

DANIELA ABDALA DE SOUSA

**SIGNIFICADO DA SAÚDE E DA DOENÇA
PARA MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
CENTRO DE SAÚDE DA LAGOA DA CONCEIÇÃO –
FLORIANÓPOLIS/SC**

**Trabalho apresentado á Universidade
Federal de Santa Catarina, para conclusão
do curso de Graduação em Medicina**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

DANIELA ABDALA DE SOUSA

**SIGNIFICADO DA SAÚDE E DA DOENÇA
PARA MORADORES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO
CENTRO DE SAÚDE DA LAGOA DA CONCEIÇÃO –
FLORIANÓPOLIS/SC**

**Trabalho apresentado á Universidade
Federal de Santa Catarina, para conclusão
do curso de Graduação em Medicina**

Presidente do Colegiado do curso: Dr. Ernani Lange S. Thiago

Professora orientadora: Dra. Silvia Cardoso Bittencourt

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

“o homem é seu livro de estudo,
ele precisa ir apenas virando as páginas
deste livro e descobrir o autor”
Jean-Yves Leloup

Dedico este trabalho
a minha irmã que apesar de tão longe
sempre se mostrou a pessoa mais perto nas horas
mais difíceis nestes seis ano

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio e confiança que sempre depositaram em mim.

A minha orientadora, Silvia Cardoso Bittencourt, pela paciência que teve comigo para realização deste trabalho e pelos ensinamentos que tive na prática diária junto a comunidade no Centro de Saúde Rio Tavares.

Ao Tales, companheiro de todas as horas, alegres ou tristes, por estar sempre ao meu lado com carinho, amor e confiança.

A todas as pessoas que aceitaram participar deste estudo, abrindo a porta de suas casas, contando parte de suas vidas, alegrias, anseios e sofrimentos.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
SUMMARY	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 SAÚDE E DOENÇA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS	5
2.1 Aspectos históricos.....	5
2.2 Conceitos.....	9
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4 METODOLOGIA	14
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5.1 Saúde.....	18
5.2 Doença.....	21
5.3 Percepção individual do estar doente.....	27
5.4 Formas de assistência à saúde.....	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
NORMAS DOTADAS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXO 1	43
ANEXO 2	44
ANEXO 3	45

RESUMO

Introdução: compreender a natureza da saúde e da enfermidade humana é um tema que tem sido muito explorado nas últimas décadas por diferentes autores. Este atual interesse pelo tema pode ser justificado pela condição em que se encontra a saúde mundial. Através do estabelecimento dos significados os estudos procuram compreender quais os objetivos de saúde que devem ser alcançados e quais as prioridades. **Objetivo:** avaliar os significados atribuídos aos termos saúde e doença em moradores da área de abrangência do Centro de saúde Lagoa, relacionando estes as formas de assistência à saúde procuradas pela população. **Métodos:** abordagem qualitativa, instrumentada com entrevistas semi-estruturadas como forma de extrair percepções em relação ao tema proposto. **Resultados:** saúde vista como algo positivo e almejado, ligada diretamente a felicidade, também representando estar habilitado para o trabalho e para o lazer. Doença vista como o contrário da saúde; são mencionados os sintomas físicos e emocionais assim como os aspectos sócio-econômicos envolvidos, mostrando a pluridimensionalidade do fenômeno; qualidade de vida, medo e preocupação aparecem no discurso de alguns entrevistados. A percepção individual do estar doente se dá pela observação de sintomas físicos e emocionais. Como formas de assistência à saúde foram citadas a informal, com a automedicação e uso de chás; a popular, na figura da benzedeira; e a profissional, citada por todos os entrevistados. **Conclusão:** a realidade encontrada sobre o significado da saúde e da doença mostra um conjunto de percepções formadas pela história de vida particular e pela história coletiva dos entrevistados.

SUMMARY

Introduction: to understand the nature of the health and of the human illness is a theme that has been a lot exploited in the last decades by peculiar authors. This current interest for the theme can be justified by the present condition of world health. **Objective:** it evaluate the meanings attributed to the terms health and illness in residents of the area of inclusion of the Lagoa Health Center, relating these forms of health attendance sought by the population. **Methodology:** It was opted to a qualitative study, it was used interviews and participants comments as form to pull out the perceptions of the participants concerning the theme. **Results:** health appears like something positive and longed for, tied directly with the happiness, also representing to be enable for the work and for the leisure. Illness appears like the contrary one of the health; it is mentioned the emotional and physical symptoms as well as the socio-economic aspects involved; quality of life, fear and worry appear in the talk of some interviewed. The individual perception of be sick is related by the emotional and physical symptoms observation. As forms of health attendance were mentioned the informal, with the self-medication and use of teas; the popular, in the illustration of the benzedeira; and the doctor, mentioned by all the interviewees. **Conclusion:** the reality found about the meaning of the health and of the illness shows an assembly of perceptions formed by the history of private and by collective life of the interviewees.

1 INTRODUÇÃO

Compreender a natureza da saúde e da enfermidade humana é um tema muito instigante. Desde explicações mais simplórias até elaboradas teorias, o homem sempre procurou significados para explicar o que sente. Conceitos sobre saúde e doença são continuamente reformulados tanto no campo científico quanto no leigo. Atualmente, o interesse por estes conceitos parece mais presente do que nunca.

A saúde da população mundial encontra-se em um estado preocupante. Nos países ditos em desenvolvimento a escassez de recursos é grande e as repercussões de tal fato trazem a tona questões éticas em relação ao planejamento e melhor utilização dos haveres disponíveis. Nos países ocidentais, que possuem um privilegiado estado de saúde, começa a existir uma preocupação com a demanda em relação aos cuidados e tratamentos, já que sua população é cada vez mais idosa e com mais doenças. Portanto até os países privilegiados se vêem em um estado de crise no que se refere a recursos financeiros e outros recursos.¹⁹

Os estudos na área procuram então compreender quais os objetivos de saúde que devem ser alcançados e quais as prioridades.¹⁹ Entendendo que o conceito de saúde varia entre as diferentes populações, entre as diferentes culturas, compreendê-lo poderia ajudar a determinar o grau de saúde considerado aceitável por aquela população e em conseqüência facilitar o planejamento em saúde, trazendo resultados mais expressivos aliados a um menor custo.

Podemos dizer que o ponto inicial para compreendermos a enfermidade ou a não enfermidade está no fato daquela sempre estar ligada a uma experiência, é o acontecimento subjetivo de um indivíduo se sentir mal de forma física ou psíquica que o leva a condição de doente. Embora processos patológicos possam estar em nosso corpo sem que tenhamos conhecimento, estes serão considerados enfermidades apenas quando se tornam sensíveis ao indivíduo doente. A enfermidade é mais que uma experiência subjetiva, na medida em que as os sintomas por si traduzem informações isoladas desprovidas de significados. As experiências são então organizadas em sistemas significantes, dando sentido e, portanto, significado.¹

Como observa Sartre (1972) citado por Alves: “*significar é indicar outra coisa indica-la de tal forma que desenvolvendo a significação se vá encontrar precisamente o*

significado". A saúde e a doença constituem portanto uma interpretação do indivíduo da sua subjetividade. Essa interpretação é sempre pessoal mas fundamentada em significados adquiridos e produzidos na vida cotidiana, em processos de interação e comunicação com outras pessoas. Faz-se importante também ressaltar que o significado deve sempre ser aceito sócio-culturalmente pelos semelhantes para que seja legitimado pelo indivíduo. Segundo Alves P. C. (1993): "..., os padrões culturais que as pessoas utilizam para interpretar um dado episódio de doença são criações sociais, ou seja, são formados a partir de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente".¹

Na sociedade como um todo, a saúde e a doença têm significados fundamentados em uma base ampla, que reflete a sabedoria popular, as experiências individuais e coletivas, as características da cultura local e também concepções atuais e pregressas da classe médica, entre outras influências. Nas sociedades rurais a medicina popular ainda tem grande preponderância, enquanto nos centros urbanos, apesar de presente, perde sua força diante da medicina científica institucionalizada. Assim, a mesma enfermidade pode ser interpretada de maneiras completamente diferentes por pacientes provenientes de culturas e contextos distintos. Tanto o significado dado aos sintomas quanto a resposta emocional são influenciados pela personalidade do indivíduo, suas experiências passadas e o contexto social, cultural e econômico em que aparecem.¹⁴

Em relação à medicina profissional e a população geral podemos observar que médicos e pacientes vêem os problemas de saúde de maneiras muito diferentes, ainda que possuam uma base cultural semelhante. Durante o processo de formação médica, os alunos adquirem uma perspectiva particular dos problemas de saúde, que se baseia na racionalidade científica, na mensuração objetiva e numérica, nos dados psicoquímicos, no dualismo mente-corpo, na visão das doenças como entidades e na ênfase no paciente individual, não na família ou na comunidade. A medicina atual é voltada para a descoberta e a quantificação das informações biofísicas, renegando aspectos menos mensuráveis, como o social e o emocional, tidos como menos importantes.^{4, 7, 13}

Poderíamos dizer que a doença apresenta duas dimensões: uma física e uma "experencial". A primeira é estudada nas faculdades de medicina e vivida cotidianamente na prática clínica pelos profissionais de saúde. A segunda, dita "experencial", ligada ao paciente e a sua maneira de viver e perceber o sofrimento e a dor, muitas vezes é relegada a segundo plano ou mesmo esquecida pelos profissionais. De acordo com Caprara (1996) o aspecto

“experencial” é “... freqüentemente ignorado pelos profissionais da medicina na prática cotidiana, sendo completamente esquecido já na fase da formação médica”.^{1,7}

Atualmente muito se comenta sobre uma “medicina mais humana”, Herlich (1991) citado por Caprara afirma: “...a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa, (...) a história da medicina nos mostra de que modo as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem estabelecer-se nos dois sentidos...”. Caprara em sua obra explora a idéia de Gadamer (1994) sobre “médico ferido”, de acordo com esta nova visão o médico deve estar consciente em relação ao sofrimento e a dor como signos de uma dimensão coletiva, levando em consideração o paciente na integridade da sua vida.⁷

A compreensão dos diferentes fatores que participam na construção de “realidades médicas” pelos pacientes se mostra de grande importância na relação destes com os médicos. O conhecimento dos significados que predominam em um grupo, facilita a comunicação com indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles. Uma maneira de superar as dificuldades na relação médico-paciente é a tentativa do médico em compreender como o paciente e seus familiares vivem e interpretam a origem e o significado da doença, considerando não somente a visão física, mas também a social, emocional e comportamental.^{4,7}

Acreditamos que uma maior sensibilidade por parte do médico frente ao sofrimento do paciente e a transformação da prática médica em uma medicina mais humana requer uma maior compreensão de como se faz a percepção da doença pelo paciente. A partir do momento em que se amplia a compreensão do processo que o paciente está experienciando, pode-se buscar novas abordagens que contribuam para o processo de cura. As reações emocionais dos pacientes aos problemas de saúde são tão relevantes para o encontro clínico quanto os dados fisiológicos. Uma forma de compreender a situação em que o paciente se encontra seria trazer seus conceitos para a discussão e conhecer dados sobre sua base cultural, religiosa e social, suas experiências anteriores com problemas de saúde, entre outros aspectos.

Um planejamento de programas de saúde que pretenda satisfazer as necessidades de sua população precisa compreender os problemas que a atingem. Muitas vezes os trabalhadores de saúde não conhecem com profundidade esses problemas e, na maioria das vezes, nem se interessam pelos conceitos que a população que atendem tem da saúde e da doença.²⁸ Tendo em mente uma visão mais ampliada da situação do paciente, não centrada

apenas nos aspectos fisiológicos da enfermidade, procuramos desenvolver a pesquisa sobre a visão de moradores da área de abrangência do Centro de Saúde da Lagoa em relação a saúde e a doença.

O presente trabalho foi desenvolvido levando em consideração a importância de se explorar o significado da saúde e da doença nas diferentes populações para um melhor planejamento em saúde e melhora na relação médico-paciente. Buscamos apreender os significados e questões relacionadas aos termos saúde e doença em uma população de moradores da área de abrangência do Centro de Saúde da Lagoa, com o objetivo de chamar a atenção para um tema que consideramos de grande importância, quer seja em relação aos aspectos teóricos que não são abordados durante a formação acadêmica, quer seja na prática médica profissional individual ou coletiva.

2 SAÚDE E DOENÇA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITOS

2.1. Aspectos históricos

As crenças sobre a saúde e a doença acompanham a evolução do homem desde os tempos mais remotos. As primeiras concepções leigas remetem as representações mágicas ligadas as práticas sociais diárias. A doença era vista como resultado de forças sobrenaturais, sendo o homem impotente diante das mesmas. Os doentes eram freqüentemente abandonados, mutilados, mortos ou abandonados.²⁸ A transmissão de conhecimentos sobre a saúde e a doença era feita verbalmente de geração a geração, inclusive entre os responsáveis pela assistência a saúde socialmente aceitos.¹⁴

Na Grécia clássica iniciou-se uma nova fase na história da medicina com o surgimento da Escola de Cós, apesar da sustentação empírica, procurava estabelecer alguns princípios racionais de observação para interpretação da saúde e da doença. A doença não era mais vista como vontade de deuses ou fruto da magia, e sim de processos naturais que têm suas próprias leis, assim como a natureza tem as suas. Também era apregoado que o corpo humano possuía seus poderes naturais de cura que não deviam ser contrariados em estado de doença. Hipócrates considerava que a saúde era fruto do equilíbrio de fatores internos (humores) e externos (contexto social e ambiental). A teoria sobre emanações/miasmas para a origem das doenças e epidemias, que serviu de base para a visão biologicista da saúde, assim como as influências dos astros sobre os processos mórbidos fizeram parte do pensamento hipocrático. Hipócrates preconizava a higiene da água, dos ares e dos lugares, base para a multicausalidade do processo saúde-doença.^{12, 25, 28}

A concepção humoral dos gregos e sua ênfase na higiene foram continuadas por Galeno na Roma antiga. Para ele, a saúde deveria ser avaliada por critérios de equilíbrio, já que a mesma se dava pela harmonia da natureza e dos humores existentes no homem. Nessa definição não existe uma concepção relacional evidente entre homem e natureza, de certa forma, existe uma passividade no indivíduo, sem questionamento nítido sobre aquilo que é natural no ser vivo e o que não é.^{12, 25}

Durante toda Idade Média as representações da saúde e da doença revelavam um profundo caráter religioso influenciado pela igreja católica. Os hospitais medievais do ocidente eram na verdade casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos e também instrumento de separação e exclusão quando serviam para isolar os doentes do restante da população. Apesar de um dos fundamentos básicos da assistência nestes hospitais ser a caridade, segundo Caprara: *“enquanto representações terapêuticas, estes hospitais são a analogia social das sangrias individuais que lhes foram contemporâneas, expulsando o mal e purificando o corpo social”*.²⁵ A partir da Idade Média teve início a concepção do dualismo mente-corpo ou carne-espírito, salientando a necessidade em se manter o zelo com o espírito como uma via para a manutenção da pureza do corpo.^{25, 28}

O declínio da Idade Média foi acompanhado de um crescente interesse pela morte e seu caráter inexorável. Com o final do feudalismo, o conhecimento pagão renasceu, impondo uma racionalidade humanista de cunho profundamente individualista. O mercantilismo veio a substituir as relações feudais, trazendo os burgos como local de livre circulação de mercadorias e de idéias. Do comércio com o Oriente foram resgatadas obras hipocráticas e de Galeno que haviam sido traduzidas para o árabe.²⁸

Um outro contexto científico foi se estabelecendo com a valorização do individualismo, da criatividade e do saber. No campo da saúde e da doença predominava o antagonismo mente-corpo, o homem era visto como uma máquina animal, onde a mente era simplesmente um fator secundário do corpo e a cura era centrada isoladamente no sintoma. As práticas intervencionistas predominavam reforçando a idéia de um homem reagente e mecânico. Houve o desenvolvimento de uma nova racionalidade científica, que alcançou sua expressão máxima com René Descartes e Francis Bacon, através do empirismo indutivo e o racionalismo dedutivo. A visão do homem como um dominador da natureza estimulou e movimentou as navegações e os descobrimentos, as ciências e as artes.^{25, 28}

As noções e conceitos sobre saúde e doença proliferaram. O desenvolvimento da astrologia inspirou a combinação dos saberes da Mesopotâmia e Egito com as teorias de Galeno. As influências dos astros estavam ligadas a ocorrência de epidemias e participaram das “constituições” de Thomas Sydenham no século XVII e de sua classificação das doenças, segundo as espécies botânicas. Entende-se como constituições os agrupamentos de uma espécie mórbida vinculados a um certo número de influencias ambientais. As participações dos astros deram um sentido cósmico as epidemias.²⁵

Outras concepções que surgiram nos séculos XVII e XVIII foram a dos iatroquímicos, postulavam a química da vida nos corpos humanos; a dos iatromecânicos, corpo humano visto como uma máquina e a doença como o seu mau funcionamento, surge a segmentação do corpo em órgãos e sistemas; e a dos animistas que tinham a alma, o ânima, como o princípio vital, sendo o seu tônus distribuído pelo corpo através do sangue e seu equilíbrio evidenciado por contrações ou relaxamentos. Em todas estas concepções havia a mistura de invocações divinas e espirituais com chamamentos à química e à física, imbricando-se com circulações humorais, reações químicas, fermentações, movimentos corpusculares e forças de ordem física.²⁵

A atenção central foi transferida dos líquidos (humores) para os elementos sólidos, que passaram a participar mais das representações de saúde e doença. O movimento dos tecidos constituiu o suporte conceitual sobre o qual se assentou a medicina fisiológica de François Joseph Victor Broussais. Para ele a doença não era algo que se instalava no corpo, mas o próprio movimento dos tecidos devido aos estímulos irritantes.²⁵

Através dos estudos de casos a beira do leito em hospitais, devidamente transformados em instrumentos terapêuticos e educacionais, Pierre-Jean-Georges Cabanis, Phillipe Pinel e Marie François Xavier Bichat promoviam o nascimento da clínica com a classificação de doenças como entidades bem estabelecidas através de um conjunto de sinais e sintomas.^{12, 25}

Com o surgimento dos estados absolutistas e do mercantilismo, vem a necessidade da quantificação das riquezas produzidas, assim como do povo como elemento produtivo. O espírito de quantificação e qualificação impulsionou para que surgissem os classificadores de doenças dos séculos XVII e XVIII. Como visto anteriormente, entre os primeiros classificadores a inspiração foi a botânica, semelhante às plantas as doenças nasciam, cresciam e morriam, possuindo também uma história natural.²⁵

A medicina social surgiu impulsionada por três contextos distintos em países diferentes. Na Alemanha surgiu a polícia médica alemã que instituía, através do Estado, medidas compulsórias de controle de doenças. Na França apareceu a medicina urbana preocupada com o saneamento das cidades que buscavam uma nova identidade social. E na Inglaterra, onde havia sido mais rápido o desenvolvimento de um proletariado, surgiu uma medicina da força de trabalho.²⁵

No início do século XIX ganha força a Medicina Social, impulsionada pelo avanço do capitalismo que gerou o aparecimento de novas doenças decorrentes do modo de produção e

da forma de exploração do ser humano como força de trabalho.¹⁴ Virchow, considerado o pai da medicina social, afirmava que as doenças eram causadas pelas más condições de vida e propunha mudanças nas leis para que houvesse superação do modelo exploratório da força de trabalho, colocando o Estado como responsável por isso.^{14, 25}

O desenvolvimento dos conhecimentos em áreas como patologia, histologia, bioquímica, fisiologia, anatomia e, principalmente, microbiologia a visão de Medicina Social deixou de ser dominante na Europa. A partir da descoberta das bactérias, muitos médicos e formadores de opinião passaram a acreditar que a medicina daria conta de solucionar a maioria dos problemas de saúde, sem contemplar os problemas sociais.^{12, 28}

Nos Estados Unidos passa-se a sobressair o ensino médico fundamentado no ensino de ciências básicas, na medicina hospitalar, no treinamento clínico e pesquisa científica, com uma visão marcadamente biologicista da doença. Abraham Flexner foi encarregado de realizar uma reforma na educação médica objetivando uma padronização dos currículos que culminou com o Relatório de Flexner em 1910. Com a reforma flexneriana a doença passou a ter uma concepção individual e biológica, a saúde pública perdeu força na construção de sua identidade. Este modelo de ensino foi sendo passado para outros países, no Brasil se consolidou após o golpe militar de 1964, quando se instaurou no país uma política que favorecia interesses internacionais, como a expansão da indústria farmacêutica e do complexo médico-industrial.^{9, 12}

A medicina alcançou nos últimos 150 anos grande sucesso e prestígio estabilizando-se como uma ciência empírica biológica, no século XIX a maior mudança foi a ênfase nas teorias biológicas puramente científicas, sedimentando a medicina profissional como uma ciência experimental. Graças a isso grandes avanços foram feitos quanto a diagnóstico e possibilidades terapêuticas.¹⁹ Contudo esse padrão de medicina, altamente tecnológico, levou a um aumento substancial nos custos do cuidado de saúde; a ênfase na doença e o distanciamento do médico do paciente-indivíduo que passou a ser fragmentado em partes como a própria medicina; o tecnicismo transformando as ações em atos impessoais e a perda do ritual do ato médico vieram trazer novas e não vantajosas conseqüências. Entre elas temos o aumento do custo dos serviços de saúde, a relação médico paciente cada vez mais abalada, a insatisfação com os serviços de saúde e com a classe médica e a busca por terapias alternativas, entre outras.²⁰

Atualmente, a medicina ocidental passa por uma crise na qual a visão biologicista predominante vem acarretando além da perda da terminalidade do ato médico, a pouca consideração à subjetividade e cultura do doente, com conseqüente insatisfação de grande parte dos usuários dos serviços de saúde. Isso vem impulsionando movimentos de mudança, para o resgate de uma medicina que contemple o processo saúde-doença, abordando o ser humano nas suas dimensões biológica, psicológica e social.

2.2. Conceitos

No dicionário “conceituar” é sinônimo de classificar, reputar, definir.⁶ Segundo a filosofia a nossa linguagem reflete nossos conceitos gerais, isto de tal modo que nós podemos descobrir a natureza do conceito pelo estudo do modo como empregamos um termo. A investigação na área dos conceitos tem se detido ou nos fenômenos cognitivos, ou nos fenômenos sociais que levam aos mesmos. A influência destes últimos se dá pelo fato de todas os indivíduos serem membros de uma sociedade num certo momento histórico, sendo influenciados por valores da sociedade em que estão inseridos para formação de seus conceitos.³

Existem diversas conceituações clássicas para saúde, uma delas é a da OMS (1948) que diz: “saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e de enfermidade”. Esta definição, considerada muitas vezes utópica, mostra um estado de perfeito bem estar em três aspectos essenciais da vida, assim, a saúde fica aqui identificada como a melhor situação imaginável do ponto de vista da felicidade. A declaração de Alma Ata (1978) acrescenta ao conceito da OMS a necessidade de prevenção e promoção da saúde para todas as pessoas em todo mundo, tendo como base e equidade social, a garantia de saúde pública, a responsabilidade política e a destacada importância da assistência primária. A Conferência de Ottawa (1986) resultou no primeiro documento internacional de promoção de saúde: a Carta de Ottawa. A promoção de saúde foi definida como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde, sendo dessa forma relativa ao bem estar individual e coletivo. A Carta de Ottawa ressalta cinco áreas de ação que fornecem os fundamentos para a provisão de promoção de saúde, incluindo o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambiente

sustentável, o fortalecimento da participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades individuais e a reorientação dos serviços de saúde.²⁰

Vários pesquisadores da atualidade refletem sobre os problemas de saúde, suas origens, sobre os serviços sanitários e especialmente sobre como conceituar saúde e doença. Junto a estas reflexões científicas existe o campo leigo e não profissional, que também reconhece e redefine constantemente a doença e a saúde.^{19, 28, 29}

Segundo Canguilhem (1978), estudado por Teixeira, a saúde seria definida pela capacidade de tolerância que o indivíduo tem com as infidelidades do meio. Este tipo de definição mostra como o conceito pode ser diferente entre as pessoas, já que algo pode ser normal ou tolerável para um indivíduo e para outro não. Este autor critica o valor de normalidade com uma visão puramente estatística que tem sido desenvolvido na literatura médica, para ele: *“O homem só se sente normal, quando se adapta ao meio e as suas exigências, se sente normativo, quando pode seguir suas normas de vida”*.²⁸ Referenciado por Teixeira, Canguilhem (1978) também define doença a partir de sua relação com os conceitos de normal e anomalia, para ele *“a doença é o abalo e a ameaça à existência, por conseguinte sua definição exige, como ponto de partida a noção de ser individual”*. A diversidade não é vista como doença, o anormal não é patológico, pois este implica em sofrimento e em impotência. Na definição de Canguilhem existe uma certa perspectiva ecológica pois a passagem para o estado de doença se dá quando a pessoa não pode mais viver em conformidade com o seu meio, ou seja, quando perde a capacidade de instituir novas normas, sobrevivendo o sentimento de impotência.²⁸

Teixeira também cita San Martin & Pastor (1989) que adotam os termos saúde e doença conjuntamente, pois acreditam que exista uma relação causal entre estes capazes de definir suas próprias identidades. Segundo Teixeira para eles a saúde e a doença constituem processos dinâmicos, evolutivos e históricos, sendo cada um representante de um processo de relação com o meio, só que em direções opostas. Aqui podemos evidenciar o conceito de complexo saúde-doença, salientando que seria um erro considerar a palavra normal como sinônimo de saúde. Saúde seria um estado relacionado não somente ao conceito médico, segundo este autor, mas também ao ambiente de vida da população e do indivíduo, com sua cultura e educação, com os comportamentos sociais e com o nível de desenvolvimento social.²⁸

San Martin, citado por Teixeira, também traz uma perspectiva ecológica do processo saúde e doença. A doença é representada como um desequilíbrio biológico, ecológico e social, como uma falha dos mecanismos de adaptação do organismo e uma falta de reação aos estímulos a que está exposto.

Helman em sua obra utiliza os termos doença (“illness”) e enfermidade (“disease”) com significados distintos. “Disease” se refere a tudo aquilo que é considerado desvio dos valores ditos normais, acompanhado de anormalidades na estrutura e funcionamento dos órgãos e sistemas. “Illness” seria a experiência pessoal do problema de saúde e o significado que o indivíduo confere ao mesmo.¹³ Em outras palavras: doença é o que o paciente está sentindo ao se dirigir ao consultório médico e enfermidade o que ele tem ao retornar do consultório. Segundo este mesmo autor, na concepção da população a doença (“illness”) mostra-se como um processo social, envolvendo experiências subjetivas de mudanças físicas e emocionais e a confirmação destas por outros indivíduos do grupo, na maioria dos casos, se faz necessária.¹³

Em trabalhos mais recentes, em nosso meio, a temática vem sendo constantemente abordada. Em uma pesquisa feita em escolas, Boruchovitch observou que professores e escolares tinham uma visão onde predominava os aspectos biológicos e orgânicos da saúde e da doença.³ Já Teixeira em uma abordagem feita com idosos observou a ligação entre saúde-doença e a independência para realizar atividades.²⁸ Alves também se refere a temática em um de seus trabalhos em um Centro de Saúde onde os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença são abordados pelas pessoas.¹

Em muitas sociedades não industrializadas o conceito de saúde está relacionado ao equilíbrio das relações dos homens entre si, destes com a natureza e com o mundo sobrenatural. Nas sociedades industrializadas ocidentais, as definições de saúde tendem a ser menos abrangentes, mas também envolvem aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Individualmente as definições têm uma ampla variação, apesar das influências dos aspectos do grupo social e cultural em que estes indivíduos estão envolvidos.¹³

Talvez mais divergente que o conceito de saúde, entre médicos e população, é o conceito de doença. No conceito médico profissional as doenças, encaradas como enfermidades, são universais em forma, desenvolvimento e conteúdo, ou seja, partem do pressuposto que determinados sintomas ou condições patológicas serão sempre a mesma enfermidade em qualquer parte do mundo, seja qual for a cultura ou sociedade em que

apareça. Fatores como personalidade, religião e padrão socioeconômico são, frequentemente, considerados irrelevantes na realização de diagnóstico e prescrição de tratamento.¹⁴ O modelo médico ao qual nos referimos é o da medicina atual realizada no ocidente, influenciada pela reforma flexneriana, onde há o predomínio da concepção individual e biológica

Cada cultura exprime as suas definições sobre saúde e sobre doença. O homem é um produto da cultura a qual pertence. Quando pretendemos agir, portanto, sobre uma doença, de forma preventiva ou curativa, não podemos encará-la de forma apenas individual, tendo como alvo unicamente a pessoa que está doente. Saúde e doença têm muita relação com os comportamentos da população e com sua cultura.²⁸

Levando em consideração os diferentes conceitos de saúde e doença, pensamos que buscar como estes se expressam na população em que o profissional médico atua, ajudaria a estabelecer uma melhor relação médico-paciente e um melhor planejamento do uso dos recursos disponíveis para saúde. Para conhecer, como foi observado anteriormente, faz-se necessário entender os hábitos de vida, entrar na cultura, compreendermos como se dá a “doença” e não somente diagnosticar e tratar a “enfermidade”.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Conhecer os conceitos atribuídos aos termos saúde e doença em moradores da área de abrangência do Centro de Saúde da Lagoa.

3.2. Objetivos específicos

3.2.1. Observar como se dá a percepção individual do estar doente

3.2.2. Conhecer as formas de assistência à saúde procuradas pela população.

4 METODOLOGIA

Metodologia é o “*caminho e instrumental próprio de abordagem da realidade*” (Minayo, 1992). Optamos pelo método qualitativo de pesquisa por acreditar que este permita reconstruir as representações sociais, que segundo Minayo (1992) “*constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais que lhe atribuem significados*”. O significado e a intencionalidade são centrais na pesquisa qualitativa. O presente trabalho trata-se de um estudo de casos com uma abordagem qualitativa. Os significados foram obtidos pela análise do conteúdo dos discursos dos indivíduos entrevistados que forneceram as representações que compõe a parte “*subjetiva*” do trabalho. Pretendemos com isto conhecer as representações sociais dos entrevistados em relação à temática abordada.¹⁸

4.1. População alvo e amostra

O ambiente da pesquisa é a comunidade de moradores da área de abrangência do Centro de Saúde da Lagoa, que é parte do Bairro da Lagoa da Conceição. Este está situado na Ilha de Santa Catarina, no município de Florianópolis. Nele há uma lagoa com cerca de 17,6 km² e profundidade entre 2,8 m e 8,7 m . É um dos dois maiores corpos de água da ilha, comunica-se pelo mar com o canal da Barra da Lagoa.¹⁵

A Freguesia de Nossa Senhora de Conceição da Lagoa foi fundada em 1750, seus moradores cultivavam roças, dedicavam-se a pesca, construíam casas de pau-a-pique barreado, engenhos de farinha e moenda de cana; criavam animais. Distinguiu-se das demais freguesias pela existência de uma indústria doméstica, especializada na fabricação de tecidos, toalhas e riscados. As belas paisagens e o riscado fizeram da Lagoa local de passeio pelos moradores do centro, principalmente aos domingos. Com o tempo passou a ser a segunda residência de alguns florianopolitanos e em seguida a residência dos novos moradores da cidade, acompanhando os movimentos ocorridos na cidade em geral. Os novos moradores instalaram-se por conta da chegada de empresas e repartições públicas na capital do estado, em busca de empregos ou simplesmente em busca de um novo estilo de vida. Provenientes do êxodo rural e da insatisfação com a vida em grandes centros, principalmente São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.¹⁵

Quanto às relações sociais, as transformações econômicas e sócio culturais trouxeram um modo de vida diferente do ser ilhéu. A Lagoa da Conceição é uma das localidades onde melhor se observa tal contradição, com resquícios do passado e crescimento acelerado rumo ao futuro. Ainda restam pequenos redutos da herança rural e da pesca, estes são espaços cobiçados por novos moradores que pretendem aliar o ambiente bucólico, a natureza e os benefícios da urbanização.¹⁵

No presente trabalho buscamos por moradores nativos ou que morassem por pelo menos 15 anos na comunidade da área de abrangência do Cento de Saúde Lagoa para que os entrevistados tivessem maior identificação com a cultura local e maior tempo de convivência no mesmo ambiente.

Foram incluídas na amostra pessoas:

- a) com idade superior a 20 anos;
- b) de ambos os sexos;
- c) em condições de estabelecer comunicação verbal;
- d) moradores da área de abrangência do Centro de Saúde Lagoa da Conceição há pelo menos 15 anos.

Foram excluídas da amostra pessoas:

- a) com idade inferior a 20 anos;
- b) não residentes na área de abrangência do Centro de Saúde da Lagoa da Conceição ou residentes a menos de 15 anos;
- c) que não consentiram participar da pesquisa;
- d) que não conseguiram ou quiseram responder a todas as perguntas do questionário.

Utilizamos o mapa de abrangência da Unidade de Saúde da Lagoa da Conceição, dividido em suas quatorze micro-áreas (segue em anexo), para escolhermos os entrevistados entre diferentes regiões da comunidade, procurando uma maior abrangência. Em 2004, segundo dados da Secretária Municipal de Saúde de Florianópolis, havia 7961 pessoas residentes em sua área de abrangência, destes 50,72% eram do sexo feminino e 49,27% do sexo masculino, sendo que 62% desta população tinha idade entre 20 e 59 anos. Ao final foi entrevistada uma pessoa de cada micro-área.²⁷ O tamanho da amostra foi determinado por acreditarmos que o número de depoimentos obtidos já fosse suficiente para definir as principais categorias para análise neste estudo.

4.2.Procedimentos para coleta dos dados

As entrevistas ocorreram após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos considerando sempre o respeito devido à dignidade humana. O esclarecimento dos sujeitos foi feito em linguagem acessível e incluiu necessariamente: a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa; os benefícios esperados; a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa (sobre qualquer aspecto do processo); a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo; a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos.

Inicialmente as pessoas foram abordadas na sala de espera do Centro de Saúde da Lagoa, quando então foi apresentado o projeto da pesquisa para algumas. Notando que a receptividade não havia sido boa, partiu-se para outra estratégia de abordagem. A partir da referência sobre uma moradora nativa da região, dada por um profissional que trabalhou no Centro de Saúde da Lagoa, foi feita a primeira abordagem diretamente na comunidade na casa dessa moradora. Na casa abordada não encontramos a pessoa procurada, apesar do engano o entrevistador foi bem recebido. A pessoa abordada dispôs-se a fazer a primeira entrevista, servindo de piloto para o trabalho. A partir dessa moradora nativa da comunidade, tivemos acesso à outra pessoa que foi a segunda entrevistada. Com o decorrer do trabalho os contatos passaram a ser realizados diretamente com as pessoas na comunidade de acordo com a micro-área de saúde, em alguns casos foi recebida a ajuda de outros moradores para encontrar pessoas naturais do local ou residentes a mais tempo na comunidade.

Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa foram colhidos através de entrevistas abertas, semi-estruturadas (roteiro para entrevista segue em anexo). Inicialmente pretendia-se utilizar um gravador com posterior transcrição das fitas magnéticas gravadas. Na primeira entrevista realizada percebemos que o gravador estava inibindo o entrevistado, tirando sua espontaneidade e dificultando a interação entre as duas partes (entrevistador e entrevistado). A alternativa foi realizar a entrevista e anotar o depoimento ao mesmo tempo. Após cada entrevista, que durava em média cinquenta minutos, o entrevistador dirigia-se a algum lugar tranquilo e revisava tudo o que havia sido anotado durante a entrevista, completando com o que mantinha na memória em relação às respostas obtidas, assim como as impressões pessoais percebidas sobre o entrevistado e suas respostas.

Na entrevista aberta semi-estruturada o informante fala livremente sobre o tema proposto, mas limitado a um roteiro de questões a serem pontuadas no meio da entrevista. Este tipo de entrevista foi escolhido porque oferece liberdade para o informante para que se alcance a espontaneidade almejada na pesquisa qualitativa, ao mesmo tempo o investigador não fica sendo desvalorizado no processo.^{16, 26} O roteiro para entrevista foi elaborado com quatro perguntas com o intuito de aproximar o entrevistado da problemática da questão. Foram observados os conceitos sobre saúde e doença dos participantes, não deixando de abordar a percepção individual do estar doente e as formas procuradas de assistência à saúde.

4.3.Procedimentos para análise dos dados

A interpretação dos depoimentos foi feita através da análise temática de conteúdo das entrevistas. Delimitamos quatro categorias temáticas, duas centrais: “saúde” e “doença”; outras duas consideradas secundárias as primeiras: o “sentir-se doente” e “formas de assistência à saúde”. Tendo em mente as categorias temáticas a serem abordados elaboramos o roteiro para entrevista.

A partir dos discursos obtidos dos entrevistados selecionamos as categorias a serem analisadas conforme a percepção de suas repetições nos diferentes depoimentos. Sobre os critérios da categorização, nos baseamos em Bardin que evidencia os seguintes princípios: *“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que um deles tem em comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles. (...) A categorização é um processo estruturalista e comporta duas etapas: O inventário: isolar os elementos. A classificação: repartir os elementos, e portanto procurar ou impor uma certa organização às mensagens.”*²

Trechos selecionados dos discursos foram colocados no capítulo 5 como forma de ilustrar as categorias selecionadas. Por fim estabelecemos algumas relações que pareciam pertinentes entre elas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 14 entrevistas, uma em cada micro-área da Unidade de Saúde da Lagoa da Conceição; 9 mulheres e 5 homens fizeram parte da amostra. Suas idades variaram entre 29 e 88 anos, preponderando a faixa etária de 40 a 50 anos. Os entrevistados escolheram os pseudônimos pelos quais são nomeados no presente trabalho. Oito são “nativos” da comunidade: Bete, Luciana, Maria, Clara, Rosa, Ana, Bento e Pedro. Seis moram a pelo menos 15 anos na Lagoa da Conceição, escolheram o lugar por dois motivos principais: busca por melhor estilo de vida e oportunidade de trabalho. Os não nativos são: Paulo, Mara, Vicente, Dário, Aline e Vera.

Apesar de cada um dos entrevistados ter uma história muito particular, que faz com que ele seja único, esta história está embebida no meio social que o circunda, fazendo com que seus discursos apresentem muitos pontos em comum.¹² Geertz afirma: *‘Para muitos, e especialmente pra seus grandes defensores, o senso comum não tem nada a ver com cultura. É a mera verdade de coisas que se aprende naturalmente, simples fatos reconhecidos por homens simples. (...) ao contrário do que propõe essa concepção (ela mesma tão imbuída de senso comum), o senso comum é um sistema cultural: um corpo de crenças e juízos, com conexões vagas, porém mais fortes que uma simples relação de pensamentos inevitavelmente iguais para todos os membros de um grupo que vive em comunidade. (...) [ele] relaciona-se mais com a forma como se lida com o mundo onde determinadas coisas acontecem do que com o mero reconhecimento de que elas acontecem’*.¹¹

Os discursos dos indivíduos participantes do estudo serão citados em itálico com o pseudônimo identificado entre parênteses ao final do texto.

5.1. Saúde

Foi evidente uma certa dificuldade para responder a primeira pergunta: sobre o significado da palavra saúde. Os entrevistados ficavam pensativos e sua expressão facial denotava surpresa, apenas duas pessoas referiram essa dificuldade verbalmente e com explicações que talvez também servissem de justificativa para o comportamento dos outros.

“É uma coisa tão simples... todo mundo quer saúde, pede por saúde... mas definir... acho que poucas pessoas param pra pensar no real significado da palavra, é que parece algo tão comum, a gente aprende desde de criança... saúde... pra vocês que estudam deve ser muito mais fácil, pra nós leigos...” (Bete)

“A gente sabe o que é, mas é difícil dizer assim, colocar em palavras...” (Rosa)

Gadamer (1994), citado por Caprara, fala que enquanto a doença chama nossa atenção pela sua presença, a saúde não desperta nosso interesse, ficando escondida.⁸ Apesar desta reação inicial os entrevistados conseguiram se expressar bem na maioria dos casos, ficando satisfeitas ao final com suas respostas e conclusões. Um fato levantado por muitos entrevistados foi a importância da palavra saúde, seja qual for o significado que esta tenha para cada um. Oito entrevistados lembraram da importância da saúde e como está é almejada pelas pessoas.

“O que todos mais procuram, né?” (Luciana)

“É a melhor e mais importante coisa que tem na vida” (Paulo)

“É uma coisa boa, muito boa, não tem coisa melhor, quem tem saúde tem tudo”
(Aline)

“É uma coisa muito importante, sem e lá não somos nada, é o nosso bem, é a nossa paz, é estar bem” (Ana)

“É uma coisa importante pra qualquer pessoa, sem saúde não se faz nada, não se aproveita a vida...” (Pedro)

Para a grande maioria da população a saúde aparece como um conceito que ultrapassa a dimensão biológica.³ Boa parte dos entrevistados relacionou a saúde à capacidade para o trabalho ou com suas obrigações diárias. Como observado por Queiroz, para grande maioria da população estar doente não significa um evento exclusivamente biológico. Na classe

trabalhadora, que compreende a maior parte dos nossos entrevistados, observamos claramente esta relação, para eles a saúde é uma garantia de subsistência.²⁰ Os seguintes depoimentos evidenciam isto:

“... pra mim saúde significa poder trabalhar, ter disposição, força pra fazer as coisas, se você tem saúde tem independência, depender dos outros é a pior coisa que existe.”
(Paulo)

“Quem tem saúde consegue trabalhar, consegue fazer as coisas.” (Aline)

“Tudo é a saúde, é a vontade de viver, é poder trabalhar, pagar suas contas, fazer suas obrigações... É poder trabalhar. A dignidade do homem tá no trabalho, se não se pode trabalhar...” (Bento)

Para Boltanski (1979) a doença tenderia a ser percebida somente quando houvesse uma incapacitação do desempenho social, representada principalmente pelo trabalho. Outros estudos citados por Queiroz também apresentaram o mesmo resultado, principalmente em classes sociais mais baixas, onde a idéia de saúde é alienada do indivíduo e apropriada pelo meio social via capacidade de trabalho.²⁰

Outros participantes deste estudo associaram a saúde a capacidade para o trabalho e também a capacidade para se divertir.

“Poder fazer as coisas que estou acostumada, poder cuidar da casa, poder passear, ir a missa, conhecer lugares e pessoas novas, poder ir em festas, se divertir, andar pelo lugar que quiser, poder fazer tudo que gosta... Gosto de ir em festa...” (Gabriela)

“É o bem estar, estar de bem com a vida, ter vontade de trabalhar, passear, sair de casa, ter ânimo pra sair, pra se arrumar. Se tens saúde tens vontade de desenvolver atividades.”(Bete)

Oito entrevistados fizeram relação entre saúde e felicidade. A seguir algumas falas que expressam essa idéia.

“A pessoa com saúde tem beleza no rosto, tem o semblante alegre, tá feliz.” (Paulo)

“Saúde é estar feliz... é tudo na vida.” (Ana)

“É viver alegre,... Feliz quem tem saúde,..” (Clara)

“..acho que é a gente se sentir bem, sem nada atrapalhando o corpo da gente, sem dor, sentido que tá tudo bem, tudo em paz, felicidade... Quem tem saúde tem felicidade...” (Rosa)

“Saúde é... estar bem, estar feliz..”(Vera)

Para alguns o significado da palavra saúde chegava a se confundir ao significado da felicidade, sendo as duas palavras usadas muitas vezes com o mesmo sentido durante a entrevista.

“Acho que tem muito haver com a felicidade, se estamos bem, felizes nos sentimos saudável, mas se estamos doente, sentindo mal, dificilmente ficamos felizes. Acho que saúde então é felicidade e felicidade é ter saúde.” (Mara)

Para Dário a saúde está ligada ao fato do homem viver feliz em um ambiente agradável, no seu discurso a palavra felicidade acompanha constantemente o termo saúde.

“É um estado de sentir -se bem... Acho que para ser feliz as pessoas devem buscar suas raízes.(...) O ideal de vida para a saúde e felicidade é viver próximo à natureza,...” (Dário)

5.2. Doença

Tentando definir saúde e doença, percebe-se que não há uma linha divisória absoluta entre os dois conceitos. Ambos fazem parte de um contínuo, em extremos opostos numa mesma linha. O estar saudável pressupõe a possibilidade de ficar doente e vice-versa.²⁸

Este fato foi percebido por 3 dos entrevistados, Bete, Vicente e Rosa, quando falavam sobre o significado da palavra doença.

“É tudo o contrario do que disse antes (significado da saúde), é o extremo oposto... A doença é mais difícil de falar, é uma coisa fora do normal no corpo (pensativa)... normal seria a coisa certa no lugar certo, do meu ponto de vista pra umas pessoas algo pode ser normal, mas pra mim pode não ser, isso varia de acordo com os conceitos de cada um. O normal muda, né? Muda com o tempo, muda com as pessoas.” (Bete)

“Acho que é o contrario do que disse antes (significado da saúde)... É quando nos sentimos mal quando algo está fora do costume, do normal. Normal seria aquilo que é certo ou o mais certo, na doença o normal é aquilo que não vai me fazer ter sintomas, me sentir mal... acho que me enrolei todo” (Vicente)

“Uma coisa muito ruim... (pensativa) é o contrario da saúde... uma coisa triste, a gente fica sem disposição, sem vontade de trabalhar.” (Rosa)

Como observamos acima o conceito de normalidade foi abordado por Bete e Vicente, Pedro também mencionou o termo normalidade quando interrogado sobre o significado da palavra doença.

“Significa que algo não vai bem no corpo, tem algo funcionando diferente do que se é acostumado, diferente do normal...” (Pedro)

Paulo também mencionou normalidade quando interrogado sobre a percepção do processo de adoecer.

“Quando me sinto mal... sinto que as coisas não estão bem... não estão normal. (o que seria normal?) agora, você me pegou... normal é aquilo que parece certo pra todo mundo... pra maioria... sei lá, desde pequeno a gente vai aprendendo o que é normal, o que é bom, os pais ensinam isso pros filhos, o que é certo...” (Paulo)

Adoecer envolve experiências subjetivas de mudanças físicas e emocionais, como mudança na aparência corporal, mudança nas funções orgânicas regulares, nos cinco sentidos, estados emocionais desagradáveis ou incomuns, mudanças de comportamento em relação a outras pessoas e sintomas físicos desagradáveis.¹³ Quatro entrevistados relacionaram o termo doença diretamente a sintomas físicos ou emocionais. Podemos observar isso nos seguintes trechos de entrevista de Ana, Vicente, Clara e Vera respectivamente.

“Doença é uma coisa muito ruim, coisa muito grave. E quando não se pode fazer as coisas, sente-se mal... quer ficar só deitada... sente dor, fica inquieta, fica triste...” (Ana)

“Doença é sentir mal fisicamente, mas também mentalmente. É importante estar com uma cabeça legal, se não você fica doente mesmo, não consegue comer, dormir, trabalhar, é o maldito estresse...” (Vicente)

“Quando se tem doença o corpo fica mole, fica dolorido, fica sem sossego” (Clara)

“..., sentir que tem algo no corpo que está te atrapalhando... nem sempre só no corpo, pode ser na cabeça também, um estresse ou uma depressão.” (Vera)

A relação entre qualidade de vida e doença também foi feita por Bete, Luciana, Dário, Rosa e Vera. O termo qualidade de vida atualmente é utilizado em duas vertentes na linguagem cotidiana por pessoas da população geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas, gestores de políticas públicas e no contexto da pesquisa científica nos diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde. Uma definição clássica citada por Seidl, datada de 1974, diz: *“qualidade de vida é a extensão em que prazer e satisfação tenham sido alcançados”*. Dois aspectos em relação à qualidade de vida ficaram bem estabelecidos: sua subjetividade e sua multidimensionalidade. Quanto a subjetividade trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Já a multidimensionalidade consiste no reconhecimento de que a construção de uma realidade melhor é composta por diferentes dimensões, descobrir quais são estas dimensões constitui o objetivo de vários estudos atuais sobre qualidade de vida.²⁴ Bete, Dário

e Vera colocam a importância do local onde se vive para um estilo de vida mais saudável, tem uma perspectiva mais coletiva sobre a busca por melhor qualidade de vida. Enquanto Luciana e Rosa questionam principalmente os hábitos individuais do estilo de vida atual.

“A doença hoje em dia tem muita relação com o estilo de vida das pessoas, esse estresse... aqui na lagoa muita coisa mudou, acabou o sossego daqui, deste lado da rua antigamente só tinha uma casa, as ruas eram de terra, quando começou essa moda de vir pra praia tomar banho de mar é que as pessoas começaram a vir pra cá... ai começaram a mudar e hoje esta assim...” (Bete)

“Quando era nova as coisas eram melhores, passeávamos, trabalhávamos, comíamos comida boa sem veneno, hoje todo mundo só quer ficar na frente da televisão comendo o que não deve e aprendendo porcaria.(...) Acho que as doenças vêm do jeito que as pessoas vivem hoje, muita coisa artificial, muito hormônio nas carnes.” (Luciana)

“... quando as pessoas estão longe da natureza se sentem mal, vão perdendo a saúde, as cidades grandes fazem isso. Por isso quando os turistas chegam aqui, sobem o morro da Lagoa e avistam esta maravilha que temos aqui, ficam maravilhados, sentem um prazer,(...) O ideal de vida para a saúde e felicidade é viver próximo a natureza, a cidade não contribui para o enriquecimento pessoal, contribui para o enriquecimento financeiro, isto se torna frustrante, as pessoas ficam tristes, adoecem e nem sabe porquê.(...), uma sensação de alívio e bem estar; na verdade isso é inconsciente, inconscientemente eles precisam deste contato com a natureza,...” (Dário)

“.. Acho que as doenças que andam aparecendo por aí são muito relacionadas a esses agrotóxicos que andam colocando na comida, qualquer verdura hoje em dia é cheia destes remédios...é... tem o remédio que serve pra curar e aquele que serve pra matar e eles estão matando o povo com essas coisas...” (Rosa)

“O estilo de vida influencia muito, hoje todo mundo vive apressado, angustiado, preocupado, com medo de assalto... Tem lugares que ainda são bons, mas tem lugares que são impossíveis de se viver, as pessoas ficam doentes num lugar desses, ficam mesmo...” (Vera)

No íntimo de nossa mente, nosso corpo é imortal, a doença vem nos lembrar de que temos corpo de que podemos morrer. O sentimento de uma pessoa que, de repente, vê-se gravemente enferma é de que a partir de seu próprio corpo deixou de ser dona de si.⁵ A preocupação e o medo surgem nos discursos de Ana, Clara, Pedro e Bento, aparece o medo da morte e do desconhecido, nos discursos abaixo.

“Doença é uma coisa até ruim de falar, as pessoas nem querem pensar nela acho que... porque traz sofrimento... porque pode levar a morte e levar as pessoas que gostamos, acho que é isso.” (Ana)

“Quem tem saúde não fica esperando a morte, quem tá doente pensa na morte. Eu ultimamente fico pensando na morte, a gente não sabe como vai viver lá no outro mundo... não sabe como é... fico pensando...” (Clara)

“...é uma palavra pesada... todo mundo foge da doença, procura nem ficar pensando... (por que?) porque traz sofrimento, dor, morte, só traz coisa ruim... Todo mundo que chega a uma certa idade já perdeu algum parente, eu há uns 5 anos perdi minha mãe”
(Pedro)

“Vem a tristeza, vem também o medo porque a gente é leigo não entende direito as coisas, fica com medo de ser uma coisa muito séria... não entende a linguagem dos médico, então a gente vai confiando... tem que confiar...” (Bento)

A doença traz a quebra de uma linha de continuidade da vida, das funções desempenhadas no dia-a-dia, de certa previsibilidade que guardamos do dia de amanhã. A enfermidade transforma o homem de sujeito de intenções para sujeito da ação.⁵

A relação entre saúde-doença e condição econômica é mencionada por Luciana, Pedro e Aline. Em muitos países ocidentais e da América Latina, apesar de um processo de crescimento econômico, estamos assistindo a situações em que as desigualdades sociais e em saúde persistem, até aumentam, mostrando uma real incapacidade da sociedade ocidental em eliminar a pobreza. Na saúde pública, desde a metade do século XX, diferentes autores

demonstraram que, se a pobreza não é causa direta da doença, é o seu principal determinante. Esta abordagem, que mostra que as condições de saúde estão ligadas a fatores macroeconômicos e sociais, não é idêntica do século XX. Citado por Caprara, Rudolph Virchow, na metade do século XIX, afirmava a necessidade de lutar contra as desigualdades sociais, origem principal das doenças assim como Villermã na França demonstrava em 1820-1830 as diferenças das taxas de mortalidade entre as classes ricas e pobres. A influência dos fatores macrosociais e do contexto político-econômico sobre as condições de saúde da população e da própria prática médica, foi objeto nos anos 60-70, das abordagens marxistas da medicina social. Nos mesmos anos e com uma perspectiva similar desenvolveu-se a epidemiologia crítica, chamada também epidemiologia social.⁸

A associação entre problemas de saúde e má condição econômica foi citada sob dois aspectos pelos entrevistados nesta pesquisa: as melhores condições de saúde das pessoas com melhor condição financeira e o acesso mais fácil destas a medicina privada, tida como de melhor qualidade e resolutividade.

‘Pra quem tem dinheiro ter saúde é mais fácil, é mais fácil pra conseguir os remédios, pra ir no médico, pagar exame...tudo anda mais rápido, pobre adoece mais e os recursos são mais difícil, quem tem dinheiro tem saúde.’ (Luciana)

‘Saúde depende de muita coisa, depende da comida, do trabalho, do dinheiro... aliás quase tudo hoje em dia depende desse (dinheiro), pra quem tem dinheiro é mais fácil, come melhor, vive melhor, vai em médico bom, pode comprar remédio... Acho que tem muita relação, se rico adoece é de excesso e não de falta’ (Pedro)

“(Doença) Uma palavra triste e preocupante. Pra mim significa preocupação, como você vê a gente é pobre, a família mora longe. O dinheiro que tem é pra comprar a comida e pro remédio. Se surgir mais alguma coisa a gente não vai mais dar conta.(...) A doença vem das condições que a gente vive muitas vezes...” (Aline)

Quando se parte de uma visão do todo, ou holística a busca de níveis interpretativos causais para as doenças vai desde o entendimento de questões físicas e psicológicas relacionadas com a pessoa doente, até a compreensão da estrutura social na qual se insere o

doente.¹⁰ Tal aspecto ficou bem evidente nas categorias determinadas na abordagem do tema saúde.

5.3. Percepção individual do estar doente

Em nível individual o processo de autodefinição do indivíduo como doente pode ser baseada nas percepções de cada um, nas percepções de outros, ou em ambas. Definir-se como doente implica em uma série de experiências subjetivas na maioria dos casos, que se expressam geralmente como mudanças físicas ou emocionais.¹³ Entre os participantes deste trabalho foi unânime a relação entre percepção da doença individualmente e percepção de sintomas. Podemos observar tal fato em trechos do discurso de alguns entrevistados:

“Quando eu sinto dor, mal-estar. O rosto da pessoa, a expressão fala muito, as vezes você olha pro rosto de uma pessoa e vê que ela não está bem”. (Bete)

‘Quando a gente se sente mal... Sente dor, dor de cabeça, no corpo, nas dobras...(pensativa). Sente o corpo ruim, dá um aperto no peito. Pra mim é quando dá problema na urina, vista fraca... tem um monte de coisa que pode ser doença...’ (Luciana)

‘Quando fica difícil dormir, a primeira coisa que altera em mim é o sono... quando dá dor, cansaço, perco o apetite. Quando fico nervosa é certo que a pressão sobe,...’ (Gabriela)

‘Fico aborrecida do corpo, a gente percebe que tá mal. Da dor, perde a fome, vontade de só ficar quieta num canto, deitada. Depende da doença também...’ (Clara)

‘Quanto sinto dor, mal -estar, vontade de só ficar na cama, fraqueza, cabeça leve...’
(Rosa)

‘Quando sinto dor, não consigo dormir ou comer, perco o sono... quando altera alguma coisa na gente, que sai fora do que é o costume.’ (Bento)

Com a pergunta feita para abordar essa categoria temática pretendíamos ter uma visão mais individualizada do entrevistado. Percebemos que ao trazer a doença para o indivíduo a visão holística da categoria anterior, quando foram abordados aspectos físicos, psíquicos e sociais relativos a doença, passou a se resumir agora principalmente a experiências pessoais, representadas por sintomas já “experenciados” pelos indivíduos.

Outro ponto interessante é a doença legitimada como tal pelos profissionais da saúde e a aceitação desta pelos indivíduos mesmo na ausência de sintomas. Este fato foi mencionado por Ana, Gabriela e Pedro.

“...às vezes a gente só vai saber da doença pelo médico, nem sente nada, mas tem algo errado de acordo com o médico.” (Ana)

“Tem doenças, como a pressão, que a gente não sente nada, o diabetes no início também não sente nada, o colesterol, pra estas tem que ir no médico pra saber se tem, por isso que é bom ir no médico de vez em quando fazer uns exames, todo o ano eu faço.” (Gabriela)

“Às vezes a gente nem percebe (a doença) também, minha mãe só foi saber depois que fez um exame, não sentia nada, foi fazer um desses exames de rotina e tava lá... Coisa estranha...” (Pedro)

A enfermidade sem doença é um fenômeno comum na medicina moderna com sua ênfase na utilização da tecnologia diagnóstica, com doenças que podem ser descobertas em exames de rotina. Pacientes assintomáticos podem se recusar a fazer um controle de rotina ou se recusar a seguir um tratamento no caso de constatação de uma enfermidade sem sintomas. O contrário também pode acontecer, o paciente se sente doente, mas apesar de seu estado subjetivo, o médico lhe diz que não há doença. Em muitos casos o mal-estar e a insatisfação persistem, muitas vezes são emoções e sensações físicas desagradáveis, para as quais não se encontram causas físicas.¹³ Faz-se importante destacar a autoridade delegada ao médico para definir o que é estar ou não doente.⁴

“...às vezes a gente acha que a pessoa tá doente, vai no médico e tá tudo bem, a gente se engana também.” (Clara)

5.4. Formas de assistência à saúde

Na maioria das sociedades, as pessoas que se sentem doentes têm várias maneiras de se auto-ajudar ou buscar ajuda de outros. Nas sociedades modernas urbanizadas, ocidentais ou não, freqüentemente existe pluralismo médico, ou seja, há muitos grupos e indivíduos que oferecem ao paciente sua maneira particular de explicar, diagnosticar e tratar as doenças.¹⁴ Kleinman, citado por Helman, consegue identificar três alternativas de assistência à saúde, sobrepostos entre si: a informal, a popular e a profissional.¹⁴

A alternativa informal é o campo não profissional ou não especializado da sociedade, inclui todas as alternativas a que as pessoas recorrem sem pagamento e sem consultar curandeiros tradicionais ou médicos. Como exemplos temos o auto-tratamento, conselho dado por um amigo, vizinho ou parente, cultos ou grupos de auto-ajuda. Neste tipo de alternativa o cenário principal é a família, a família é a sede primeira de assistência à saúde em qualquer sociedade.¹⁴

“Antes de internar, fiquei muito tempo em casa, agüentando a canseira, tossindo, até começar a fazer febre... Aí tentei uns remédios caseiros, cada um vinha com uma coisa pra me ensinar...” (Paulo)

A auto-medicação também é uma constante na população estudada, alguns tipos de medicamentos vendidos em farmácia como analgésicos simples são muito utilizados sem a necessidade da intervenção médica profissional para sua prescrição.

“Tipo dor de cabeça, in disposição, sempre se tem um remedinho em casa...” (Bete)

“Pra dor a gente costuma ter sempre um remedinho em casa, uso anador[®] e tylenol[®] quando tenho dor de cabeça forte. Sou muito dura pra doença, médico só quando to arreada mesmo.” (Ana)

“Pra dormir uso um comprimido, que já tomo há anos, sem ele não consigo dormir.”
(Gabriela)

O uso de medicamentos caseiros ocorre freqüentemente na forma de chás diversos, em geral são as primeiras alternativas medicamentosa buscadas pela maioria dos entrevistados. Geralmente o uso de medicamentos vendidos em farmácias ou a busca pelo médico profissional ficam como segunda opção quando os sintomas não melhoram com as medidas caseiras, quando se trata de algo de rápida progressão ou que não tenha explicação para o doente e pessoas que convivam com ele.

“Quando fico mal tento primeiro tomar um chá, mas se vejo que é mais grave eu procuro o remédio mesmo. Tomo muito chá de mel com leite e azedinha, é muito bom,..”
(Luciana)

“Gosto de chá, tomo chá de marcela todo dia.” (Ana)

“Pros nervos gosto de tomar chá, chá de melissa, capim -limão, erva cidreira, tenho tudo aqui em casa. O médico, eu procuro às vezes, pra fazer exames, quando quero tirar uma receita.” (Gabriela)

“Ai, a gente sabe... quando não melhora com o chá ou quando é um abatimento muito forte aí tem que procurar recurso... Não costumo ir no médico não, as vezes o pessoal do posto vem aqui... tem médico bom lá no posto” (Clara)

“Apelo pro meu chá, chá de bergamota e capim limão é calmante, chá de quebra-pedra e tansagem é pra infecção. Mas é uma beleza, quanto vamos pegar o remédio já é com aquela fé, que é uma maravilha. Com o chá há saúde, mas tem que ter fé! Toda noite tomo meu chazinho pra dormir, desde que comecei a fazer isso durmo que é uma beleza! (...) Quando eu preciso de um médico costumo ir no posto, a gente vai no médico quando não consegue resolver em casa, pelos conhecimento que a gente tem, porque alguma coisa a gente sabe, se é uma coisinha leve tipo uma dor de cabeça, mas se é algo que a gente nunca ouviu falar na vida então tem que ir no médico.” (Aline)

‘não gosto de tomar remédios, acho que muitas vezes nosso corpo é capaz de se recuperar sozinho... procuro tomar um chá, gosto muito de chás, gosto muito também da homeopatia,(...) Mas se for necessário vou ao médico, tomo remédio, mas só quando é necessário, procuro evitar muita química...’ (Vera)

Apenas quatro entrevistados rejeitam o uso de medicamentos caseiros. Entre estes temos Paulo que ficou seriamente doente há três anos, se recuperou de uma pneumonia mas ficou com seqüelas permanentes da doença e credita sua demora em procurar a medicina profissional a tentativas caseiras frustradas de cura.

“Remédios caseiros não boto muita fé não, odeio tomar chá, nunca gostei, não suporto.” (Bete)

“Aí tentei uns remédios caseiros, cada um vinha com uma coisa pra me ensinar... Acho que acabei demorando pra procurar o médico... Nem chego perto mais de remédio caseiro, destas coisas... talvez pros outros funcione, faça bem, mas pra mim não...” (Paulo)

‘Remédio caseiro não costumo usar, minha mulher até gosta de um chazinho, mas não me agrada muito não, se ela insistir eu até tomo, mas não acredito muito nos efeitos...’ (Vicente)

“Mas tipo erva, chazinho... pra mim parece muita frescura as vezes, também não gosto de chá...” (Bento)

A alternativa popular tem como característica o fato de determinados indivíduos tornarem-se especialistas em métodos de cura, esses curandeiros não fazem parte do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a alternativa profissional, formam um grupo heterogêneo, com variações individuais em estilos e pontos de vista.¹⁴ Como representante da medicina popular na Lagoa da Conceição nossos entrevistados destacaram a figura da benzedeira, presente no discurso de quatro entrevistados.

“à benzedura, bem não vou dizer que não acredito, mas quando temos alguma coisa não custa nada, né? Aqui perto tem uma senhora que benze, sempre que há algum problema damos um pulinho lá...” (Bete)

“Tem um vizinho aqui que benze, ele não deve estar em casa esta hora, deve estar trabalhando. Ele ensinou pra gente umas coisas,(...), ele é do Paraná, vive sozinho aqui, só ele e as criação, lá ele aprendeu a fazer as orações, benze pra quebranto, pra febre, íngua, dor de estômago... minha filha teve uma íngua no pescoço e um febrão, ele veio aqui com tesoura, pegou uma gaveta do fogão (fogão a lenha) colocou em cima da cabeça dela e fez a oração, isso era à tarde, de noite ela já tava boa.” (Aline)

“Eu benzo, mas não pode espalhar muito não se não enche de gente aqui na porta, teve um a época que era assim, vinha gente de longe. Ninguém me ensinou, eu aprendi as oração vendo os mais velhos benzer, aí é só ter muita fé, rezar as reza... Eu benzo de susto, de zipra, de fígado, de cobro, de ferida no lábio, de coceira... e de muita coisa, graças a Deus tem curado muita gente, até hoje tem dado certo... às vezes eu dô conta, as vezes não, mas graças a Deus tenho dado conta.” (Clara)

“Tenho muita fé em benzedura, tem coisas que dá pra benzer e outras não, no meu caso geralmente resolve... Na Barra tem uma senhora que benze, benze de mal jeito, de costela recaída... (o que é isso?) é quando o osso da costela cai de um lado, dá vômito, dor, as vezes a pessoa ta só se sentindo mal e não sabe o que é... vai no médico não resolve nada... então benze de costela recaída e melhora. Mas tem que ter fé, se não tiver não melhora mesmo...” (Mara)

A benzedeira na comunidade da Lagoa da Conceição é uma pessoa que desempenha um papel social e é reconhecida desta maneira. São mulheres que detendo determinados conhecimentos curativos, sobre ervas medicinais, sobre rezas e benzeduras, sobre o parto e o cuidado das crianças recém nascidas e tendo o poder e o conhecimento dos procedimentos rituais para enfrentar e proteger dos malefícios, como quebranto, mau-olhado, feitiçaria e bruxaria, são vistas como especialistas nestas questões pelos outros moradores do lugar.¹⁷

As diferentes sociedades, ao explicarem suas doenças, não se restringem a suas causas, pois procuram um sentido que dê conta de sua origem e que seja inteligível ao seu contexto sócio-cultural. Quando a doença adquire um sentido ela se torna suportável. É em busca dessa linguagem tradutora do que se está sentindo que as pessoas procuram a benzedeira. Quando é dada uma explicação, uma simbolização, para algo que até então só podia ser experienciado abre-se a possibilidade de interpretações, diminuindo o desamparo da pessoa acometida por algum mal. Apenas quando podemos nomear, é que podemos pensar, e assim, de alguma forma, controlar o evento.²²

Outros entrevistados não se mostraram tão adeptos das práticas de benzedura e ainda outros totalmente descrentes.

‘Benzedura? Acreditar até acredito, mas faz tempo que não me benzo... Prefiro rezar pra Deus.’ (Luciana)

‘Benzedura... não sei, já fui até, mas não sei te dizer se acredito hoje em dia... acho que o que mais vale é a fé da pessoa naquele momento, é o pensamento positivo, acho que isso pode ser o resultado, a explicação.’ (Vera)

O setor profissional é constituído pelas profissões sindicalizadas e sancionadas legalmente como a medicina científica ocidental ou alopatia, na maioria dos países a medicina científica é a base do setor profissional, mas os sistemas médicos tradicionais também podem se profissionalizar. As suas atividades são asseguradas pela lei, gozam de status social mais alto, maior renda, direitos e deveres mais claramente definidos que outros tipos de curandeiros.¹⁴ A alternativa profissional foi citada por todos os entrevistados, para alguns constituía inclusive a primeira escolha.

‘Se é um problema mais sério procuro o médico, tenho convênio, não costumo procurar o posto não. Um problema sério... seria... quando a sensação desagradável é muito forte ou... quando não consigo explicar a origem daquilo pelas coisas que sei.’ (Bete)

‘Procuro o médico, falo logo pra mulher e ela arruma um jeito de me levar em algum lugar...’ (Paulo)

‘Comento em casa, espero passar um pouco e se não melhorar procuro um médico.’
(Dário)

‘procuro ajud a se não melhorar... vou no médico. Sempre, se não estou melhorando vou ao médico, vou no posto aqui da Lagoa, gosto muito dos médicos de lá,...’ (Rosa)

‘Vou no médico, carro quebrado é na oficina!(...) Tenho muita confiança nos médicos, há mais ou menos dez anos me deu um problema de pressão que quase fiquei cego... minha pressão era lá nas alturas, fiquei muito ruim, no começo agüentei em casa, mas no fim não deu... não conseguia nem trabalhar... fui no médico, aí então descobriram que eu tinha pressão alta porque tinha um tumorzinho, estava espremendo a veia que leva o sangue pro rim, aí operei e melhorei, recuperei a visão, voltei a trabalhar e to aqui hoje, com a graça de Deus, com muita saúde, tocando a minha vida. Por isso hoje em dia não tenho dúvida, se tenho alguma coisa procuro o médico, ele está preparado pra isso...’ (Bento)

O modelo médico profissional tem seus princípios tão enraizados na nossa cultura que se tornou até o modelo popular dominante da saúde e da doença.⁴ O modelo médico, sistema dominante de tratamento de saúde em qualquer sociedade não pode ser estudado a parte de outros aspectos daquela sociedade, pois ele não existe em um vácuo cultural e social, ao contrário, é a expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu.²⁰

Em relação a medicina profissional, 4 entrevistados revelaram que já procuraram métodos alternativos a medicina alopática tradicional, foi relatado o uso de homeopatia e acupuntura. Podemos definir medicina alternativa como uma proposta terapêutica que foge da racionalidade do modelo médico dominante, isto é, da medicina especializada, tecnológica e mercantilizada, enquanto adota uma postura holística e naturalística diante da saúde e da doença. De um modo geral, as medicinas alternativas criticam na medicina alopática o reducionismo biológico, o mecanicismo, a ênfase na estatística, o primado do método sobre o fenômeno e da doença sobre o doente.²¹

Homeopatia, acupuntura, técnicas alternativas em saúde mental, termalismo e fitoterapia são as terapias propostas em 1988 pela Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação do governo brasileiro (CIPLAN). Um aspecto teórico fundamental que unifica

essas várias medicinas e práticas é a idéia vitalista de que a energia organiza a matéria (e as estruturas orgânicas) e não vice-versa. A ênfase no doente, e não na doença, e a crença de que esta provém, principalmente, de um desequilíbrio interno, ao invés de uma invasão por um agente patogênico externo, são outros pontos comuns.²¹

“Para a dor nas costas já procurei a acupuntura por um tempo , fiz umas 10 sessões para a coluna...” (Bete)

“Já fiz acupuntura pra uma dor que tinha no braço, aqui no posto da Lagoa, não adiantou nada.” (Ana)

“Acredito muito na homeopatia, mas me tratei 4 anos com ela para um problema e infelizmente não obtive bom resultado e tive que retornar para alopátia. Tenho retocolite ulcerativa, antes da homeopatia tentei tratamento alopático mas havia muitos efeitos colaterais, procurei homeopatia para tentar fugir destes efeitos mas acabei desistindo.” (Dário)

“..., gost o muito também da homeopatia, meus filhos usam homeopatia... tento fugir da alopátia...” (Vera)

A religião e a fé foram citadas por quase todos os participantes da pesquisa, entre os entrevistados apenas um é ateu, doze são católicos praticantes e não praticantes e uma é protestante. A fé e a crença em uma força superior são vistas como medidas de proteção contra doenças, manutenção da saúde, ajuda para superar e tolerar melhor a doença e até como fonte de cura.

“Acredito que a fé seja muito importante p ra saúde, na fé achamos conforto, conseguimos mais força para superar a doença.” (Bete)

“Com a doença me aproximei mais da religião, sempre fui católico mas não praticava... Acho que os médicos fizeram a sua parte, mas sem Deus eu não tava aqui hoje... Ele me dá muita força hoje em dia.” (Paulo)

“Acho que a fé é bem importante pra nossa saúde, Deus olha muito pela gente, protege das coisas ruins. Eu ia muito a missa, mas agora tenho que ficar mais em casa, sou da irmandade sagrado coração. Como fica difícil sair, o padre vem aqui, ele benze dá a comunhão. A gente tem que acreditar em Deus, ele faz tudo, pode dar tudo, ele criou tudo, pode dar a saúde.” (Luciana)

“No final Deus é quem salva, a gente tem que fazer a nossa parte, se cuidar, levar uma vida direita, mas Ele é muito importante pra nossa saúde e também faz a gente aceitar melhor as coisas. Costumo ir a igreja nos domingos e sempre peço pela minha saúde e dos meus filhos.” (Ana)

“eu tinha problema no coração e câncer que foram curados na igreja, tive também uma hérnia na barriga que foi curada na igreja, se você tiver fé consegue curar tudo na igreja. Tem o dia da cura, quando estava com câncer, vinha me sentindo mal, cansada, não me alimentava, tudo que comia vomitava, no dia da revelação na igreja me disseram que estava com câncer, mas que iam me curar ali mesmo, então fizeram o milagre, no mesmo instante me senti bem melhor, melhorei tudo que tava sentindo, foi como se tivessem tirado com a mão, fui abençoada!” (Aline)

“..., não faço nada sem o pensamento em Deus, dirijo de manhã até a noite, tem que pedir pra Ele proteger a gente por esses caminhos... pra saúde também... acho que quem tem uma religião supera mais fácil uma doença, tem mais conforto, mais esperança.” (Bento)

“acredito que semp re é bom pedirmos saúde nas nossas orações, mas não basta só ficarmos pedindo as coisas sem fazer a nossa parte...” (Vera)

O estudo da religiosidade das classes populares urbanas tem apontado para o papel central dos cultos religiosos, enquanto agências terapêuticas. Clifford Geertz, citado por Rabelo, define a religião como *"um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens, através da formulação de*

*conceitos de uma ordem de existência geral, e vestindo essas concepções com tal aura de fatalidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas”.*²³

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade encontrada na população estudada sobre o significado da saúde e da doença mostra um conjunto de percepções formadas pela história de vida particular e pela história coletiva dos entrevistados.

- **Saúde:** é vista como algo positivo e almejado, sendo um termo ligado diretamente a felicidade para a maioria dos entrevistados, também representa estar habilitado para o trabalho e para o lazer.
- **Doença:** alguns participantes do estudo apontaram o fato de saúde e doença serem parte de um contínuo, onde a doença se encontraria no extremo oposto a saúde. Os sintomas físicos e emocionais são lembrados quando o termo doença é mencionado, assim como os aspectos sócio-econômicos envolvidos na doença, mostrando a pluridimensionalidade do fenômeno. A qualidade de vida também foi relacionado a doença e sua prevenção. Por fim o medo e a preocupação aparecem no discurso de alguns entrevistados mostrando que a doença vem nos lembrar de que temos corpo de que podemos morrer.
- **Percepção individual do estar doente:** esta se dá principalmente pela observação de sintomas, destes os mais variados sintomas físicos e emocionais foram mencionados. Também houve referencia a doença diagnosticada pelo médico profissional mas sem sintomas referidos pela pessoa, sendo o diagnóstico médico evidenciado como única forma de percepção da doença pelo paciente.
- **Formas de assistência à saúde:** a alternativa informal esteve presente na forma da automedicação e na utilização de remédios caseiros, quase que exclusivamente chás. Alguns entrevistados (quatro) se mostraram contra a utilização de medicação caseira. Na alternativa popular, quando apontada, surgiu como unanimidade a figura da benzedeira para os mais diversos males. O setor profissional aparece como a última alternativa para a grande maioria, sendo utilizado quando os sintomas não melhoram com as medidas caseiras, quando se trata de algo de rápida progressão ou que não tenha explicação para o doente e pessoas de sua convivência. Alguns entrevistados também revelaram a busca por métodos terapêuticos alternativos: acupuntura e homeopatia. Por fim a fé e a religião estavam presentes no discurso de quase todos os entrevistados, vistas como medidas de

proteção contra doenças, manutenção da saúde, ajuda para superar, tolerar melhor a doença e até como fonte de cura.

No presente estudo podemos observar que a capacidade para o trabalho esteve tão relacionada à saúde quanto à felicidade para a população estudada, sendo esta relação verificada somente entre as mulheres. Também observamos o profissional médico como uma figura importante, mas não única ou principal no processo de cura, alternativa informal, popular e religião também estão presentes, inclusive sendo estas últimas consideradas de primeira escolha em muitos casos.

Observando todos estes fatores envolvidos no processo do adoecer individual, muitas vezes podendo estar representando um coletivo cultural onde sua base tem alicerce, verificamos quão abrangentes são os fatos que aparecem no cotidiano dos profissionais da saúde. As influências são muitas, é ingenuidade achar que a medicina profissional está só. Seria interessante ao profissional procurar conhecer estes aspectos na comunidade em que trabalha ou, pelo menos, saber que tais fatos podem existir. A procura destes conhecimentos como aliados para instituir medidas de saúde seria algo interessante e contribuiria para uma medicina profissional preocupada em tratar o doente e não somente a doença.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho obedece às normas para trabalhos científicos de conclusão do curso de Graduação em Medicina de acordo com a resolução nº 001 / 01 do Colegiado de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, 4ª edição. Florianópolis 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1). Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública 1993;9:263 - 271.
- 2). Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1977.
- 3). Boruchovitch E, Felix-Sousa IC, Schall VT. O conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. Revista Brasileira de Saúde Pública 1991:418-425.
- 4). Bosi MLM, Affonso KdC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública 1988;14(2):355-365.
- 5). Botega NJ. Reação a doença e a hospitalização. In: Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- 6). Bueno FdS. Dicionário da língua portuguesa. In. São Paulo: Editora FTD; 2000.
- 7). Caprara A. Médico ferido: omolulu nos labirintos da doença. In; 1996.
- 8). Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cadernos de Saúde Pública 2003;19.
- 9). DaRos MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck [Doutorado em ensino de ciências]. Florianópolis: UFSC; 2000.
- 10). Franco LJ, Passos ADC. Fundamentos de epidemiologia. Baruerí, SP: Manole; 2005.
- 11). Geertz C. O Saber Local: Novos Ensaio em Antropologia Interpretativa. Petrópolis: Ed. Vozes Ltda; 1999.
- 12). Grosseman S, Patrício ZM. Do desejo a realidade de ser médico. Florianópolis: Editora da UFSC; 2004.
- 13). Helman CG. Relação médico-paciente. In: Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 100-136.
- 14). Helman CG. Tratamento e cura: as alternativas de assistência a saúde. In: Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 70-99.
- 15). Kuhnen A, Warren IS, Lhullier LA. Representações sociais de meio ambiente: estudo das transformações, apropriações e modos de vida na Lagoa da Conceição - Florianópolis/SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

- 16). Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
- 17). Maluf S. Encontros noturnos : bruxas e bruxarias na Lagoa da Conceição. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993.
- 18). Minayo MCdS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1993. p. 239-248.
- 19). Nordenfelt L. Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico. Florianópolis: Bernúncia; 2000.
- 20). Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. In: Cadernos de saúde pública. Rio de Janeiro; 1993. p. 272-282.
- 21). Queiroz MS. O itinerário rumo as medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. Cadernos de Saúde Pública 2000;16(2):363-375.
- 22). Quintana AM. A ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru, SP: EDUSC; 1999.
- 23). Rabelo MC. Religião e Cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. Cadernos de Saúde Pública 1993;9.
- 24). Seidl EMF, Zannon CMLdC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Saúde Pública 2004;20:580-588.
- 25). Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. Cadernos de saúde pública 1993;Sect. 349-363.
- 26). Simioni AMC, Lefèvre F, Pereira IMTB. Metodologia qualitativa nas pesquisas em saúde coletiva: considerações teórico e instrumentais. In. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1996.
- 27). SMS. Secretária municipal de saúde de Florianópolis; 2004.
- 28). Teixeira MCTV. Representações sociais sobre a saúde-doença na velhice: um diagnóstico psicossocial na rede básica de saúde [doutorado em filosofia da saúde]. Florianópolis: UFSC; 1999.
- 29). Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. In. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública; 2000.

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA**

Termo de consentimento livre e esclarecido

Meu nome é Daniela Abdala de Sousa e estou desenvolvendo a pesquisa “significado da saúde e da doença para moradores da comunidade da Lagoa da Conceição”.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 334 2944 ou (48) 9123 8773. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal: _____

Pesquisador responsável: _____

Eu, _____,
fui esclarecido sobre a pesquisa “significado da saúde e da doença para moradores da comunidade da Lagoa da Conceição”, estou ciente dos objetivos e dos métodos de coleta e consinto, por livre vontade, de a participar com os dados referentes a minha pessoa, reservando-me a liberdade de recusar ou retirar este mesmo consentimento, em qualquer fase do procedimento, sem nenhuma forma de penalização.

Florianópolis, ___/ ___/ ___

assinatura do participante

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA

Pseudônimo escolhido: _____

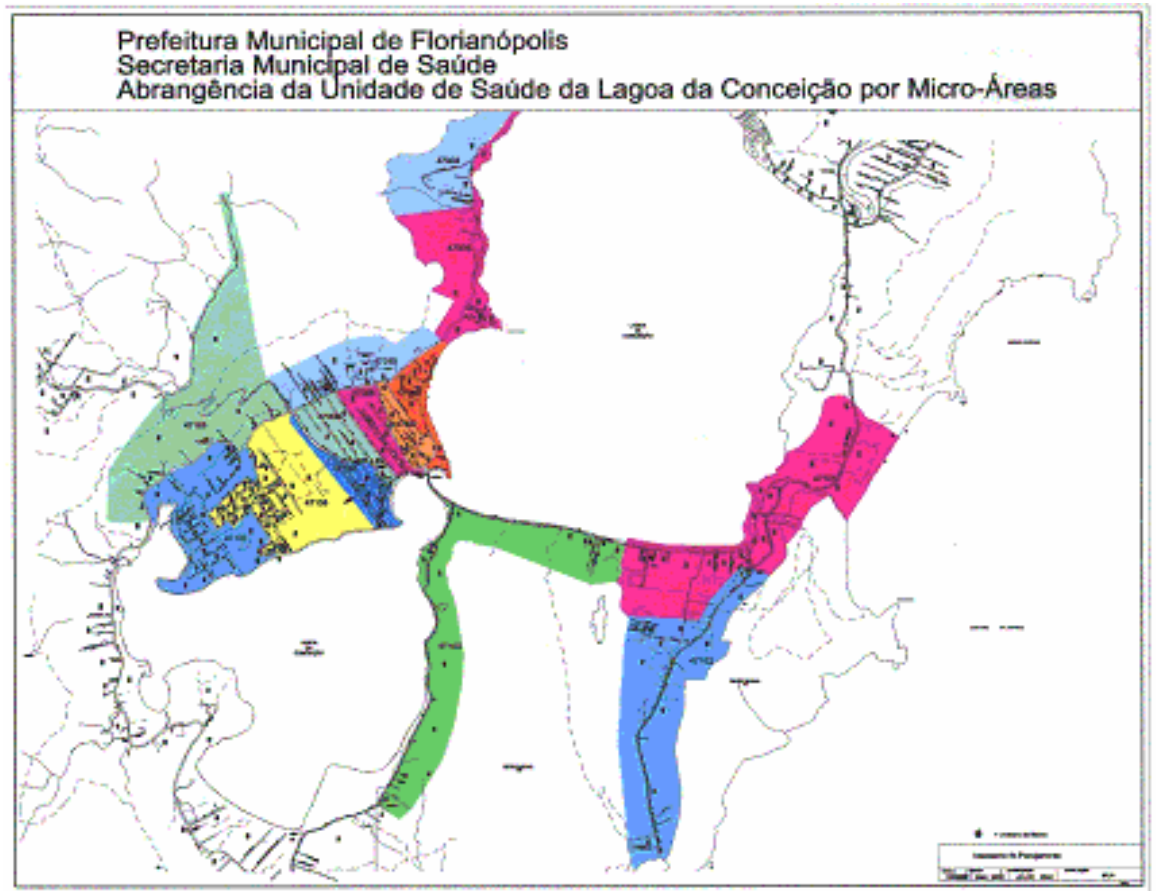
Idade: _____ Sexo: _____

Quanto tempo mora na comunidade: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) O que significa a palavra saúde?
- 2) O que significa a palavra doença?
- 3) Quando percebe que está doente?
- 4) O que faz quando se sente doente?

ANEXO 3



Mapa de abrangência da Unidade de Saúde da Lagoa da Conceição, dividido em suas micro-áreas.
Prefeitura Municipal de Florianópolis – Secretaria Municipal de Saúde, 2004.