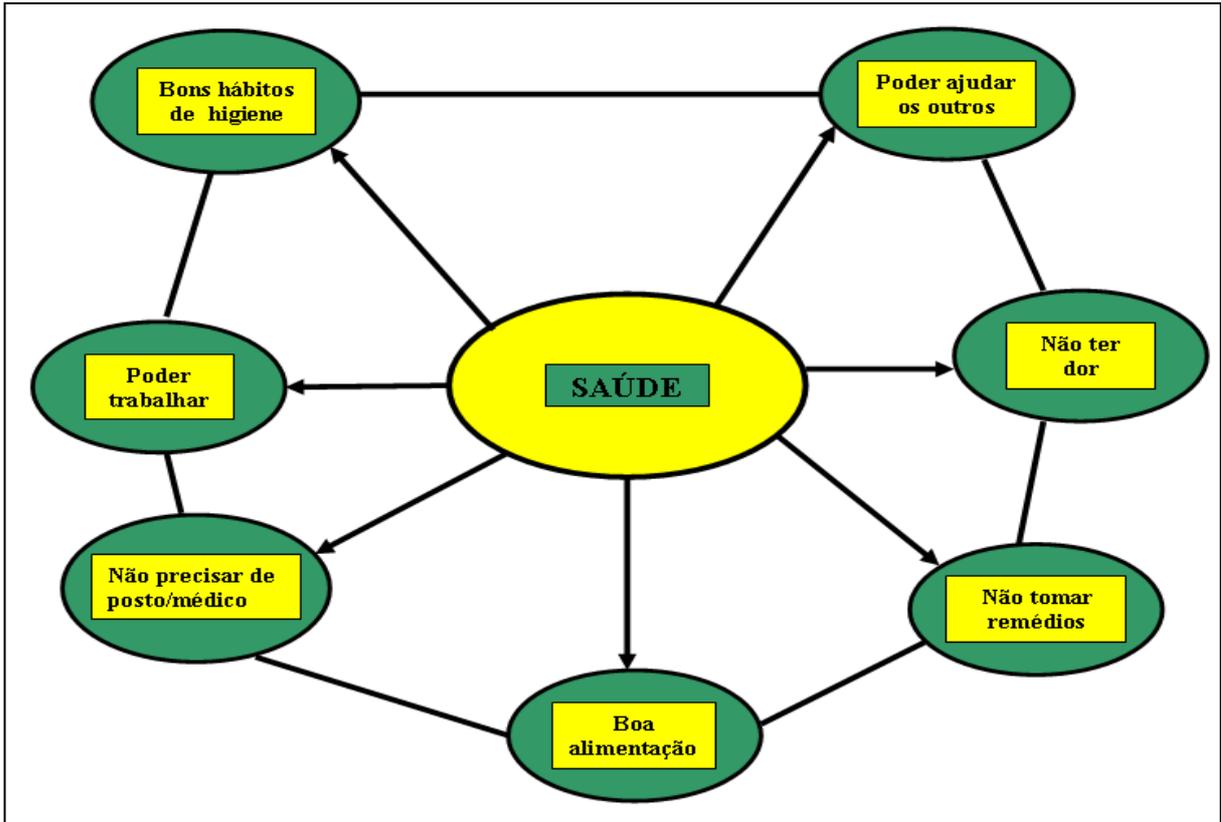


Figura 1 – Idéias Centrais de Saúde

Fonte: Autor

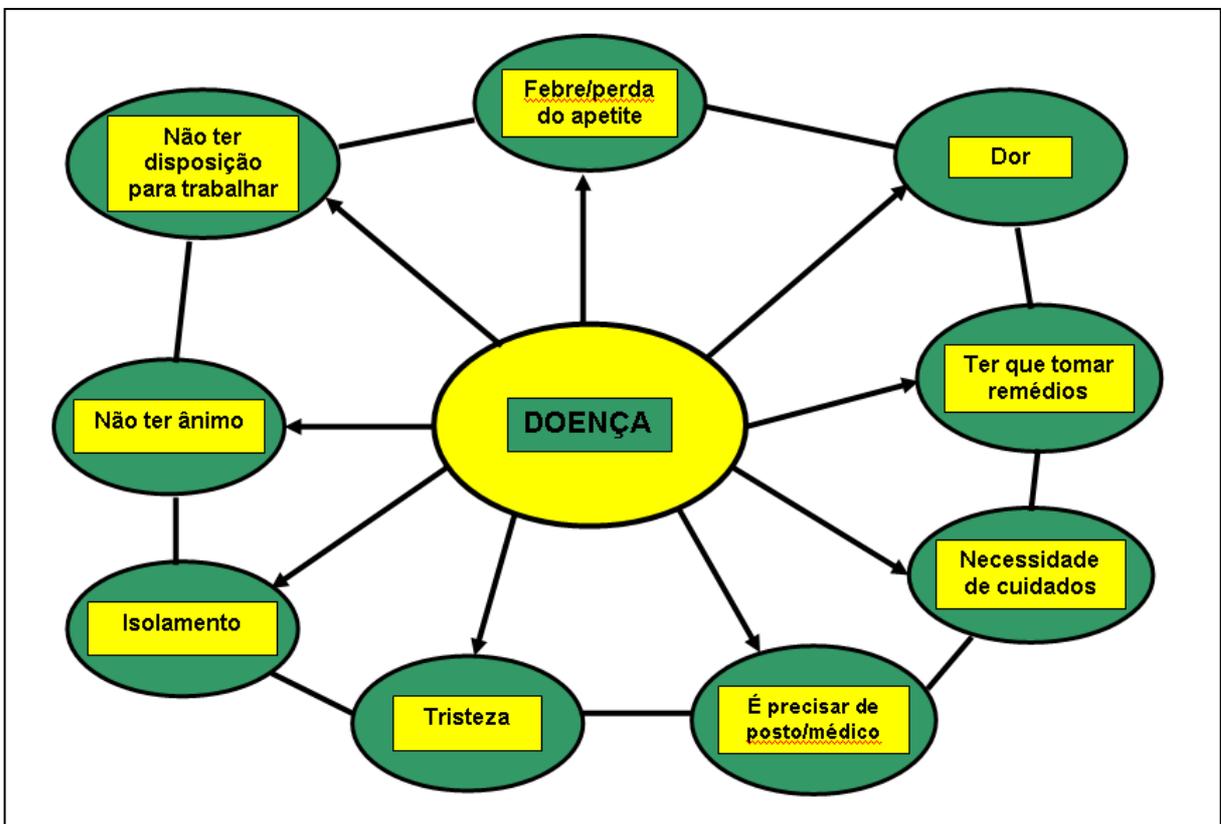


Figura 2 – Idéias Centrais de Doença

Fonte: Autor

Os diagramas acima representam o DSC dos participantes do estudo em relação ao que é ter saúde ou estar doente, a partir desses constatou-se que a concepção das famílias em relação a saúde e a doença é bastante ampla e envolve aspectos biológicos, sociais, espirituais e culturais.

Acreditamos que esta diversidade esteja relacionada com os padrões socio-culturais de cada uma das famílias, assim como padrões éticos e morais que estão envolvidos com a história de vida de cada uma das pessoas que compõe as famílias que participaram deste estudo.

Desta forma entendemos que os profissionais de saúde precisam identificar e conhecer essas concepções, ou seja, como as famílias vêem e enfrentam estes fenômenos e como estes influenciam no seu dia-a-dia. Pois neste contexto repleto de diferenças e mudanças podem afetar as práticas cotidianas da família, as relações entre seus membros e a solicitude entre eles.

A solicitude na família pode ser direcionada de forma positiva, com respeito e tolerância, ou de modo deficiente, como pela desconsideração, negligência ou mesmo impedindo o outro de cuidar de si mesmo. Essa solicitude manifesta-se nas práticas cotidianas e nas formas de socialização das famílias, sem uniformidade mesmo em classes sociais inseridas na vida urbana, podendo estender-se desde uma solicitude extremamente controladora, que reprime as expressões individuais de seus membros, criando dependência, até a vivência da solicitude no reconhecimento da legitimidade do outro. Os caminhos que a família percorre procurando alternativas frente ao processo de saúde e doença estão envolvidos por esta teia de relações sociais, desde o vizinho, o amigo, o curandeiro, a igreja, o serviço de saúde local (SLUZKI,1997)

Como observamos ao longo de nosso estudo o cotidiano da maioria das pessoas está repleto de experiências estressantes, entre os estressores mais temidos está sem dúvida, a doença, seja ela qual for a sua característica. Quando esta aparece, é recebida pelas pessoas, com grande ansiedade, medo, incerteza e insegurança, pois os planos para o futuro, estão quase sempre ameaçados de não acontecer. As afirmativas abaixo refletem algumas das considerações feitas anteriormente.

“Estar doente é estar se sentindo cansado, ter dor, não ter disposição para andar, trabalhar é precisar de remédios”.(F-10).

“Estar doente é estar triste, sentir-se isolado, é ter dor, febre é perder o apetite”.

Para Capra(1996) doença pode ser compreendida como a perda da integração do organismo levando a sintomas como manifestação biológica desta desintegração.

Desta forma, diante da insegurança e do medo, a doença é geralmente enfrentada de acordo com os valores e crenças dos envolvidos. Ou seja, as pessoas irão em busca de soluções para suas necessidades em saúde conforme o contexto social e cultural que estas encontram-se inseridas, utilizando-se dos recursos disponíveis, sejam provenientes do seu meio familiar, de práticas tradicionais ou ainda através dos serviços de saúde formais.

A pessoa que adoece passa por um processo no qual define a doença de forma subjetiva, o que envolve aquilo que está sentindo e o significado que atribui ao que está acontecendo com ela, com base em sua experiência pessoal, além da maneira como as pessoas com quem se relaciona interpretam e respondem às manifestações do doente. Essas interpretações pessoais e grupais costumam ser parte de uma forma mais ampla de explicar infortúnios diversos, entre os quais a doença, em um determinado grupo social. Assim, a doença é construída a partir das mudanças físicas e emocionais pela experiência subjetiva do paciente e formalizada socialmente por outras pessoas.

As explicações sobre as doenças em uma determinada cultura combinam conceitos populares e aqueles provenientes da mídia e do modelo médico científico. Assim, podem ser considerados diferentes universos de causas que se combinam de acordo com cada cultura para explicar a etiologia das doenças com base no mundo sobrenatural, no mundo social, no mundo natural ou no próprio paciente. Em geral, as teorias leigas são multicausais, no entanto a procura de uma alternativa específica de tratamento depende da percepção de sua causa, bem como de sua acessibilidade para o paciente.

Para Alves (1993) a experiência da enfermidade reflete o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimentos, e se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Muitas vezes esta resposta baseia-se nas crenças e valores médicos que se instituem para o enfrentamento da doença, outras vezes em crenças e valores que tem suas origens nos “saberes” familiares.

Em contra partida a seguir apresentamos alguns relatos em relação ao que é ter saúde.

Ter saúde é ter disposição para fazer as coisas, poder trabalhar ajudar os outros é não viver isolado, conviver bem com as pessoas é estar bem espiritualmente(F-4)

Ter saúde é ter uma alimentação saudável, ter bons hábitos de higiene é não ter que se preocupar com médico, posto de saúde[...](F-8)

Como percebe-se as respostas apresentadas praticamente refletem o antagonismo a pergunta, o que é estar doente? Entretanto alguns aspectos no chamaram atenção como a estreita relação entre saúde e a capacidade de poder trabalhar, a relação entre saúde e a não

utilização de sistemas médicos(médico,posto, hospital) o que no nosso entender reflete a supremacia do modelo biomédico vigente.

Para Capra,(1996) a saúde de um organismo vivo demanda uma flexibilidade deste sistema vivo em suas relações, para com os diversos sistemas nos quais está inserido em seu meio, sejam eles físicos, sociais, econômicos ou ambientais, com o intuito de adaptar-se às mudanças no meio que é, por sua vez, influenciado pelas mudanças no organismo.

Assim, as concepções de saúde-doença e as evidências empíricas desenvolvidas por certas comunidades podem estruturar itinerários mais ou menos definidos ao longo das redes sociais nela construídas (SILVA,1991).

Como pode-se perceber as concepções de saúde e de doença são bem diversificadas, e estão diretamente relacionadas com seus princípios, históricos, éticos e morais. Entendemos que a identificação das concepções de saúde e doença, são elementares para que possamos cada vez mais prestar uma assistência a partir das necessidades das pessoas que dependem da nossos cuidados.

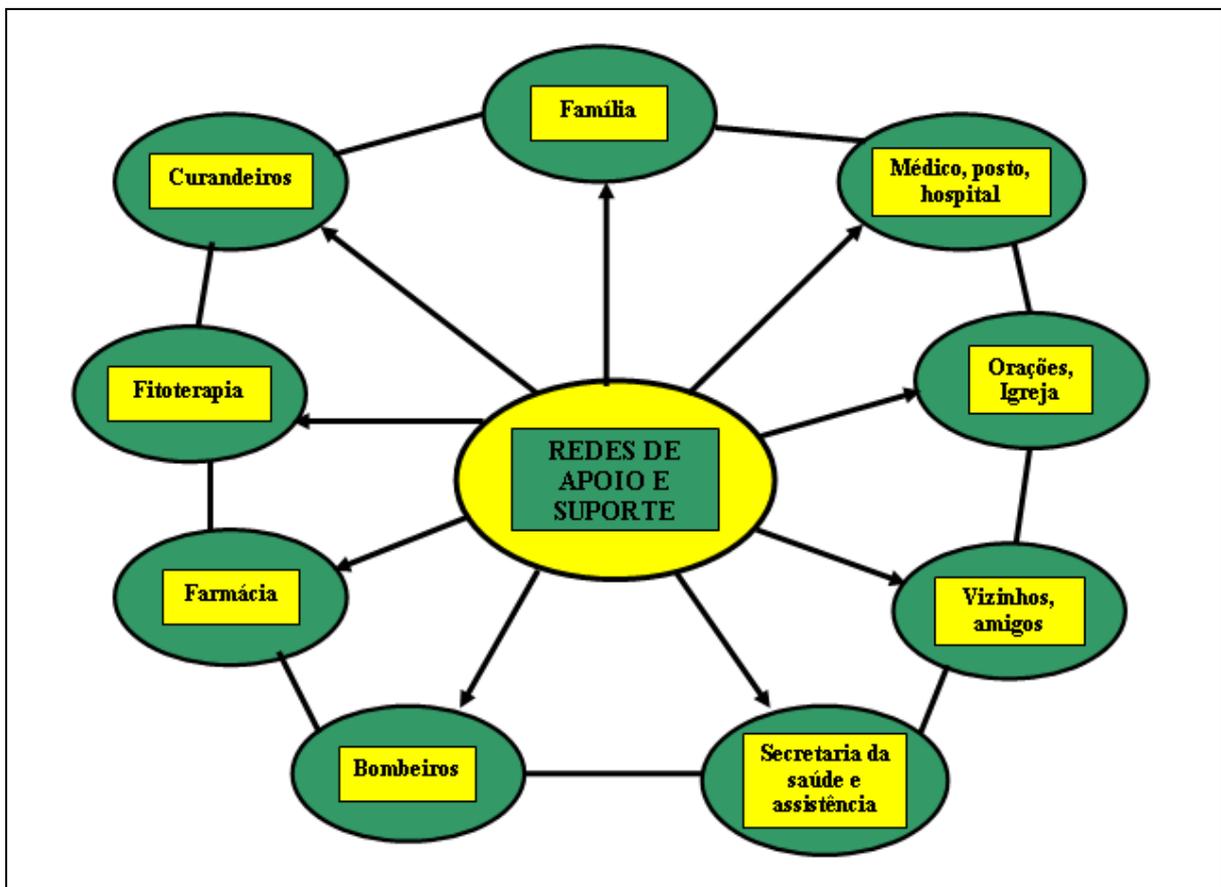


Figura 3- Redes de apoio e suporte sociocultural: Identificação e descrição

Fonte: autor

4.3.2 Redes de Apoio e Suporte

O diagrama acima sintetiza o DSC obtido a partir das idéias centrais dos participantes do estudo em relação aos seus itinerários de cura e cuidados, estes formam as redes de apoio e suporte sociocultural, ou seja quem elas procuram, quando se deparam com situações que exige auxílio para enfrentar o processo de saúde e doença .

A partir do diagrama podemos observar que é vasto os itinerários de curar e cuidado utilizados pelas famílias pesquisadas na comunidade da Barra do Rio, fato que nos chamou a atenção logo nas primeiras entrevistas foi a diversidade dos itinerários, sendo que, mesmo aquelas famílias que a primeira escolha para a resolução de um problema de saúde é sempre a procura por profissionais da área médica refletindo o modelo hegemônico , em algum determinado momento de sua vida estes procurava um outro itinerário para resolução de seus problemas. O DSC abaixo foi construído a partir das idéias Centrais de respostas obtidas com os participantes do estudo em relação a quem eles procuravam quando precisavam de ajuda, ou quando tinham problemas de saúde.

Quando precisamos de ajuda procuramos resolver o problema dentro de casa, se não for possível recorreremos a outros membros da família, procuramos também o médico a unidade de saúde e o hospital., recorreremos também a Deus através das orações ao pastor, a igreja, aos vizinhos, amigos, secretaria de saúde, assistência social e bombeiros.

Foi possível constatar nas falas que resultaram no discurso acima que dentre os diversos itinerários que compõem a rede de apoio e suporte adotados pelas famílias que um dos mais citados foi a própria família, para Denti,(2000); Helman, (1999), a família é um grupo social, que possui peculiaridades e habilidades entre os seus membros e com os membros de outras famílias. Segundo as mesmas autoras estas famílias tem a capacidade de escolherem as melhores alternativas para seu grupo.

O grupo de pesquisas e estudos sobre a família (GAPEFAM) define família como uma unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida. Sendo que seus membros encontram-se unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Sendo assim, a família tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. Esta tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de

aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar de seus membros (ELSEN,2002).

Szymanski (2002) ratifica a premissa quando afirma que a família é uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assume um compromisso de cuidado mútuo. Essa consideração abrange um grande número de possibilidades que, há séculos, já vem sendo vividas pela humanidade, a despeito das definições “oficiais” de grupo familiar.

Em nossa concepção a família constitui a unidade básica da sociedade, em suas diferentes formas, sendo responsável pela mediação dos problemas e a avaliação da satisfação das necessidades de seus membros em relação aos recursos disponíveis socialmente. Essa função é essencial em relação aos cuidados com a saúde, sendo ela o principal núcleo e geralmente, a primeira fonte de auxílio em situação que envolva saúde, doença ou fenômenos relacionados com os ritos de passagem vividos em diferentes momentos do viver humano.

Como percebe-se na figura 14 a rede de apoio e suporte das famílias é bastante heterogênea e passa pelo sistema informal, popular e profissional de atendimento a saúde, para Budó,(1994); Monticelli,(1997); Elsen,(2002) o cuidado familiar é fortalecido pela rede de apoio e suporte, social, sendo este um fenômeno que se constrói ao longo da vida familiar e do processo de cuidar, sendo este apreendido, reconstruído e modificado, segundo cada um de seus membros.

A partir de estudos realizados na Antropologia, sabemos que em distintas sociedades e grupos humanos, na busca cotidiana por soluções para problemas de saúde, as pessoas criam itinerários de cura e cuidado, traçados na utilização de diferentes alternativas disponíveis a partir dos conceitos de saúde- doença adquiridos na família e no meio social, conforme a vivência de cada um. O desenvolvimento dos itinerários de cura e cuidado percorre as redes sociais formadas pelas famílias na comunidade, envolvendo seus próprios membros, amigos e vizinhos, serviços públicos e privados, organizações civis ou religiosas, quaisquer fontes de apoio nas quais encontrem o suporte necessário para o enfrentamento das necessidades percebidas(SILVA, 1991)

Assim, na busca por cuidados à saúde e na própria aquisição do saber relacionado ao cuidar, a rede de apoio social tem um papel importante, identificado pelos próprios cuidadores na relevância dada ao envolvimento de outros familiares no cuidado (DESSEN *et al.*, 2000; SENA *et al.*, 2000).

O conceito de rede é identificado tanto nos estudos sobre família como naqueles dirigidos ao cuidado. Tal conceito insere-se numa epistemologia sistêmica, na qual priorizam-se os princípios básicos de organização do todo e não suas partes, pois os sistemas naturais

constituem-se em totalidades integradas cujas propriedades não podem ser apreendidas através de sua redução a partes menores como propõe a abordagem cartesiana. Seja o sistema uma galáxia, uma célula ou uma organização social, sua estrutura é caracterizada pelas relações e interdependência entre suas partes de forma dinâmica (CAPRA, 1996).

Dentre os diversos itinerários que compõem a rede de apoio e suporte das famílias estudadas, um dos mais citados ao longo das entrevistas foi a procura por um sistema saúde profissional (médico, posto de saúde, hospital), entretanto todas elas em algum momento de suas vidas acabam, procurando outros sistema de apoio, mesmo que em algumas circunstâncias, estas acabem por não assumir determinados itinerários, seja por medo de não serem compreendidas ou até mesmo discriminadas por seus próprios familiares ou mesmo por profissionais da área da saúde .

Este fato ficou bastante evidente ao longo de nossas entrevistas, pois a grande maioria dos respondentes afirmaram que se utilizam de orações, idas à igreja, pedidos de ajuda a outros membros da igreja para solucionar principalmente os problemas de saúde. Entretanto, constatamos que em determinadas situações, algumas igrejas evangélicas, além de dar um apoio espiritual, também contribuem com um certo auxílio financeiro ou alimentício para as famílias.

Fato que nos chamou a atenção foi um certo constrangimento das famílias de religião evangélica ao falarem sobre a utilização de orações na busca do restabelecimento de um problema de saúde. Este fato talvez se justifique pelo medo de serem discriminados por suas escolhas feitas no decorrer do processo de saúde/doença.

Esses “rituais de orações” tanto são realizadas na igreja como no domicílio da pessoa que se encontra com problemas de saúde. Essas preces costumam ser feitas pelos membros da própria família ou por outras pessoas que fazem parte da mesma igreja. Os relatos abaixo simbolizam o discorrido acima.

“Quando precisamos de ajuda a gente procura o médico, o posto de saúde, a família, a assistência social, o pastor, a igreja e a colaboração dos irmãos.”(F-2)

“Recorro as orações ao médico, aos amigos, familiares, a igreja, aos chás, curandeiros e até mesmo aos bombeiros em determinadas circunstâncias.”(F-5)

De acordo com Helman,(1994) as pessoas tem autonomia para escolher seu itinerários quando estas buscam a cura e/ou o cuidado, sendo importante lembrar da necessidade do reconhecimento dessa autonomia pelos sistemas oficiais de saúde. Esta afirmativa ratifica a nossa concepção que as peculiaridades de cada pessoa ou grupo de pessoas devem ser consideradas pela equipe de saúde quando pensarmos em propor ações de saúde, seja no

âmbito da prevenção, cuidado ou tratamento de um componente de uma família ou mesmo assistência à família inteira.

Além dos citados acima outros componentes da rede de apoio e suporte citados foram a fitoterapia, a ajuda obtida através de amigos, curandeiros, secretaria da saúde e assistência social.

Relatos obtidos com profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde, mais especificamente com os que atuam no Programa de Saúde da Família, ratificam nossos achados, pois segundo eles não é incomum identificar usuários que antes de procurar a unidade de saúde já percorreram outros caminhos com o intuito de resolver seus problemas. Muitos procuram os serviços de saúde de forma concomitante às alternativas populares de cura e cuidado disponíveis em seu meio sócio-cultural. Quaisquer dessas formas de cuidado é adotada a partir da relação da família com seu meio, através de redes de relações nas quais podem ser fornecidas diferentes formas de apoio a partir de familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde, entre outros.

As benzedoras são um exemplo de figura dotada de um papel que tem reconhecimento do grupo que lhe outorga as funções de cura, destinando seus rituais não apenas ao paciente, mas também ao grupo, pois o sucesso da cura reforça o grupo em seu universo simbólico. Para Quintana, (s.d), o reforço das idéias compartilhadas pelo grupo e a introdução da doença na história do paciente formam um sistema integrado e coerente criado graças ao papel social ocupado pelo terapeuta. Ainda conforme o mesmo autor, na benzedura, como noutras tradições de cura e cuidado, uma linguagem é construída, e que vai ao encontro da necessidade humana de ordenar e interpretar a realidade ao selecionar quais aspectos desta devem ou não ser significativos (QUINTANA, s.d.).

Ratificando nossas constatações, Quintana,(s.d.) afirma que um cliente de uma benzedora pode já ter procurado um tratamento médico, associando a benzedura para garantir que o primeiro funcione. Segundo esse mesmo autor mesmo a benzedora acaba por buscar auxílio médico para si ou para seus familiares em algumas situações, enquanto recorrem a orações e receitas de ervas em outras ocasiões e inclusive criticam os tratamentos médicos para seus clientes como uma forma de demonstrar sua autoridade no tratamento das doenças. A coexistência de crenças simultâneas e mesmo incompatíveis não se limita à benzedura, fazendo parte de todas as camadas sociais, mesmo que de forma mais explícita nos grupos populares. Evidencia-se nessa aparente contradição a tentativa de superar a fragilidade humana diante de situações que não podemos influenciar. Ainda que diante de uma situação impossível de modificar, as pessoas podem tomar atitudes para atingir seus objetivos, apesar

de saberem que não têm qualquer controle sobre seus fins.

Desse modo, as famílias que prestam cuidados de saúde no domicílio, em razão da situação de dependência de algum de seus membros, desenvolvem itinerários de cura e cuidado próprios, equacionando suas necessidades específicas e os recursos disponíveis. Muitas vezes tais itinerários são reproduzidos em diferentes espaços terapêuticos por membros da mesma família, em sua própria comunidade ou em outras, dependendo do acesso a determinadas alternativas de atenção à saúde, formais ou informais, diferenciando-se conforme o problema a ser resolvido, as crenças e valores que cada família estabelece através de suas próprias discussões e representações em torno do processo saúde-doença (LANGDON, 1996).

Consideramos que o conhecimento e o reconhecimento dos itinerários percorridos pelas pessoas na busca de satisfação para suas necessidades são essenciais para que o profissional de serviços de saúde, quando este tem o intuito de focar seus recursos de forma equânime, tanto na recuperação ou cuidados paliativos para o doente, como na prevenção de morbidades as quais os cuidadores estejam sujeitos. Além disso acreditamos que o reconhecimento dos itinerários de cura e cuidado favorecem a relação entre os profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, de modo que as alternativas de tratamento formais sejam propostas em uma base culturalmente aceitável, melhorando a adesão para responder às necessidades apresentadas e, assim, minimizando a sobrecarga dos cuidadores familiares.

4.3.3- Papel dos Profissionais: Recursos das Redes de Apoio e Suporte

A figura apresentada a seguir representa os profissionais de saúde, que segundo as famílias fazem parte de suas redes de apoio e suporte, e quais seus papéis perante a comunidade, cabe ressaltar que outros profissionais como assistente social e bombeiro também foram citados. Constatamos ao longo das entrevistas que os profissionais do PSF que atendem as famílias participantes do nosso estudo, são muito bem conceituados perante a comunidade, sendo que por diversas vezes ao longo das entrevistas os mesmos eram lembrados pelo bom trabalho que desenvolvem junto às famílias.

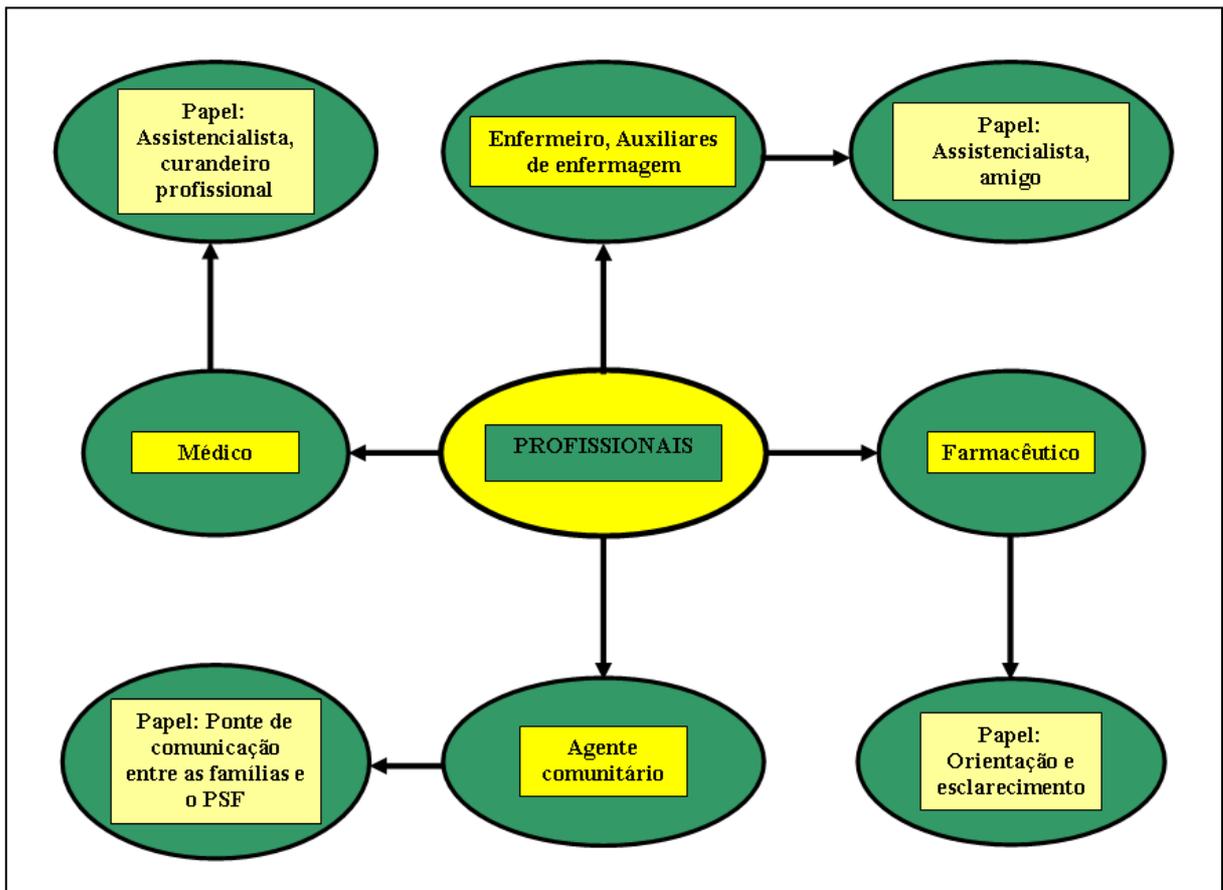


Figura 4 - Papel dos Profissionais: Recursos das Redes de Apoio e Suporte
Fonte: auto

De acordo com Silva, Fagundes e Scholze (2004) o PSF da comunidade da Barra do Rio é desenvolvido por duas equipes, cada uma delas com médico, enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe da Barra atende a região central do bairro além da área da Interpraias até Taquaras, enquanto a do São Judas atende as microáreas mais ao Sul e as praias de Estaleiro e Estaleirinho. Os atendimentos médicos na Unidade de Saúde caracterizam-se pela transição epidemiológica, envolvendo doenças infecto-contagiosas, em especial infecções respiratórias e infecções/infestações gastrointestinais, doenças crônico-degenerativas relacionadas à hipertensão arterial e diabetes, além de doenças relacionadas ao trabalho, em sua maioria ósteo-musculares.

Ao identificarmos a satisfação e o reconhecimento das pessoas entrevistadas em relação à assistência prestada pelos profissionais do PSF, concluímos que estes profissionais estão exercendo de forma satisfatória seu papéis frente as expectativas dos respondentes. Esta constatação solidifica nossa concepção de que mesmo frente a algumas adversidades encontradas na prática diária, é possível que obtenhamos o reconhecimento, a confiança e o

respeito dos paciente e seus familiares. Acreditamos ainda que um determinante que pode contribuir para o estreitamento dos laços entre profissionais de saúde e seus pacientes é o reconhecimento por parte dos profissionais, dos itinerários de cura e cuidado adotados pelas pessoas ou famílias, o que na nossa concepção respeita a autonomia dessas pessoas e aumenta as chances de negociação de alternativas que reduzam riscos à saúde.

Entendemos que ao ignorar o desenvolvimento de diferentes itinerários de cura e cuidado, os serviços de saúde perdem uma oportunidade para identificar os possíveis riscos e benefícios neles envolvidos. Mesmo na utilização de recursos do sistema formal tais riscos estão presentes e a eles se somam terapêuticas paralelas e o abandono de tratamentos incompreensíveis para o paciente ou incompatíveis com sua realidade.

Dentro deste contexto o reconhecimento dos itinerários de cura e cuidado, nos levou a conhecer as redes de apoio e suporte utilizadas por estas famílias, pois no nosso entender conhecer e respeitar são fatores imprescindíveis para a inserção dos profissionais de saúde nessas redes. Consideramos que o reconhecimento destas, podem servir como fonte de apoio para o estabelecendo vínculos com a população assistida, o que é essencial nas ações de serviços voltados para a atenção primária como os do Programa Saúde da Família (PSF). No PSF outro ponto de interesse na organização das redes de apoio e suporte é a Vigilância à Saúde, na medida em que a garantia de apoio social a famílias em situação de risco, através de uma atuação intersetorial, pode prevenir e colaborar na resolução dos problemas de saúde. Para isso, o conhecimento das redes sociais existentes é uma condição essencial.

Pois como contatamos em nossa pesquisa o sistema médico oficial de uma sociedade convive com outras alternativas que podem ser utilizadas pelas pessoas que buscam ajuda para resolver desconfortos físicos ou emocionais. De acordo com Helman, 1994, esse pluralismo médico envolve sistemas com diferentes abordagens das doenças, o que interessa menos para o paciente que sua capacidade de resolver seu problema de saúde. Mesmo assim, para compreender o pluralismo médico é necessário considerar as características sócio-econômicas e culturais das alternativas que estão ao alcance da pessoa doente

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findarmos este estudo que analisou os discursos dos participantes em relação a redes de apoio e suporte utilizadas no domicílio, sentimos a necessidade de fazermos algumas considerações.

Entendemos que nossos objetivos foram plenamente alcançados, pois conseguimos identificar as redes de apoio e suporte sociocultural utilizadas pelas famílias. Constatamos ainda que essas redes influenciam de forma positiva e negativa o processo de saúde e doença, neste contexto acreditamos que ao identificarmos essas redes estamos contribuindo com os profissionais que assistem essas famílias, pois as informações obtidas poderão ser úteis aos profissionais do PSF, podem ser usadas como subsídios para uma maior aproximação dos profissionais a realidade dessas pessoas, assim como, podem servir de base para futuras estratégias que objetivem a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de condições que envolvem o processo de saúde e doença.

Em relação as dificuldades que encontramos ao realizar este estudo, as que para nos merecem destaque foram: a grande dificuldade em conciliar o trabalho com as aulas do mestrado, pois o exercício profissional em muitas situações limitou muito o tempo para a realização de tarefas ligadas ao estudo. Outra dificuldade, talvez a maior de todas para nos foi digerir e absorver determinados textos necessários e fundamentais para a realização deste trabalho acredito que em parte isso se deva ao nosso cotidiano profissional como enfermeiros docentes ligados à área do cuidado intensivo, seja ele dentro ou fora da unidade de terapia intensiva.

Entretanto, apesar dessas dificuldades, o estudo também contribui para ratificar uma concepção que nos acompanha desde a época da graduação, ou seja a importância que o sistema primário de atendimento à saúde tem em relação a capacidade de proporcionar uma melhora na qualidade de vida das pessoas, estejam em condições de saúde ou de doença.

Profissionalmente acreditamos que a realização deste estudo, assim como a participação no mestrado está contribuindo para o nosso desenvolvimento profissional como docente, assim como para ampliar nossos horizontes e mostrar-nos que o mundo que vemos depende muito dos “óculos” que colocamos para vê-lo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, O. F.; KANTORSKI, P.L. Convivendo com mulher no período puerperal uma abordagem cultural. **Texto e Contexto**. Florianópolis: v.9, n 2, p.39–45. maio/ago.2000.

ALTHOFF, R. C; ELSEN, I. LAURINDO, C. A. Família: O foco de cuidado na enfermagem. **Texto e Contexto**. Florianópolis: v. 7, n. 2, p. 320- 327, 1998.

ALVES, R. Aos que moram nos templos da ciência. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. São Paulo: Loyola. 10. ed. 2003. p. 81-128

ALVES, P. C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 9. n. 3. p. 263-271, jul/set. 1993.

BELTRAME, V. O cuidado de enfermagem usando um referencial teórico cultural. **Texto e Contexto**. Florianópolis: v.9, n 2, p.600 –610., mai/ago.2000.

BOEHS, E. A. Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de Madeleine Leininger. **Rer. Lat. de Enf.** São Paulo. 10(1). P.90-96. jan.fev.2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha do SUS**. Brasília, p. 6 – 7. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BUDÓ, M. L. D. O Cuidado nas Famílias Rurais de Descendentes de Imigrantes Italianos no RS. In: A multidimensionalidade do Cuidado - I Encontro Interdisciplinar de Família. **Anais** p.28-35, 1994

BUDÓ, M. de L. D. **A prática de cuidados em comunidades rurais e o preparo da enfermeira**. Florianópolis: PEN/UFSC, 2002.

CAPRA, F. **O ponto de mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CAPRA, F. **A Teia da Vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm> > Acesso em: 09 de fev. de 2004.

CORREA, I. B. **História de duas cidades: Camboriú e Balneário Camboriú**. Balneário Camboriú: do Autor, 1985.

CUCHE, D. **A noção de cultura nas Ciências Sociais**. Bauru: EDUSC, 1999

DENTI, A. I. Programa de saúde da família: Possibilidades e limitações na promoção da saúde e no trabalho com a família. **Texto e Contexto**. Florianópolis: 2000.

DESLANDES, S. L. A Construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 29-50.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. Rede Social de Apoio Durante Transições Familiares Decorrentes do Nascimento de Filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, set-dez, 2000. Disponível em < <http://www.scielo.br>>.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002.

GONÇALVES, L. O. **Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, n.12, 1996. (Trabalhos de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC, publicados pelos grupos de pesquisa do referido programa).

MACHADO, K. Pós Graduação Pensamento e Ação Integrados para a Consolidação do SUS. **Radis Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro: março.2003.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. Lisboa: Edições 70, 1976.

MARCON, Sonia Silva; ANDRADE, Oséias Guimarães; SILVA, Doris Marli Petri da. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. In: Cuidando e confortando: uma perspectiva de enfermagem para o terceiro milênio. Revista: **Texto & Contexto** . Florianópolis, v. 7, n.2, p. 289-307, mai/ago 1998.

MATURANA, H. **A Ontologia da Realidade**. Organização: Cristina Magro, Miriam Graciano e Nelson Vaz. Belo Horizonte: UFMG, 1997. 376 p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: o Desafio da Pesquisa Social. In: _____ (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MIOTO, T.C.R. Famílias hoje: O começo da conversa.... **Texto e Contexto**. Florianópolis: v. 8, n. 2, p. 211-219, 1999.

OLIVEIRA P. C. et al. **Caracterização das condições sócio-econômicas e de saúde das famílias cadastradas segundo o modelo PSF no município de Camboriú**. Monografia (graduação em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí. 2001.

OLIVEIRA, R. C. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. In: **O trabalho do antropólogo**. Brasília/ São Paulo: Paralelo 15 / UNESP, 1998. p. 17-35.

PADILHA, M. I. I. et al. Visita Domiciliar: uma alternativa assistencial. **Rev. Enferm. UFRJ**. Rio de Janeiro. v. 2.n. 1.p . 83-90, Maio. 1994.

PARKS, S. M.; NOVIELLI, K. D. *A Practical Guide to Caring for Caregivers*. **American Family Physician**, v. 62, p. 2613-2620, 2621-2622. Disponível em: < <http://www.mdconsult.com> >

PATRICIO, Z. M. Qualidade de Vida do Ser Humano na Perspectiva de Novos Paradigmas: Possibilidades Éticas e Estéticas nas Interações Ser Humano-Natureza-Cotidiano-Sociedade. In: PATRÍCIO, Z. M; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. (Org.) **Qualidade de Vida do Trabalhador: uma Abordagem Qualitativa do Ser Humano através de Novos Paradigmas**. Florianópolis: do Autor, 1999. p. 19-88.

QUINTANA, A. M. **A Ciência da Benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. EDUSC. [s.d]

RABELO, M. C. Religião e Cura: Algumas Reflexões Sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 9. n. 3. p. 316-325, jul/set, 1997.

RIBEIRO, A. C. T. A natureza do poder: técnica e ação social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 13-24, 2000.

SANTOS,C.S.V; PRADO,L.M; BOEHS,E.A. Atuação da enfermeira junto ao casal/RN, no processo de parir, embasada na teoria de Madeleine Leininger. **Texto e Contexto**. Florianópolis: v.9, n 2, p.375 - 387,mai/ago.2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO, **Projeto promove a família como núcleo básico da abordagem no atendimento a saúde da população**. São Paulo, Disponível em: www.portal.prefeitura.sp.gov.br, acesso em 25 set, 2003.

SENA, R.R.; LEITE, A .C. J; SANTOS, O . C . F; GONZAGA, L. R. O Ser Cuidador na Internação Domiciliar em Betim/ MG. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V. 53. n . 4, p 544- 554, out/dez, 2000.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147 p.

SIMIONI, A. M. C.; LEFÈVRE, F.; PEREIRA, I.M.T.B. **Metodologia Qualitativa nas Pesquisas de Saúde Coletiva: considerações teóricas e instrumentais.** Centro de Estudos e Pesquisas em Direito Sanitário da USP. Série Monográfica, n. 2, 1996. 21 p. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/FSP.HTM>> Acesso em: 23 jan. 2003.

SILVA, Y. F. e. História de saúde e doença: a medicina popular na Ilha de Santa Catarina. In: REUNIÃO ANUAL DE ANTROPOLOGIA, 1990, Porto Alegre. **Anais...**Porto Alegre: UFRGS, 1990.

SILVA, Y. F. **Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha.** Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 1991.

SILVA, Y. F. e. Antropologia da saúde – sistemas de curas e alternativas populares de tratamento. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1994, Goiânia. **Anais...**Goiânia: ABEn-GO, 1994.

SILVA, Y. F. e. Ser ou estar saudável: o que pensam e o que fazem as mulheres negras de 12 – 65 anos quando estão doentes? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 1995, Salvador. **Anais...**Salvador: ABEn-BA, 1995.

SILVA, F.N.E; GONÇALVES, T.H.L; LEMOS, O. D. O cuidar/ cuidado do idoso doente fragilizado com seu familiar cuidador – fundamentado na teoria de Madeleine Leininger. **Texto e Contexto.** Florianópolis: v.9, n 2, p.39 –45. mai/ago.2000.

SILVA, Y. F.; SCHOLZE, A.S.; FAGUNDES, A. M. A.**Riscos Potenciais à Saúde em Itinerários de Cura e Cuidado Observados por Agentes de Saúde que Visitam Famílias com Pessoas sob Cuidados Domiciliares.** 2004. 62 p. Relatório Final (Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação) Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2004.

SZYMANSKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. **Serviço Social & Sociedade.** n. 71. ano XXIII, p. 9-25, (especial) set. 2002.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciências & Saúde Coletiva.** v. 7. n. 2. p. 363-372, 2002.

TEIXEIRA, M. B .**Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2002.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** v.4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALDOW, V. R.; MEYER, D. S. ; LOPES, M. J. M. Maneiras de cuidar/maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. **Gestão de serviços de saúde:Descentralização, Municipalização do SUS.** São Paulo: EDUSP, 2001

ANEXOS

Anexo 1



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC
Departamento de Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Nome Sr(a). _____
Idade _____ Sexo _____ de nacionalidade _____
Domiciliado(a) em _____
De profissão _____ e RG _____,

foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “ Família e Cuidadores Domiciliares: Uma Proposta de identificação das Redes de Apoio e Suporte Utilizadas no Domicílio.

O(a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo identificar as redes de apoio e suporte utilizadas pelas famílias da Barra do Rio durante uma enfermidade ou outros problemas limitantes do ponto de vista do processo de saúde e doença.

Embora o(a) Sr(a) venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) sr(a). poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao sr(a) serão sigilosos e privados, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

A coleta de dados para a pesquisa será desenvolvida através de entrevistas individuais ou coletivas e observações feitas durante as visitas domiciliares, garantindo-se privacidade e a confidência das informações. O estudo e será realizada pelo mestrando Dagoberto Mior de Paula, sob a supervisão da Prof^a Dr^a. Yolanda Flores e Silva.

Balneário Camboriú (SC) _____ de _____ de 2004.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Apêndice 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dado de Identificação:

Nome:

Idade:

Condição civil:

Numero de filhos:

Religião:

Tipo de Moradia:

Numero de cômodos:

Numero de moradores

Escolaridade:

Há quanto tempo mora no local:

1. O que é ter saúde para você?
2. O que é estar doente para você?
3. O que você faz quando precisa de ajuda?
4. Em situações de problemas de saúde quem você procura?
5. Você considera que essas soluções foram as melhores?