

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL –UFSC / UFPR  
ASSOCIADAS: PUC/PR - CESULON - UNIOESTE - FAFIPA**

**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS DO SERVIÇO LOCAL DE  
SAÚDE DE UMA COMUNIDADE AGROINDUSTRIAL  
SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

**MARIA MARTA NOLASCO CHAVES**

**CASCAVEL-PR  
2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL –UFSC / UFPR  
ASSOCIADAS: PUC/PR - CESULON - UNIOESTE - FAFIPA**

**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS DO SERVIÇO LOCAL DE  
SAÚDE DE UMA COMUNIDADE AGROINDUSTRIAL  
SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

*Dissertação apresentada como requisito parcial à  
obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de  
concentração: Assistência de Enfermagem junto à  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de  
Santa Catarina.*

**MARIA MARTA NOLASCO CHAVES**

**ORIENTADORA:  
PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> KÁTHIA DE CARVALHO CUNHA.**

CASCAVEL-PR  
2000

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus de Cascavel / UNIOESTE.

Chaves, Maria Marta Nolasco

C439c      Concepções de usuários do serviço local de saúde de uma  
comunidade agroindustrial sobre o processo saúde-doença /  
Maria Marta Nolasco Chaves.--Cascavel : Unioeste, 2000.

98 p. : il. ; 30 cm

Tese (M.S.)—UNIOESTE.

1. Saúde doença – processo. 2. Prática sanitária.

I. Título.

CDD 614.44

Cascavel 25 de julho de 2000


**CONCEPÇÕES DE USUÁRIOS DO SERVIÇO LOCAL DE SAÚDE DE  
UMA COMUNIDADE AGROINDUSTRIAL SOBRE O PROCESSO  
SAÚDE-DOENÇA**

**MARIA MARTA NOLASCO CHAVES**

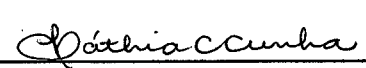
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:


**Mestre em Enfermagem**

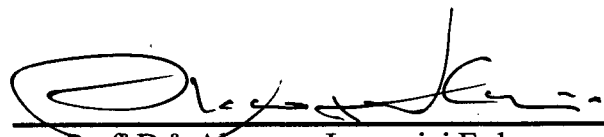
E aprovada na sua versão final em 25 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise E. Pires de Pires  
Coordenadora da PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Kátia de Carvalho Cunha  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise E. Pires de Pires  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann  
Membro

\_\_\_\_\_  
Dda. Betina Hörner S. Meirelles  
Membro

*Ao Paulo, Beatriz e Henrique, pela compreensão, carinho, apoio e incentivo durante o desenvolvimento desta jornada.*

*À Maria pela compreensão e cuidados dispensados à minha família nos meus momentos de ausência.*

*À comunidade do Rio do Salto, que aqui representa as muitas comunidades deste País.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Profª Drª Káthia de Carvalho Cunha, pela confiança, pela orientação, pelo incentivo, pela compreensão, pela amizade e disponibilidade, durante o desenvolvimento deste estudo.*

*A CAPES e a SETI- PR, pela viabilização do Projeto de Mestrado Interinstitucional.*

*Às Instituições Promotoras, Receptoras e Associadas, pelos recursos disponibilizados para o desenvolvimento do Projeto de Mestrado Interinstitucional.*

*À Coordenação de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e Coordenação de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e às Unidades Associadas pela viabilidade deste Projeto Interinstitucional de qualificação docente.*

*À Professora Drª Tamara Iwanov Cianciarullo pela atenção dedicada na coordenação dos Polos Expandidos do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.*

*À Professora Drª Maria de Lourdes Centa pela atenção dedicada à coordenação na Unidade Receptora do Projeto de Mestrado Interinstitucional.*

*Aos docentes do Curso de Mestrado pelas contribuições para a realização de nosso estudo.*

*Ao Prof. Dr. Romeu Gomes, pela disponibilidade, gentileza e contribuição dos esclarecimentos fundamentais à análise de conteúdo.*

*Aos colegas do Curso de Mestrado pela troca de experiência, pela compreensão e incentivo.*

*Aos docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná pela compreensão e apoio recebido.*

*Às amigas Luciana F. Magnani, Marlei C. Fiewiski, Márcia R. B. Mendes, Elizabeth Lazzarotto e Elizabeth Bráz pelo carinho, apoio e incentivo.*

*Aos representantes da comunidade do Rio do Salto, representados aqui pelo Sr. Durívio Chagas Vaz e D. Maria de Fátima Dalamaria, pelo carinho com que nos*

*receberam para realização deste estudo.*

*Aos funcionários do Posto de Saúde do Rio do Salto, pelo carinho e contribuições para viabilização deste estudo.*

*A toda a comunidade do Rio do Salto pela confiança e carinho recebidos.*

*Aos sujeitos da pesquisa pela disponibilidade e rica contribuição para o presente estudo.*

## RESUMO

Este estudo qualitativo, exploratório, teve como objeto de estudo “as concepções sobre o processo saúde-doença de usuários do serviço de saúde de uma comunidade agroindustrial”, do Município de Cascavel-PR, tendo sido realizado por meio do método do estudo de caso. Objetivou caracterizar as concepções dos usuários e relacioná-las ao referencial teórico com a finalidade de contribuir para uma prática sanitária comprometida com a realidade onde insere-se. A Unidade-caso estudada foi a comunidade de Rio do Salto, tendo sido realizadas 16 entrevistas com usuários do serviço de saúde - atores sociais desta pesquisa. Duas categorias empíricas emergiram dos discursos, sendo elas a representação dos usuários sobre doença e as representações dos usuários sobre saúde. Em ambas as concepções, limitaram-se ao imediato, ao individual, havendo correlação muito limitada com os determinantes macro-estruturais. A saúde e a doença apareceram como opostos de uma mesma realidade vivida, onde a doença é mais vivenciada, pois a busca pela saúde passa primeiro pela superação da luta pela sobrevivência. A saúde foi concebida como algo que se adquire ao consumir os serviços de saúde, apesar de surgir inicialmente como imprescindível à vida. A doença foi concebida como associada à dor e ao sofrimento que os impede de trabalhar e acarreta-lhes despesas financeiras. Acreditamos que a condição da não consciência da determinação do processo saúde-doença, pelos sujeitos, deu-se pelo fato de que a realidade vivida é a ausência da saúde. Esta foi percebida como ausência de recursos para atender as necessidades básicas. Assim, a luta pelo atendimento destas os mantém no nível de compreensão onde o imediato ao cotidiano é o que determina a realidade vivida. Os adoecimentos foram correlacionados ao ar contaminado, à falta de higiene corporal e ambiental, à alimentação inadequada, à fatores genéticos, ao não consumo de serviços de saúde e ao estilo de vida. A religiosidade é potencializadora da pré condição ao adoecimento. As concepções de saúde-doença foram vinculadas a pólos opostos, estados contrários em uma mesma realidade, sem, contudo, haver a percepção de que esses pólos opostos, constituem elementos de um mesmo eixo, só que distantes entre si. Focalizaram os espaços em que os pólos existem, como são percebidos, mas nunca o espaço que os une ou a visão do eixo como um todo. A conscientização torna-se a possibilidade de transcender a realidade vivida pelos sujeitos, de compreensão da causalidade, bem como, de um processo de mudança dos profissionais para uma prática sanitária compromissada com a intervenção resoluta. Este estudo alcançou os objetivos propostos e convalidou os pressupostos que o nortearam, ou seja, que o desenvolvimento de ações e atividades de saúde, sem o conhecimento e a compreensão, pelos profissionais, dos interesses e concepções dos usuários, sobre os problemas de saúde, o processo saúde-doença e os encaminhamentos dados em busca pela resolutividade, pode gerar uma prática sanitária caracterizada pela não aderência, bem como, a consciência ingênua da realidade, que favorece modelos reprodutores de dominação, de exclusão de classes e da não resolutividade, por meio da assistência prestada.



## **ABSTRACT**

### **THE CONCEPTIONS ABOUT HEALTH-DISEASE PROCESS OF THE HEALTH SERVICE USERS FROM AN AGROINDUSTRIAL COMMUNITY**

This qualitative and exploratory study had as a study object "the conceptions about the health and disease process of the health service users from an agroindustrial community", in Cascavel- Paraná, Brazil. It was done by the case study method. This study has also as an objective to characterize the users' conceptions and to connect them to the theory, with the focus on a sanitary practice worried about that reality. The center where the cases were studied was the community of Rio do Salto, where 16 interviews were made with the health care users- also social characters of this research. Two empirical categories emerged from their speeches, and they represents the health care users' conceptions of disease as well as of health. Both conceptions were limited to the individual with a narrow relationship with the macro-structural determiners. Health and Disease showed up as two different things from the same reality, in which the disease is more constant, because the search for health has to overcome the struggle for surviving. Health was seen as something which is acquired when the users get the health care, although health appears at first as essential to life. Disease was seen as related to the pain and suffer, which do not let people work and gives them financial expenses. It is believed that the condition of no awareness of the health-disease process, by the subjects, was given by the fact that their reality is an absence of health. For them, the absence of Health is an absence of resources for basic necessities. So, the struggle for a better health care is related to only a daily immediate care in that reality. The illness is related to air pollution, to the lack of body and environment hygiene, to the inappropriate food, to gene factors, to lack of access to health care and also to the lifestyle. The religion is a factor to the pre-condition of a disease. The health-disease conceptions were connected to opposite points, different states in just one reality. In addition, there is no perception that those opposite states constitute elements from a same part, however distant. There was a focus on the spaces where the points exist. However, there was not a focus on the space that joins them or a view from one part as a whole part. The awareness becomes the possibility to go beyond the subject's reality, to understand the causes, as well going beyond the process of professionals' changes taking them to a sanitary practice worried about the decisive intervention. This study achieved the initial goals showing that the development of health actions and activities, without the professionals' knowledge and understanding of the user's interests and conceptions about health problems, the health-disease and the search for solutions, might generate a sanitary practice characterized by an innocent awareness of the reality, which is in favor of reproductive models of domination, that exclude some classes of users, as well as the lack of solution by the assistance given .

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	8
SIGLAS UTILIZADAS.....	9
1 - INTRODUÇÃO .....	10
1.1 - A problemática, a temática, o objeto de estudo e a justificativa da pesquisa .....	10
1.2 - Os Objetivos .....	24
2 - MARCO TEÓRICO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	26
3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	36
4 - MOMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CASO.....	41
4.1 - A delimitação da unidade caso.....	41
4.2 - A Coleta de dados .....	51
4.2.1 - Caracterização dos dados dos sujeitos desta investigação .....	54
4.3 - A análise e a interpretação dos dados.....	62
4.4 - A elaboração do relatório de pesquisa.....	83
5 - SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
ANEXOS.....	99

## LISTA DE TABELAS/ FIGURAS

FIGURA-1 - Foto da Vista Parcial da Comunidade do Rio do Salto.....	41
FIGURA-2 - Foto do posto de saúde da comunidade- vista externa.....	44
TABELA-1. Caracterização dos sujeitos segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, naturalidade e tempo de residência na comunidade de Rio do Salto, Cascavel-PR, 2000.....	54
TABELA-2. caracterização das moradias dos sujeitos segundo localização, tipo de construção, número de cômodos, número de moradores, características do banheiro, água utilizada, destino de esgoto, destino de lixo e uso de energia elétrica em Rio do Salto, Cascavel- PR, 2000. ....	56
TABELA-3. Caracterização sócio econômica dos sujeitos segundo renda familiar, número de pessoas que contribuem para a renda, número de trabalhadores com carteira assinada na residência e posse de bens e aparelhos eletrônicos em Rio do Salto, Cascavel-PR, 2000.....	59
TABELA-4. Caracterização dos sujeitos quanto ao tratamento e uso de serviços de saúde em Rio do Salto, Cascavel-PR, 2000. ....	61

## **SIGLAS UTILIZADAS**

CRE- CENTRO REGIONAL DE ESPECIALIDADES

HRC- HOSPITAL REGIONAL DE CASCAVEL

INSS- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL

PEV- POSTO DE ENTREGA VOLUNTÁRIA

PP- PESQUISA PARTICIPANTE

RSU- RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

# **1 - INTRODUÇÃO**

## **1.1 - A problemática, a temática, o objeto de estudo e a justificativa da pesquisa**

A proposta do desenvolvimento desta pesquisa surgiu da vivência profissional na área da saúde coletiva que nos remeteu a uma reflexão sobre o nosso papel, enquanto técnicos da saúde, como elemento potencial para capacitar e instrumentalizar os indivíduos, por meio de referenciais teórico-metodológicos, para que se tornem sujeitos de suas histórias. Deparamo-nos com o desenvolvimento de ações e atividades de saúde, para uma determinada comunidade ou indivíduo, sem o conhecimento e a compreensão dos interesses e conceitos dos mesmos sobre os problemas de saúde, o processo saúde-doença e os encaminhamentos dados, na busca pela assistência.

Essa prática, desvinculada da realidade e dos sujeitos que a vivenciam, passou a ser retratada, pelas estatísticas como abandono e falência dos programas, o que validou as nossas preocupações e a procura por um referencial teórico-metodológico que desse conta de responder a questões tais como: para quem estávamos trabalhando ao aplicarmos tal programa de saúde? Era este o interesse daquela comunidade?

Raras eram, e são, as realidades que consideram as necessidades de saúde e doença levantadas junto à população para o planejamento ascendente e a organização dos programas desenvolvidos e aplicados.

Esta inquietação aumentou quando iniciamos a carreira docente, pois passamos a refletir e questionar essa prática com os discentes, em aulas teóricas e em atividades práticas supervisionadas.

Concordamos com Gadotti (1996, p.30) quando afirma que “O traço mais original deste século, na educação, é o deslocamento da formação puramente individual do homem para o social, o político o ideológico[...]”, neste sentido acreditamos que poderemos, também, contribuir para a formação crítica dos profissionais de saúde, por meio da reflexão e do aperfeiçoamento do modelo de saúde vigente.

Somando-se a essas inquietações, tivemos uma experiência com uma determinada comunidade rural, na região do oeste do Paraná, que reiterou nossas apreensões pois sentimos claramente as diferenças entre as concepções e valores sobre saúde-doença, entre população assistida e profissionais. Nesta comunidade, discutimos, em determinados momentos, com as lideranças, para instrumentalizá-los para a organização da assistência à saúde.

Esta compreensão levou-nos a inquietações que nos fizeram construir o Projeto, das disciplinas Integradas: Prática Assistencial de Enfermagem; Aspectos Éticos na Assistência; Educação e Assistência de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculado a outra comunidade agroindustrial, onde um grupo de pesquisadores da UNIOESTE-Cascavel, já havia iniciado um Projeto Multidisciplinar sobre Qualidade de vida.

Esta experiência, muito rica, validou esta proposta de estudo que deu continuidade ao trabalho iniciado pelo Projeto de Prática Assistencial já referido.

A temática deste trabalho é a saúde coletiva. Birman (1991, p.9) ao analisar a mudança de terminologia de saúde pública para saúde coletiva afirma que esta representa:

*[...] uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da saúde pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. [...] O seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada da medicina.*

O desdobramento desta mudança, segundo o autor, é reconhecer o poder e os valores da vida social sobre o processo saúde-doença, deslocando o Estado, do centro das decisões e da gestão política das práticas sanitárias. Portanto, temos a compreensão que estas mudanças, na história da saúde pública, implicam em considerar a diversidade e especificidade dos grupos ou indivíduos com seus modos próprios de viver, adoecer e

morrer e que estes não, necessariamente, passam pelas instâncias públicas responsáveis pelo setor saúde.

Iyda (1994, p.18-21) retrata esses movimentos determinantes na história da Saúde Pública ao afirmar:

*Analisa-se, portanto, a Saúde Pública como parte integrante na institucionalização e consolidação de um Estado burguês, que se forma a partir da crise e desintegração de um regime colonial português. Este fato imprime algumas características específicas à Saúde Pública brasileira, que surge sob o impacto do desenvolvimento capitalista em sua etapa liberal ou concorrencial e sob o impacto da constituição de um regime republicano. Esta dinâmica interna e externa refletir-se-á na institucionalização da Saúde Pública, seja na seleção de áreas específicas de atuação, seja na construção de uma estrutura burocrática que lhe permitirá direcionar as formas de acesso, os tipos de serviços e os bens de consumo a serem distribuídos. Ao mesmo tempo, considera-se que, como aparelho estatal, a Saúde Pública serve a interesses competitivos de classes e frações de classes na posse de áreas institucionais. [...] É pelas relações sociais; pelo processo e pela divisão social do trabalho que se constrói o objeto da Saúde Pública, encoberto, ideologicamente, pelas inúmeras designações como: coletividade, indigência, carência, ou seja, um grupo de indivíduos que, aparentemente, não possuem, ou aos quais falta, algum atributo necessário àquilo que a sociedade considera fundamental à integração social. [...] Assim, é na negação das contradições sociais (que determinam o aparecimento das doenças), na impossibilidade de solucionar os problemas geradores de doenças e, portanto, de proporcionar saúde, que a Saúde Pública se firma como possibilidade.*

Mendes (1998, p. 19) refere que: “[...] para enfrentar a crise da saúde, propõem-se, em escala universal, mudanças que visam a otimizar os objetivos da equidade, eficácia, eficiência e satisfação dos usuários.” Para ele a crise nos serviços de saúde manifesta-se nas quatro dimensões referidas, ou seja, na ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação dos usuários.

Decorrente deste diagnóstico, as mudanças e reformas do setor saúde, vão transcorrendo em função da luta de interesses de atores sociais caracterizados pelos poderes executivo e legislativo, corporações médicas, da indústria biomédica, seguradoras e sociedade civil organizada.

Este estudo tem como sub tema “processo saúde-doença” que compreendemos ser a resultante das condições de vida advindas das políticas econômico-sociais adotadas, e, ainda, da garantia de acesso aos serviços de saúde, em um determinado espaço geográfico historicamente determinado.

Neste trabalho, propusemo-nos a fazer um recorte desse sub tema ao assumirmos como objeto de estudo as concepções de usuários do serviço de saúde de uma comunidade agroindustrial sobre o processo saúde-doença.

Esse objeto foi selecionado devido a importância da compreensão desses conceitos pelos profissionais que atuam nesta área. A compreensão dos conceitos dos sujeitos envolvidos no processo torna-se relevante à medida em que possibilita um diagnóstico dos referenciais teóricos que devem ser trabalhados pelos profissionais para instrumentalização desses usuários para que se tornem atores sociais, intervindo conscientemente na assistência que lhes é prestada, tendo como possibilidade uma assistência à saúde mais resoluta. Assim, estaremos contribuindo, segundo Mendes (1998) para instrumentalizar mudanças na dimensão da sociedade civil organizada.

Sala (1993, p.123- 6) esclarece-nos que:

*O trabalho em saúde, que possui a mesma estrutura essencial do trabalho humano em geral, foi organizado, historicamente, em dois eixos polares, por referência ao seu objeto. Um que se dirige ao corpo individual e outro que toma como seu objeto a população: a prática clínica e a prática sanitária. Ao primeiro pólo corresponde o desenvolvimento da Clínica [...] ao segundo pólo corresponde a Epidemiologia [...] A Epidemiologia toma como seu objeto a saúde e a doença na dimensão coletiva.*

Ao analisar a evolução do conhecimento na epidemiologia, Ayres (1995) refere que a epidemiologia moderna fundamentou-se em aplicação de métodos eminentemente matemáticos afastando-se dos fenômenos de saúde e doença, analisando-os através de estudo de ocorrência de fatos isolados de suas realidades. Para o autor esta compreensão do processo saúde-doença trará à saúde coletiva consequências sérias por não considerar a realidade social de onde emergem os fenômenos estudados.

“É fundamental, portanto, buscar na experiência histórica do homem o conteúdo ontológico que se perdeu, substituindo a dicotomia da máxima ‘penso, logo existo’ pelo caráter assertivo reflexivo em que inter-relaciona-se o ser, o querer, o julgar e o fazer humanos.” (Ayres, 1995, p. 201)

A aproximação da epidemiologia aos fenômenos da saúde-doença, sofre a influência de alguns fatores explicitados por Breilh (1990, p.138):

*[...] Como toda ferramenta para o que fazer e, sobretudo, como “termômetro”*



*da qualidade de vida que reflete o êxito de um sistema social, a ciência epidemiológica propicia informação e possibilita ações cuja direção depende das mãos e mentes de quem as manipula; porém, estas mãos e mentes não operam como produto de vontades individuais isoladas e, sim, como resultado de posturas ideológicas e políticas, consciente ou inconscientemente ligadas às forças ou interesses que operam num cenário histórico concreto.*

Por concordarmos com essas assertivas, passamos a refletir sobre nossa vivência durante os quinze anos de vida profissional, que atuamos na área de saúde coletiva. Ao longo deste percurso tivemos a oportunidade de desenvolver atividades em diferentes níveis do Sistema de Saúde, em várias regiões do Brasil. Assistimos diretamente ao indivíduo, como também atuamos em setor de planejamento, administração e controle de Secretaria Municipal de Saúde, em um município do Estado de São Paulo. Hoje, como docente, responsável pela formação de enfermeiros, no interior do Estado do Paraná, analisamos os serviços saúde e os papéis destes enquanto responsáveis, direta ou indiretamente, pela assistência à saúde coletiva.

Falamos aqui das ações e atividades que desenvolvemos de assistência à saúde, onde os indivíduos foram envolvidos com sua anuência ou não. Neste sentido, questionamos se somos meros reprodutores de programas idealizados por um grupo de pessoas capazes de pensar o “melhor” para a saúde do indivíduo e da coletividade, ou, se somos nós os representantes destes, para dizer àqueles, que ora conduzem os serviços, o que realmente é necessário para atingirmos melhores níveis de saúde e qualidade na assistência em saúde coletiva para o usuário, naquele período, território-processo e contexto histórico.

Não pretendemos aqui tecer críticas e considerações sobre a necessidade de um saber técnico-científico para o desenvolvimento do planejamento e da organização de serviços de saúde ou de políticas a serem adotadas pelos órgãos responsáveis pelo setor, mas sim, refletir se os sujeitos assistidos não poderiam ser atores sociais desta história, saindo do papel de recebedores passivos de cuidados e procedimentos, para contribuírem efetivamente no planejamento ascendente das ações e de programas que irão intervir em suas vidas e, conseqüentemente, em seus níveis de saúde, ou seja, no processo saúde-doença.

Para Freire (1997) é conhecendo com clareza a nossa prática, as diferentes dimensões que caracterizam a essência desta, que nos tornamos seguros para nosso próprio desempenho.

Fundamentados nessa assertiva, pensamos na importância do conhecimento pelo profissional de saúde do contexto onde ocorre a sua prática profissional. Contexto esse mais abrangente por requerer o profundo conhecimento do território-processo, entendido como espaço político, cultural, econômico e epidemiológico em permanente construção e reconstrução, no qual enfatiza-se as pessoas e não suas doenças, o processo educativo visando ao desenvolvimento da co-responsabilidade, da conscientização, do planejamento ascendente e da melhoria da qualidade de vida. (Mendes et al., 1999)

Queremos evidenciar, que conforme alerta Valla et al. (1993, p. 5)

*[...] participação popular, no modelo assistencial dominante nos Serviços de Saúde, tem significado tradicionalmente a busca de adesão da população aos programas médico-sanitários [...] quando são urgentes ações para o controle de certas epidemias. A superação dessa concepção restrita de saúde impõe, na prática, um redimensionamento do papel dos profissionais de saúde e de suas relações com a população.*

O conhecimento do território e a transformação dos sujeitos em atores-sociais são condições essenciais ao planejamento estratégico ascendente e, por isso, à efetiva participação dos usuários nas decisões que os envolvem.

Os profissionais, tanto quanto a comunidade, precisam ser instrumentalizados por referenciais teóricos que validem, fundamentem e viabilizem essas premissas.

*[...] Não é possível um compromisso autêntico se, àquele que se julga comprometido, a realidade se apresenta como algo dado, estático e imutável. Se este olha e percebe a realidade enclausurada em departamentos estanques. Se a vê e não a capta como uma totalidade, cujas partes se encontram em permanente interação. Daí sua ação não poder incidir sobre as partes isoladas, pensando que assim transforma a realidade, mas sobre a totalidade. É transformando a totalidade que se transformam as partes[...]. (Freire, 1983, p. 21)*

A história da saúde coletiva mostrou-nos, nestes últimos anos, que não conseguimos muitas modificações nas condições de saúde e melhoria na qualidade de vida da nossa população, apesar de todo o avanço tecnológico e da implementação deste nas práticas de saúde coletiva, ainda são muitos os que morrem de fome, de desnutrição, de doenças imunopreveníveis e de complicações por doenças crônico-degenerativas, justamente por consolidarmos uma prática fragmentada e aceitarmos esta visão dos sujeitos submetidos a ela e não atores nela.

Conseguimos aumentar a expectativa de vida através da melhoria da qualidade de vida nos últimos anos, porém esta conquista, em vez de mostrar nosso sucesso, retrata, ainda mais, o nosso fracasso. Atualmente, o acesso, a um serviço de saúde, pelos usuários, que tenha a resolutividade dos problemas como um de seus princípios na assistência, é para poucos. Os avanços, extremamente necessários, da ciência ficaram para alguns que conseguem, numa fila enorme de pessoas, não morrer antes de ter acesso a eles, ou, então, para aqueles que os conseguem comprar através de convênio de saúde ou diretamente com o prestador de serviço.

Ao longo da História, o restrito segmento da sociedade com suficiente poder aquisitivo teve sempre acesso aos benefícios sociais e serviços médicos. Detendo o monopólio, tinha mais do que direito. Por isso, sempre manifestou também sinais de excelente saúde. Mas a esmagadora maioria da sociedade, que se caracteriza pela privação ou carência de satisfatório poder aquisitivo, revelou-se continuamente muito mais vulnerável aos agentes infecciosos e aos distúrbios orgânicos, sucumbindo com maior frequência às agressões perpetradas contra seu bem-estar físico, mental e social. Por isso estava na dependência das medidas que lhe permitissem acesso às condições de saúde. (Moura, 1989, p. 59)

A percepção do direito ao acesso pelos usuários fica, contudo, na dependência de um fator determinante que é o seu nível de conscientização, pouco desenvolvido por meio da instrumentalização pelos profissionais da saúde, que desconhecem, em grande parte, a própria referência daqueles em relação ao conceito saúde-doença, às suas necessidades e aos recursos disponíveis.

Na história da saúde coletiva do Brasil encontramos diferentes autores que analisam as últimas décadas como sendo um período de avanço para alguns aspectos das políticas de saúde no país. Entre os avanços do Sistema de Saúde atual, o SUS foi considerado como o mais importante por nortear as políticas vigentes. (Ayres, 1995, 1997; Merhy, 1987, 1997; Carvalho e Santos, 1992; Mendes, 1998, 1999).

Carvalho e Santos (1992) destacam os pressupostos básicos que têm norteados o SUS: saúde com um direito do cidadão e dever do Estado; saúde como resultante de políticas sócio-econômicas justas que permitem ao cidadão acesso a bens de consumo que atendam às suas necessidades básicas, garantindo-lhes qualidade de vida e não apenas ausência de doença; universalidade da cobertura do atendimento pressupondo a equidade e

integralidade da assistência; descentralização da gestão dos serviços com a participação popular; sistema único de serviços integrados e regionalizados tendo o setor privado como complementar às ações de saúde do setor público.

Independente da relevância desses pressupostos, podemos observar, após dez anos de implantação do SUS, que não conseguimos avançar muito na melhoria das condições de saúde da população em geral, principalmente daquela que está à margem do processo de produção. Algumas análises desta situação, mostram-nos que, na verdade, as políticas atuais de saúde vêm reforçar a desigualdade econômico-social, fruto da sociedade capitalista, onde uma grande parcela da população ainda luta por condições mínimas de sobrevivência nas quais, saúde tem uma compreensão específica, muitas vezes, desconhecida por nós que estamos fora de seu cotidiano e apenas prestamos serviços organizados pela forma de “pensar técnico-científico.”

Breilh (1990, p. 137-65), ao analisar a reprodução social, cita o conhecimento epidemiológico “como ferramenta chave para a administração da saúde em um país”, enfocando que o “que-fazer no campo da Epidemiologia está imerso em um âmbito de pressões contrárias e se desenvolve sob o fogo cruzado de distintas forças de interesses”. Neste contexto, compreende o movimento e as contradições inerentes ao processo saúde-doença, integrando a realidade objetiva que independe de como é pensada por aqueles que integram a gestão estatal e acadêmica, inclusive cuja vontade é denunciar a “culpabilidade epidemiológica” do sistema atual impregnado por premissas neopositivistas.

Dessa situação, emerge a importância do conhecimento, pelos demais profissionais, que não se inserem nessa prática acadêmica, sobre as concepções dos usuários a respeito dos determinantes e do processo saúde-doença.

Para Acúrcio et al (1998, p.91) quando elabora-se um planejamento local deve-se também considerar que “[...] as informações sobre os aspectos sociais focalizam-se nas crenças e valores que podem facilitar ou impedir mudanças de comportamento.”

Justificamos, dessa forma, a validade e relevância do objeto de estudo por nós proposto para esta pesquisa.

Na origem da institucionalização dos projetos de Saúde Pública, Luz (1986, p.108-11) relata que, desde o período do Império no Brasil, serviram para representar e defender os interesses das elites e do modelo econômico vigente. A dominação dos corpos sociais

através da análise de fatos sem buscar suas causas para adoção de medidas e normas de controle. “[...] o êxito e a aceitação dessas ciências, foi de fundamental importância o estabelecimento da hegemonia da filosofia positivista [...] substituindo a procura de causas e essências pelo descobrimento de leis imutáveis, que seriam as relações constantes entre fenômenos observáveis- os fatos [...]”

Mendes (1999a, p.23) ao analisar a história das políticas de saúde no Brasil na década de 80 afirma:

*Ao mesmo tempo em que se ampliava a âmbito de ação da Previdência Social, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, na medida em que ficavam claras as desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas e entre estas as rurais [...].*

O processo consolidou-se na década de 80 e na década posterior, nomeado por Mendes (1999a, p.23) de “universalização excludente das políticas de saúde”. Nestas análises encontramos que a proposta de reciclagem do modelo médico-assistencial-privativista vem em conjunto com a consolidação do referido processo.

Sobre o processo de consolidação da democracia na saúde, pela implementação do Sistema Único de Saúde, Fleury (1997, p.34) destaca:

*[...] A política de universalização se transforma em uma focalização perversa; a equidade se deforma em um sistema altamente segmentado, a publicização se revela em uma articulação complexa e descontrolada entre o público e o privado.*

Entendemos saúde como resultado de políticas sócio-econômicas justas que permitam ao indivíduo ter acesso a bens que atendam às necessidades individuais e/ou coletivas, uma compreensão que supere o paradigma clínico vigente, e não somente como resultado da assistência à saúde prestada por serviços do setor. Portanto, saúde pode ser caracterizada como uma necessidade vital e um direito do homem e não uma prerrogativa do sistema de saúde que controla corpos, doenças e eventos.

Baseado em revisões de literatura vamos encontrar, desde tempos remotos da história da humanidade, compreensões e conceitos diferentes de saúde.

Nos tempos dos povos antigos, saúde era compreendida através da magia, da religiosidade, para mais tarde ser compreendida através do empirismo racionalizado e por

fim, atualmente, ser compreendida através das ciências. Segundo Moura (1989) existem vários registros na história da medicina, desde as antigas sociedades, que conceituam saúde através das doenças ou da ausência destas.

Hoje, encontramos, em nossas práticas profissionais, reforço para este pensamento. Atuamos promovendo cuidados baseados em sinais e sintomas de doenças e não em promoção à “qualidade de vida” que teria como resultante saúde e não simplesmente a ausência de sinais e sintomas. Qualidade de vida entendida como consequência de políticas econômico-sociais justas que atendam às necessidades dos indivíduos. Indivíduo, cidadão, compreendido como sujeito de seu processo de saúde-doença, como ator-social do processo.

Nossas práticas profissionais estão instrumentalizadas por conhecimentos, habilidade e atitudes desenvolvidos e norteados por referenciais teóricos articulados em diferentes conteúdos apreendidos, próprios a esta ciência, que muitas vezes encontram-se afastados da realidade em que atuamos.

Para Demo (1996), um dos maiores enganos que pode ser cometido pelas ciências sociais é permitir que a teoria seja desenvolvida sem a prática e a prática sem a teoria. Neste sentido, concordamos com Freire (1997), quando este diz que ensinar necessita de reflexão crítica sobre a prática e esta sobre a realidade em que nos inserimos, sendo um movimento dinâmico e dialético.

Para identificarmos soluções para esta ou aquela problemática, segundo Laurell (1983) faz-se necessário unirmos uma leitura, a mais completa possível da realidade, aos nossos conhecimentos técnico-científicos, para diagnóstico dos fatores causais, de seus aspectos epidemiológicos, da dimensão social e individual do problema, de sua dinâmica complexa que ora materializa-se nos agravos à saúde.

Ayres (1995, p.47) ao analisar o uso da epidemiologia como um conhecimento instrumentalizador da prática em saúde coletiva afirma que

*[...] as formas de se aproximar cientificamente do real são tidas como permanentes e universais, só resta como variável o 'grau' em que a verdade pode (ou não) ser alcançada[...] ela pode dizer de verdade acerca de saúde e doença em populações [...].*

Partindo da reflexão do autor reafirmamos nossos pressupostos, por acreditarmos na

importância da dinâmica e historicidade social no desenvolvimento e compreensão do processo saúde-doença. Assim, para nortear a estruturação e a análise e interpretação deste estudo, fomos construindo um referencial teórico que nos permitiu uma maior aproximação do objeto de estudo, no contexto empírico.

Para Minayo (1998, p.19) [...]

*[...] a **teoria** é um conhecimento de que nos servimos no processo de investigação como um sistema organizado de **proposições**, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de **conceitos**, que veiculam o seu sentido. (grifo da autora)*

Destacamos deste referencial os conceitos de homem, sociedade, prática sanitária, processo saúde-doença, epidemiologia, participação popular e compromisso, considerados os mais relevantes para viabilizar esta investigação.

Esses conceitos foram intencionalmente escolhidos para dar conta da problemática exposta, da natureza do objeto de estudo e do alcance dos objetivos traçados para esta investigação. Os autores desses conceitos estão vinculados a referenciais teóricos histórico-humanistas, condizentes com a abordagem da problemática.

O referencial teórico, melhor sistematizado sobre o processo saúde-doença, encontra-se descrito no capítulo 2, tendo essa divisão o objetivo de dar conta da complexidade e do aprofundamento do objeto de estudo.

Bleger (1984, p.20) conceitua o homem como:

*[...] o único dos seres vivos que pode pensar a si mesmo como objeto, utilizar o pensamento, conceber símbolos universais, criar uma linguagem, prever e planificar sua ação, utilizar instrumentos e técnicas que modificam a sua própria natureza. Ainda que formando parte da natureza, pode, em certa medida, ser independente dela. Tudo isso está em estreita relação com sua possibilidade - distinta de todos os animais - de produzir seus meios de subsistência.*

Compreendemos que o homem é um ser biológico e social, historicamente determinado, com capacidade de admirar e refletir sobre a realidade e sobre si mesmo. Para Bleger (1984, p.20) a historicidade do homem faz novas potencialidades emergirem e, conseqüentemente, o seu desenvolvimento na complexa estrutura social. “[...] A condição de ser social, só é pela qual é um ser humano, que só chega a ser tal pela incorporação e organização de experiência com os demais indivíduos [...].”

O autor afirma que o homem quando imerso em uma determinada cultura adquire um “verniz” que lhe esconde a sua verdadeira natureza humana e que esse indivíduo deve ser compreendido como resultado desta interação com o grupo, pois já não é mais o “seu estado natural”.

Para Helman (1994, p.23) cultura é definida como:

*[...] um conjunto de princípios( explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma mesma sociedade em particular. Tais princípios mostram a eles a forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente. E comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou forças sobrenaturais, e ao meio ambiente natural. Ele também lhe fornece a forma de transmitir estes princípios para a geração seguinte- através do uso de símbolos, linguagem, ritual e artes. (Grifo do autor)*

O homem, em contato com a natureza, retira desta as suas necessidades de sobrevivência, pelo seu processo de trabalho, extrai dela a sua subsistência interagindo e transformando com e sobre a mesma.

Bleger (1984, p.19) afirma que “[...]a produção dos meios de subsistência cria a matriz fundamental de todas as relações humanas.”

Ayres (1995, p.42-3) afirma que “O homem diferencia-se, portanto, da natureza ao contrapor ao fluxo da existência um ritmo, o “seu” ritmo. Contrapõe à eternidade da natureza do mundo que cria pelo trabalho.”

Segundo Oliveira (1996, p.18) o homem não consegue sobreviver “em um completo e permanente isolamento social”, há necessidade dos “contatos sociais”, nesses ocorrerão as “interações sociais”, indispensáveis à socialização humana.

Para Bleger (1984, p.20) “Há uma permanente e estreita relação entre indivíduo e sociedade e só se pode compreender um pelo outro; como seres humanos, dependemos em alto grau da natureza, de nossos semelhantes e da organização social para satisfazer necessidades.”

A sociedade é constituída por uma complexa interrelação dos homens através da produção de produtos materiais para garantir a sobrevivência individual e coletiva, que determinarão as estruturas políticas, econômicas, culturais, num espaço geográfico, num determinado período histórico.

Harnecker e Uribe (1979, p.41-3) analisam que a sociedade é uma “organização



complexa” que se organiza através do conjunto de elementos econômicos, jurídicos, políticos e ideológicos, sendo que se organiza em dois níveis: o nível econômico e o nível político-ideológico. São estes níveis que conjugados mantêm o funcionamento da sociedade. O nível econômico é o nível fundamental, pois é através dele que o homem produz os bens necessários para atender às suas necessidades e estabelecer as relações no processo de produção.

Segundo as autoras, o nível econômico, por ser a base sobre a qual se levanta toda a sociedade é chamado de “infra-estrutura”. O outro nível formado por elementos jurídico-políticos e ideológicos é chamado de “superestrutura”. “[..] Isto significa que o Estado, as leis, as idéias que se difundem numa sociedade não são elementos neutros, ao serviço de todos, mas sim elementos que estão a serviço da infra-estrutura econômica, permitindo a esta a sua reprodução contínua.”

Compreendemos que, através das relações de produção, modifica-se a realidade social do ser humano como também o próprio ser humano, estabelece-se nessas relações as estruturas sociais que irão construir as relações de classe na sociedade capitalista.

Compreendemos portanto que, numa sociedade, com o modelo econômico capitalista, é na relação de produção e consumo que teremos o determinante mais significativo do processo saúde-doença, pois é através desta relação que os indivíduos poderão ter ou não acesso aos bens necessários para atender à sua sobrevivência, seja individual ou coletivamente.

A assistência à saúde, portanto, não seria somente cuidar de um problema diagnosticado por um profissional, mas compreender e intervir junto às causas e atender às necessidades percebidas pelos atores envolvidos no processo, segundo os recursos disponíveis.

Queremos destacar um pensamento de Mendes (1999b, p.241) que fundamenta nossas percepções e valida a proposta desta pesquisa “A prática sanitária é a forma como uma sociedade, num dado momento, a partir do conceito de saúde vigente e do paradigma sanitário hegemônico, estrutura as respostas sociais organizadas ante os problemas de saúde.”

Concordamos com Mendes, e ainda enfatizamos que as práticas sanitárias têm como objeto o processo saúde-doença, tanto na dimensão individual como na coletiva. A

organização do processo de trabalho em saúde deverá ser desenvolvida conforme constroem-se as relações técnicas e sociais entre os atores, os meios e os objetos de trabalho.

Para Freire (1980, p.27-40) o homem tem níveis de consciência crítica e ingênua. Na ingênua, ele aproxima-se da realidade e a apreende, fazendo com esta uma relação de experiência. Na consciência crítica ele é capaz de fazer e refazer sua própria realidade. “A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor sem o ato de ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza os homens [...]” Portanto o homem consciente age sobre a realidade para transformá-la na realidade objetivada.

Nesse sentido, buscamos definir as necessidades para o desenvolvimento de uma prática sanitária que compreenda não somente as ações dos profissionais, mas que, antes de desenvolver estas, o profissional tenha consciência do conhecimento que detém e do conhecimento daquele que recebe seus cuidados sobre o processo saúde-doença.

Para Egry (1994, p.102):

*O saber construído, enquanto um instrumento para se interpor ao real, deve ser permanentemente exposto à crítica, buscando principalmente as contradições entre o discurso sobre a razão da assistência e o instrumento que possibilita mudar o objeto rumo à finalidade [...] A escolha do objeto bem como do recorte privilegiado de intervenção, antes de tudo, passa pela compreensão do significado desse objeto e de sua articulação com a totalidade social maior e menor.*

Freire (1983, p.21) afirma que o profissional comprometido “[...] deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do homem, de sua forma de estar sendo no mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade, deformada pelos especialismos estreitos.”

Compreendemos então que a prática sanitária não significa uma simples execução de ações e atividades técnicas mecanizadas. Segundo o nosso entendimento, ela está articulada com um movimento de troca constante entre o trabalhador de saúde e o usuário para atender às necessidades identificadas no processo saúde-doença com o objetivo de mudar a realidade vivida, dentro das possibilidades do indivíduo e/ou coletividade.

Assim refletimos que, para atuarmos na assistência à saúde, de uma comunidade, devemos então, a partir desse conhecimento, dela aproximarmo-nos para identificar seus

conceitos e concepções sobre o objeto a ser trabalhado, instrumentalizá-la e viabilizar sua participação na construção das propostas para as mudanças necessárias em sua realidade.

Este entendimento dá-se fundamentado na compreensão que os indivíduos são atores sociais e, portanto, complexos em suas singularidades, sejam eles usuários ou profissionais, e ainda em que a dinâmica de determinada sociedade é histórico-cultural. Assim, atuando juntos, seremos capazes de vislumbrar possibilidades de intervenção consciente em prol de nossas metas e desejos.

Compreendemos também que, assim, como relata-nos Merhy et al. (1997, p.127), que a tecnologia mais estratégica “[...] seria então o saber, ou saberes, que permitiram construí-la e que estão comprometidos com a realização de determinadas finalidades previamente postas para os processos de trabalho que lhes são pertinentes.” Assim, esclarecem-nos que:

*[...] tratamos a clínica e a epidemiologia como saberes tecnológicos, por serem saberes que são produzidos comprometidamente com a realização de intervenções produtivas do trabalho humano sobre os “processos da vida, como a saúde e a doença”. E que estão, deste modo, imediatamente, implicados com os processos de intervenção. São distintos, nesta dimensão, de outros saberes que não tenham esta implicação imediata. Entretanto, isto não lhes retira a possibilidade de estarem também produzindo conhecimento sobre a realidade de um modo não imediatamente comprometido com a ação operatória. Um saber tecnológico opera em uma dobra na qual, de um lado, expressa seu compromisso com a “razão instrumental” e de um outro, com a “razão teórica”. Devendo como tal estar aberto às leituras de seus pressupostos de construção, de suas intencionalidades e finalidades, em ambas as dimensões. De um lado reverso, um saber que se proponha ser conhecimento científico mais do que tecnológico, também apresenta esta dobra de revelar “o mundo” e de permitir uma ação sobre ele. (Merhy et al, 1997, p.127-8)*

## 1.2 - Os Objetivos

Esta pesquisa foi desenvolvida com a finalidade de aproximar o conhecimento estabelecido pelas percepções do usuário e do profissional de saúde na assistência em saúde coletiva. Acreditamos que esta aproximação será um fator favorecedor da melhoria da qualidade da mesma.

Freire (1983, p.21) ao analisar o compromisso do profissional com a realidade em que atua, afirma que:

*[...] só é válido quando está carregado de humanismo, este, por sua vez, só é conseqüente quando está fundado cientificamente[...] O profissional deve ir ampliando seus conhecimentos em torno do mundo, substituindo por uma visão crítica a visão ingênua da realidade [...].*

Alguns profissionais de saúde têm uma visão técnico-científica que muitas vezes é favorecedora de uma consciência ingênua da realidade. O “ser consciente” possibilita o desenvolvimento de uma política dominante no setor, onde prevalece os interesses de alguns sobre o interesse da maioria.

A não percepção desta lógica faz-nos crer que nossa atuação, sobre os problemas de saúde percebidos, será resolutiva. Não percebemos nossas práticas como reprodutoras de um modelo de dominação e exclusão de classes.

Este estudo teve como objetivos:

- ✓ Caracterizar as concepções dos usuários do serviço local de saúde de uma comunidade agroindustrial sobre o processo saúde-doença;
- ✓ Relacionar as percepções e conceitos ao referencial teórico proposto.

## **2 - MARCO TEÓRICO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**

Percebemos, ao longo da história da saúde pública, que o homem ao organizar-se socialmente procurou compreender e solucionar os problemas que enfrentava, entre eles os de saúde. Essa atitude de busca do homem, pela compreensão dos fenômenos que afetavam a saúde-doença, fez com que os cientistas procurassem elucidar as causas dos mesmos com êxito.

Neste sentido, Facchini (1994, p. 33-55) relata que os estudiosos reuniram “[...] elementos logicamente estruturados para explicar os fenômenos [...]”. Esse processo, chamado de inferência causal, vem se desenvolvendo ao longo da história da humanidade.”

Quando os homens passaram a viver em unidades sociais, buscaram soluções para os problemas enfrentados, sendo que elas “[...] foram em grande parte determinadas pela organização econômica e social do grupo e pelos meios científicos e técnicos disponíveis.” Rosen (1980, p.213).

Canguilhem (1982, p.159-63) afirma que a saúde é a capacidade do organismo responder à diferentes mudanças do meio sem alteração da sua capacidade de desenvolver as atividades que está habituado. “[...] O homem só se sente em boa saúde [...] quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas também normativo, capaz de seguir as novas normas de vida [...]”. A doença é caracterizada como a limitação da capacidade ou tolerância do homem de responder às mudanças na realidade.

Laurell (1983, p.157) afirma que o processo saúde-doença “[...] é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um determinado momento, a apropriação

se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção [...].”

Ao analisar o trabalho como um determinante do processo saúde-doença, Dejours (1986, p.10) afirma que:

*[...] quando o trabalho é livremente escolhido e quando sua organização é bastante flexível para que o trabalhador possa adaptá-la a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu estado de espírito.[...] Ele pode ser tolerável; pode mesmo ser francamente favorável à saúde física e mental.*

Compreendemos a saúde e a doença como um processo social dinâmico, com determinações relacionadas a outros processos sociais e que, em cada indivíduo, terá uma determinação particular, ou seja, aquela relacionada com a sua inserção na sociedade, em um determinado período de tempo.

Portanto, numa sociedade, com o modelo econômico capitalista, é a relação de produção e consumo que se constitui no determinante mais significativo do processo saúde-doença. É decorrente desta relação que os indivíduos podem ou não ter acesso aos bens necessários para atender às suas necessidades, seja individual ou coletivamente.

Para Helman (1994) a cultura é um fator determinante para os indivíduos compreenderem o processo saúde-doença. Destaca ainda, que mesmo em uma sociedade, com cultura homogênea, indivíduos de classes sociais, sexo e escolaridade diferentes terão compreensões diferentes do fenômeno vivido. Esta compreensão será determinante nos cuidados para promover a saúde e prevenir a doença.

Na história da medicina, as compreensões, sobre o processo saúde-doença, foram vinculadas a três linhas: o pensamento mágico-religioso, o empirismo racionalizado e a ciência, as quais reúnem os “[...]grandes enfoques e abordagens teórico-metodológicas.” Facchini (1994, p.33)

Apoiando-se no “[...] raciocínio filosófico, e em observações empíricas, e respondendo a necessidades práticas, os gregos desenvolveram concepções e explicações naturalistas acerca da doença, atribuíram a saúde e a doença a processos naturais [...].” Rosen (1994, p.37)

Para os povos antigos a doença originava-se da desarmonia do homem com o seu ambiente devido a causas externas. Assim, foram desenvolvidas diferentes explicações

para o adoecimento.

Na compreensão mágico-religiosa dos determinantes do processo saúde-doença, identificada por Facchini (1994, p.34) “[...] a doença era interpretada como o resultado de um feitiço nocivo, o desrespeito a um tabu, o ataque de um espírito do mal, uma impureza humana ou um castigo dos deuses.”

Moura (1989, p.41-52) analisa a evolução do conceito de saúde, na antiga cultura grega, como “[...] uma natural conseqüência do harmonioso equilíbrio entre quatro ‘humores’, secreções ou líquido- bile, sangue, catarro e bile negra [...] A teoria hipocrática presumia que uma especial mistura dos ‘humores’ se torna determinante para a aparência somática e a disposição mental de cada ser humano [...]”.

Esta compreensão, em alguns povos, desencadeou conhecimento empírico. Facchini (1994, p.34) cita que no Egito, no período de 3000 anos aC, “[...] o empirismo já era bastante sofisticado e sua acumulação possibilitou que as medicinas clássicas da Índia e China (século VIII aC) estruturassem sistemas teóricos empiristas, às vezes de extraordinária qualidade [...]”.

Nos povos antigos, segundo Rosen (1994, p.39) destaca-se a obra Hipocrática, “Ares, água e lugares”, que apresenta as primeiras concepções de endemia e epidemia, que foram, no desenvolvimento da história da saúde pública, o “sustentáculo teórico para a compreensão das doenças endêmicas e epidêmicas”, até o final do século XIX, quando foram desenvolvidos e divulgados os novos conhecimentos da bacteriologia e da imunologia.

Era uma velha crença do século XVIII que o ar tinha uma influência direta sobre o organismo, por veicular miasmas ou porque as qualidades do ar frio, quente, seco ou úmido em demasia se comunicam ao organismo ou, finalmente, porque se pensava que o ar agia diretamente por ação mecânica, pressão direta sobre o corpo. O ar, então era considerado um dos grandes fatores patógenos. (Foucault, 1982, p.90)

Desde o início do século XIX, as teorias contagionistas e não contagionistas já vigoravam interagindo com a miasmática, independentemente da prevalência desta. Assim, segundo Rosen (1994, p. 222) distinguiram-se “três posições teóricas”, nesse período, sendo a primeira a miasmática, a segunda a do contágio e a terceira a do contagionismo limitado ou contingente, mais abrangente, e por isso muito bem aceita, advinda da

conciliação ou ajuste das abordagens miasmáticas e contagionistas. “Embora admitindo serem as doenças infecciosas devidas aos agentes contagiantes, específicos ou inespecíficos, os proponentes dessa visão sustentavam que esses últimos só poderiam agir em conjunção com outros elementos – como o estado da atmosfera, as condições do solo ou fatores sociais.”

Foucault (1982) analisa as concepções de saúde-doença do período e afirma que as políticas adotadas, na Europa, no combate às doenças relacionavam-se muito mais a um certo medo urbano pelo não controle da disseminação de doenças, do que a uma busca da qualidade de vida através da prevenção das mesmas.

*[...] Tem-se portanto, o velho esquema médico da reação à lepra que é de exclusão, de exílio, de forma religiosa, de purificação da cidade, de bode expiatório. E o esquema suscitado pela peste; não mais a exclusão, mas o internamento; não mais o agrupamento no exterior da cidade, mas ao contrário, a análise minuciosa da cidade, a análise individualizante, o registro permanente; não mais um modelo religioso mas militar. É a revista militar e não a purificação religiosa que serve, fundamentalmente, de modelo longínquo para esta organização político-médica. (Foucault, 1982 p.89)*

Rosen (1980) mostra-nos que na Inglaterra, durante o processo de industrialização, o desenvolvimento da saúde pública esteve diretamente relacionado aos fatores econômicos e sociais, onde a maior preocupação era a inserção e manutenção do homem como força produtiva, investimento esse menos oneroso para o Estado.

Era de interesse do Estado o maior número possível de súditos saudáveis. Além disso, na medida em que a população era um fator de produção, era essencial conhecer o número e o “valor do povo”, especialmente dos grupos profissionais considerados mais produtivos. Foi o reconhecimento desta necessidade, na Inglaterra do século XVII, que deu origem às primeiras tentativas significativas de aplicar métodos estatístico à Saúde Pública. (Rosen, 1980 p.215)

A história mostra-nos que o processo de industrialização, naquele contexto, fez com que os problemas de saúde fossem percebidos e, decorrente dessa percepção fossem adotadas, pelo governo, medidas de proteção à saúde e prevenção das doenças.

*[...] É o período de transição para o capitalismo, em que a mentalidade burguesa toma contornos mais delimitados, principalmente em função da luta contra a recessão demográfica e econômica, da ampliação e fortalecimento da atividade artesanal e do conhecimento ‘técnico-científico’. Há uma inovação*



*marcante no processo explicativo das causas das doenças e nos hábitos de trabalho e de fundamentação metodológica [...]. O racionalismo e o empirismo avançam e as crenças mágico-religiosas perdem a importância. (Facchini, 1994, p. 35-6)*

Rosen (1980) afirma que naquele período, na Inglaterra, foram realizados registros sistemáticos e detalhados dos dados de natalidade, mortalidade e morbidade. Observações quanto ao modo de vida, ambientes de moradia e trabalho também foram encontrados. Analisados os dados registrados, medidas eram recomendadas e adotadas, posteriormente pelo Estado, para garantir homens mais saudáveis para o trabalho nas indústrias.

Afirma ainda, que neste período, os fatos sociais, principalmente aqueles relacionados às classes pobres, foram estudados pela representação de dados estatísticos. Desta maneira, observavam as causas dos fenômenos sociais e propunham políticas a serem adotadas.

A Revolução Industrial, na Inglaterra e a Revolução Francesa trouxeram reivindicações populares para políticas sociais justas para combater a miséria do povo e os privilégios da burguesia. Acometidos pela crise político-econômica e epidemias de doenças infecto-contagiosas a população reivindicava o direito ao trabalho em melhores condições e medidas para promoção da saúde da população. O atendimento a essas reivindicações foram implementados, através de medidas políticas adotadas pelos governos ao longo de muitos anos.

A situação de precariedade para alimentação, moradia e as questões sanitárias do período trouxeram ainda, a preocupação quanto ao número de pessoas de classe economicamente inferiores, no espaço urbano.

*A cólera de 1832, que começou em Paris e se propagou por toda a Europa, cristalizou em torno da população proletária ou plebéia uma série de medos políticos e sanitários. A partir dessa época, se decidiu dividir o espaço urbano em espaços pobres e ricos. A coabitação em um mesmo tecido urbano de pobres e ricos foi considerada um perigo sanitário e político para a cidade, o que ocasionou a organização de bairros de pobres e ricos [...]. (Foucault, 1982 p.94)*

Na França, desenvolve-se o modelo de prática sanitária, denominado de Polícia Médica, que tinha como pressuposto básico que “[...] as doenças eram resultantes dos problemas sociais ou de miasmas presentes em determinadas regiões.” (Facchini, 1994, p.37)

Foucault (1982, p. 83-5) analisa a evolução dos modelos de medicina social na França, Inglaterra e Alemanha. O modelo francês de prática sanitária do período foi desenvolvido baseado nas reformas de estrutura dos espaços urbanos. O modelo inglês, foi baseado na melhoria das condições de trabalho e estas respaldadas pelos dados estatísticos que se desenvolveu naquela sociedade, principalmente os de morbidade e mortalidade. Estes dados foram interpretados como custo para o Estado pela perda de força de trabalho para o processo de industrialização, quadro este que deveria ser mudado, segundo as recomendações de estudiosos do período.

Na França a influência da concepção miasmática onde o ar contaminado, era responsável pelo adoecimento dos indivíduos fez com que se reorganizasse o uso do espaço urbano. Assim a localização de “ambientes contaminados”, como os cemitérios, eram fora do espaço urbano utilizado para localização das moradias, consideradas “ambientes não contaminados”.

Na Inglaterra, o modelo de medicina social associou os problemas sociais, como as moradias precárias e as precárias condições de trabalho à determinação das doenças, sendo esta concepção respaldada pela estatística, desenvolvida no período.

Na Alemanha, o modelo denominado de “ Medicina do Estado” tinha como preocupação central a melhoria do nível de saúde da população. Implementado no século XVIII, o modelo, consistia em: analisar através dos dados estatísticos de morbidade, de mortalidade e de natalidade, em todos os registros disponíveis a saúde da população; em normalizar o saber médico, com controle do Estado; controlar a atividade médica e criar um sistema regionalizado de serviços médicos, sob o direcionamento do Estado.

*[...] Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde.(...) O que se tem chamado de **medicalização da sociedade**-processo que na atualidade cada vez mais intensifica- é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não ter mais fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos,[...] capaz de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos[...] a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante [...] (Machado apud Gonçalves, 1994, p.106) (Grifo do autor)*

Posteriormente, com as descobertas sobre o corpo e as percepções, ainda empíricas, sobre as doenças houve “[...] uma tendência a se definir negativamente a saúde como ausência de doença, pois os médicos conheciam melhor os sintomas e a natureza das patologias do que os indicadores e os atributos da saúde física e mental.” (Moura, 1989, p.43)

O movimento social organizado, no período renascentista, questionou os padrões sócio-político e culturais vigentes, sendo também questionados os campos de saber, como o da medicina. É neste contexto que Facchini (1994) identifica o nascimento da epidemiologia.

Segundo Ayres (1995, p. 177-95) a epidemiologia desenvolvida neste período usou técnicas estatísticas para procurar explicar a causa das doenças e o fator responsável pela condição orgânica observada.

*[...] À proporção que a epidemiologia vai formalizando seu discurso, a gênese do carácter público desses eventos vão sendo afastados de seu campo de conhecimento. A esfera de explicações de que se ocupa a teoria epidemiológica trata cada vez mais da ocorrência dos fenômenos, abstendo-se de investigar o processo pelo qual estes ‘chegaram a ser o que são’. (Ayres, 1995, p.183)*

No desenvolvimento da saúde pública Moura (1989, p.60) afirma que “[...] o acesso da população pobre aos cuidados médicos correspondia a uma política deliberada de governantes interessados quase exclusivamente no aumento do produto nacional bruto e no fortalecimento do Estado.”

A reivindicação ao direito a melhores condições de vida influenciaram no desenvolvimento das concepções sobre o processo saúde-doença que associaram estas às causas de adoecimentos, o que influenciou a conquista do direito a saúde como direito social do cidadão. Estas lutas e conquistas não foram diferentes no Brasil, somente com a população organizada é que se conseguiu avançar na reforma sanitária, como nos mostra a história da Saúde Pública brasileira.

Os modelos de análise e compreensão da causalidade do processo saúde-doença mostraram diferentes concepções que descreveram o aparecimento da doença. Entre estes, temos os modelos que concebem o processo saúde-doença como resultado de uma única causa, são as teorias da unicausalidade.

Estes modelos destacaram a importância para a “[...] aparência dos fenômenos, ou

seja, com sua causa mais evidente [...]”, não se preocupando com a estrutura da determinação do fenômeno, mas sim buscando, no próprio fenômeno, a sua causa. (Facchini, 1994, p.40)

Na metade do século XIX, com as descobertas da microbiologia, as doenças passaram a ser associadas a agentes específicos. Segundo Moura (1989, p.43) estes novos conhecimentos reforçaram o interesse pelo conhecimento das patologias, “[...] atrasando a descoberta das condições e características positivas da saúde.”

Facchini (1994, p.41-2) afirma que as concepções baseadas na teoria da multicausalidade “[...] quando utilizada de forma simplista ou reducionista, acaba por enfatizar o conjunto de causas mais aparentes e próximas da manifestação da doença, considerando-as com o mesmo peso e importância na determinação dos problemas de saúde[...].”

As causas menos aparentes não seriam consideradas nestas análises, retrocedendo ao pensamento da unicausalidade. Facchini (1994, p.43) afirma que o reconhecimento de um agente causal levaria a um raciocínio reducionista, que excluiria a influência da história e da inserção do indivíduo no processo de produção e grupo social: “[...] de um modo geral, nos modelos convencionais, o caráter social do processo saúde-doença tem sido desfigurado, desconhecido ou reduzido a uma generalidade abstrata ou a certas particularidades que pouco significam na compreensão da essência dos fenômenos [...]”. Nestes casos, a epidemiologia fica restrita a uma perspectiva reducionista, utilizada como ciência para compreensão da etiologia da doença.

Para Ayres (1995, p.195) “A epidemiologia informada por uma teoria do social capaz de compreender a **estruturação-desestruturação-reestruturação dos processos sociais geradores das necessidades de saúde e dos seus próprios meios de satisfação** será, sem dúvida, um instrumento mais poderoso na reorientação das práticas de saúde [...].” (grifo do autor)

Consideramos que, para a análise da causalidade do processo saúde-doença, visto enquanto um processo social, não se pode considerar o indivíduo sem a análise da dinâmica da sua inserção no processo produtivo e no seu grupo social.

A identificação do indivíduo deverá ir além dos dados pessoais, buscando-se a sua história e a realidade na qual o mesmo está inserido. Os dados referentes ao grupo

contemplam dados individuais, porém, se apenas somarmos os dados de vários indivíduos não descreveremos o grupo.

Consideramos que os dados do grupo social estão além da somatória de dados individuais, pois há uma dinâmica muito maior na interrelação de dados isolados só percebida no próprio grupo.

Para Facchini (1994, p.46-50) “[...] é importante enfatizar que os avanços teóricos da epidemiologia nas duas últimas décadas se deveram, em boa parte, às contribuições do modelo de determinação social.” Este modelo contribuiu para “[...] um entendimento mais complexo da distribuição desigual dos problemas de saúde da coletividade e precisando a relação do processo de produção com o conjunto dos problemas de saúde dos trabalhadores.”

Os fatores determinantes do processo saúde-doença devem ser contextualizados e analisados à luz de um marco de referência, no qual podemos definir a delimitação do objeto e estudo e as concepções relacionadas.

Moura (1989, p.57), ao analisar a saúde como um direito, enfatiza que não é através de “termos formais de uma declaração ou pacto” que o cidadão poderá gozar de acesso a serviços e ainda usufruir do direito. A conquista, de fato, deste direito dá-se quando a população, organizadamente, pressiona seus representantes no poder público, para viabilizar as condições que contribuem para torná-la sadia.

*Admite-se que contribuem para a promoção da saúde certos benefícios sociais como, por exemplo, nutrição adequada, sistema de tratamento sanitário para água e esgoto, moradia higiênica, vestuário apropriado, salubridade no ambiente de trabalho e lazer. Por outro lado, a prestação de cuidados médicos é entendida como um serviço destinado predominantemente à defesa [...] e à recuperação [...] da saúde. (Moura, 1989, p.59)*

Um marco para a história da saúde pública no Brasil foram as conquistas na Constituição Federal de 1988, resultado de uma longa luta pela reforma sanitária no país, que teve a representação de técnicos da saúde e população organizada para viabilizá-las.

A saúde foi garantida como um direito do cidadão e um dever do Estado, atestado no artigo 196, da Constituição. Porém como afirma-nos Moura (1989), o registro não é a garantia de um direito de fato.

Para Cohn et al (1991, p.25):

*[...] a saúde um “direito de todos e dever do Estado” implica em enfrentar questões tais como a de a população buscar a utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em “ter direito”. Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contrapostos a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estritamente vinculada às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país.*

Portanto a saúde como direito de fato, ficou para poucos, é o que podemos observar na história da Saúde Pública. Para garantirmos saúde como concebemos e preconizamos faz-se necessário a compreensão dos determinantes estruturais e macroestruturais do processo saúde-doença e a incorporação destes à prática sanitária.

*[...] é possível identificar no pensamento contemporâneo uma importante diversidade conceitual e metodológica. Os elementos desta diversidade, em muitos casos, estão em contradição e constituem correntes em disputa no interior de uma disciplina, que partem de marcos teóricos ou filosóficos totalmente distintos e têm contribuído para que os métodos e análise e interpretação da causalidade se tornem mais sofisticados, rigorosos e especializados. (Facchini, 1994, p.34)*

A consciência da concepção do processo saúde-doença como resultado de processo social dinâmico, histórico, onde indivíduos têm seu modo particular de adoecer e morrer, associado à dinâmica ao qual pertence, é que pode instrumentalizar para a construção de um modelo de assistência que promova a saúde e previna as doenças para poder possibilitar a construção de vida com qualidade.

Ao encerrarmos este capítulo destacamos a compreensão de Breilh (1990) sobre as influências que interagem no processo estudado quando este nos afirma que a epidemiologia é uma ciência fundamental para nos fornecer informações que possibilitam a análise do contexto político-econômico-social num determinado momento histórico, mas que a concretização das mudanças desejadas dependerá das mentes e mãos envolvidas como também da interação deste processo com os demais processos sociais.

### 3 - TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*Para que se possa caracterizar o conhecimento científico, convém que se o contraponha a outros modos de conhecer. Naturalmente a ciência não é o único caminho que o homem trilhou ou pode trilhar para chegar à verdade e à certeza; nem é a verdade ou a certeza que caracterizam o conhecimento científico. O que distingue e caracteriza as diversas espécies de conhecimento são o modo de conhecer e os instrumentos do conhecer. (Ruiz, 1996, p.95).*

A metodologia é definida para Minayo (1998, p.16) como “[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática.”

O desenvolvimento desta pesquisa deu-se em uma comunidade agroindustrial da região Oeste do Paraná, distante, aproximadamente, 30 km da cidade de Cascavel, caracterizada no item 4.1 deste relatório.

Exploramos nosso objeto de estudo junto aos usuários do Serviço Local, sendo eles os sujeitos, atores-sociais do processo, que se encontram caracterizados no item 4.2.1.

Esta pesquisa qualitativa trata-se de um delineamento exploratório tendo sido utilizado o método do estudo de caso.

Gil (1995, p. 78-80) analisa a utilidade do estudo de caso e afirma que nas pesquisas exploratórias verifica-se sua maior aplicabilidade podendo ser tanto para explorar temas complexos em fases iniciais da pesquisa como para temas mais conhecidos.

A pesquisa exploratória permite-nos aprofundar conhecimento sobre determinados objetos. Para Triviños (1987, p. 109-10), a pesquisa exploratória permite a aproximação de uma determinada população para exploração de hipóteses ou de novos problemas a serem pesquisados. “[...] Este tipo de investigação, por exemplo, não exige a revisão de literatura, as entrevistas, o emprego de questionários, etc., tudo dentro de um esquema elaborado com a severidade característica de um trabalho científico.”

Optamos pelo desenvolvimento de um estudo de caso, que segundo Triviños (1987, p.133) é considerado como uma classe de pesquisa qualitativa “cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente [...] marcado mais que outros tipos de pesquisa qualitativa, pela implicação do sujeito no processo e pelos resultados do estudo, exige severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias.”

Chizzotti (1991, p.102) afirma que o estudo de caso “[...] é uma unidade significativa do todo [...] é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos [...] objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.”

Segundo Lüdke e André (1986, p.18) o estudo de caso é utilizado pelo pesquisador para descoberta, assim, mesmo tendo estabelecido o referencial teórico que fundamenta a pesquisa,

*[...] ele procurará manter-se constantemente atento a novos elementos que podem emergir como importantes durante o estudo. O quadro teórico inicial servirá assim de esqueleto de estrutura básica a partir da qual novos aspectos poderão ser detectados[...] Um princípio básico desse tipo de estudo é que, para uma apreensão mais completa do objeto, é preciso levar em conta o contexto em que ele se situa [...].*

Outras características são destacadas pela autora, entre elas que nesse tipo de estudo a realidade é tratada de maneira complexa com as suas multiplicidades de dimensões historicamente determinadas.

Chizzotti (1991, p.102) considera que o estudo de caso pode ser considerado como “[...] marco de referência de complexas condições sócio-culturais [...] revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação.”

Para Lüdke e André (1986, p.21) no desenvolvimento do estudo de caso podemos caracterizar três fases: a exploratória, a de delimitação do estudo e a de análise sistemática



e elaboração do relatório.

A fase exploratória é aquela em que o pesquisador aproxima-se da realidade a ser estudada para caracterizá-la: “[...] É o momento de especificar as questões ou os pontos críticos, de estabelecer contatos iniciais para a entrada em campo, de localizar os informantes e as fontes de dados necessárias para o estudo.” (Lüdke e André, 1986, p.21)

A fase de delimitação do estudo é aquela em que o pesquisador estabelece os limites e contornos de aproximação através de um instrumento sistematizado, pois: “[...] nunca será possível explorar todos os ângulos do fenômeno num tempo razoavelmente limitado.” (Lüdke e André, 1986, p.21)

A última fase é a de análise sistemática e elaboração do relatório, em que todos os registros são tratados, analisados e interpretados, sendo observada a relevância dos mesmos em relação aos objetivos e pressupostos que originaram o estudo.

Esses momentos do estudo de caso não acontecem, na realidade, numa seqüência linear, compartimentada, ou seja, a fase de análise e interpretação dos dados inicia-se desde o momento em que o pesquisador entra em contato com o contexto e coleta suas primeiras informações.

Nesta investigação desenvolvemos o método do estudo de caso, seguindo os quatro momentos metodológicos, propostos por Gil (1996). Esses momentos incluíram a delimitação do caso estudado; a coleta de dados; a análise e interpretação; e a elaboração do relatório final.

Pudemos perceber que entre os momentos metodológicos preconizados por GIL (1996) e Lüdke e André (1986) há diferença apenas na forma como sistematizam-nos, ou seja, enquanto Lüdke e André (1986) destaca a fase exploratória inicial, Gil (1996) caracteriza-a na de delimitação. A fase de coleta é individualizada por Gil (1996) sendo que Lüdke e André (1986) incorpora-a na de delimitação.

Iniciamos pela delimitação do estudo, definindo a Comunidade Agroindustrial de Rio do Salto, sub-distrito do município de Cascavel, como Unidade-caso desta investigação.

A escolha da Unidade-caso deste estudo foi norteada pelo critério de tipicidade. Sabino apud Gil (1995) descreve três critérios de seleção para estudo de caso. O caso típico explora objetos que, em função de informação prévia, pareçam ser a melhor expressão da categoria. O caso extremo propicia uma idéia dos limites dentro dos quais as variáveis

estudadas podem oscilar, e os casos marginais estudam casos atípicos ou anormais para entender os desvios da normalidade e a própria normalidade, por contraste.

A Unidade-caso escolhida para este estudo foi uma comunidade agroindustrial que se caracteriza por ser um caso típico nessa região do Oeste do Paraná, onde, a maioria delas, estruturam-se em função da especificidade do processo de trabalho nelas desenvolvido, ou seja, em função das atividades essencialmente agroindustriais.

A coleta de dados foi desenvolvida por meio da técnica de entrevista semi-estruturada e realizada com os sujeitos participantes, usuários do Posto de Saúde local.

As questões norteadoras das entrevistas foram sendo aperfeiçoadas desde o Projeto desenvolvido na Disciplina de Prática Assistencial, do Programa de Pós-Graduação de Assistência em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido validadas no Exame de Qualificação.

Para Chizzotti (1991, p.103) “A coleta de informações em campo pode exigir negociações prévias para se aceder dados que dependem da anuência de hierarquias rígidas ou da cooperação de pessoas informantes.”

Em nosso caso, o contato inicial com a Comunidade já estava consolidado e protocolizado (Anexo 1), pois mais pesquisadores da UNIOESTE, da enfermagem e da engenharia agrícola, desenvolviam suas pesquisas no local.

Utilizamos um *rapport* (Anexo 2) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3) para aproximarmos-nos dos prováveis sujeitos, para verificação do interesse e da disponibilidade para participação nesta pesquisa. Solicitamos autorização para gravação das entrevistas e no caso de rejeição, ou demonstração de inibição, fizemos o registro durante a fala e validação ao término, das informações registradas, com cada sujeito.

Os dados registrados foram sistematizados e organizados de modo a favorecer o próximo momento metodológico, ou seja, o de análise e interpretação dos dados.

Nesta etapa de análise e interpretação dos dados fundamentamo-nos em Bardin (1979) e Minayo (1996) para uso da técnica proposta. Os dados foram tratados de modo a evidenciar, nas falas dos sujeitos, os núcleos de sentido que representassem as concepções sobre o processo saúde-doença.

Iniciamos com a leitura exaustiva, que nos permitiu a aproximação e apreensão dos

núcleos de registro significantes. Essa fase contemplou a construção das categorias empíricas que foram posteriormente confrontadas, analisadas e interpretadas à luz da categoria analítica.

Para Minayo (1996, p.237) ao finalizarmos a análise de conteúdo temos “[...] que a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção.”

Concordamos, pois acreditamos que nossa intencionalidade, aqui evidenciada por meio de nossos conceitos, pressupostos e objetivos, permearam a trajetória e as compreensões inerentes ao estudo desenvolvido.

Para finalizar o estudo de caso, organizamos o relatório que documenta todo o processo vivenciado e evidencia a não terminalidade da investigação quando se parte do pressuposto que a pesquisa é a apreensão de uma realidade em movimento, viva e portanto não finita.

## **4 - MOMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO DE CASO**

### **4.1 - A delimitação da unidade caso**

Para GIL (1996) a delimitação da Unidade-caso é a primeira etapa do estudo de caso. Neste sentido, procuramos caracterizar a comunidade de Rio do Salto através dos dados complementados pelos estudos desenvolvidos por Cunha K. de C. et al (1999), Cunha, V. (1999) e Mucelin (2000).

A comunidade agroindustrial do Rio do Salto, distrito do município de Cascavel, localiza-se na região sul, a 30 Km, da área urbana do município referido. O Distrito de Rio do Salto constitui-se de área urbana e rural, sendo que, até 1999, na área urbana, existiam 236 casas com uma população aproximada de 900 pessoas. Inexiste informação sobre a população total de Rio do Salto.

*Figura 1 - Foto da Vista Parcial da Comunidade do Rio do Salto.*



Fonte: Cunha, K. de C. et al (1999)

Os recursos de apoio e infra-estruturais local foram identificados por Cunha, K. de C. et al. (1999) sendo eles o Posto de Medicamentos; o Posto Telefônico; o Posto de Polícia; o Posto de Correio; a Escola Municipal, que contempla da Pré-escola à 4ª série, do Ensino Fundamental; a Escola Estadual, que contempla da 5ª série do Ensino fundamental à 3ª do Ensino Médio; e o Posto de Saúde.

O Posto de Medicamentos funciona há mais de vinte anos, localizado na estrada principal de acesso à comunidade. Segundo a proprietária, ele foi caracterizado como Posto e não como Farmácia em função do número de habitantes da comunidade e das exigências legais para o reconhecimento e funcionamento de uma farmácia. O horário de atendimento é das sete às vinte horas, de segunda à sábado, para venda de medicamentos, verificação de sinais vitais, orientações e aplicação de medicações. É fiscalizado pela Regional de Saúde de referência. A proprietária exerce também o cargo, eleito, de representante da comunidade.

Houve esclarecimento da proprietária quanto ao funcionamento do Posto de Medicamentos que supre as necessidades de assistência à saúde da população, principalmente, nos períodos em que o Posto de Saúde encontra-se fechado. Assim, a demanda maior dá-se à noite, nos finais de semana e feriados.

O Posto Telefônico, existente na comunidade há vinte anos, localiza-se próximo a Sub Prefeitura em prédio próprio e conta com dois funcionários. Funciona das sete às vinte e uma horas, de segunda à sábado. Nos domingos e feriados funciona das sete às doze horas. Além do Posto Telefônico a comunidade conta com mais duas linhas telefônicas instaladas, uma na escola e outra na Sub Prefeitura, vinte residências contam com ramais telefônicos. O restante dos moradores fazem uso do Serviço de recados, atividade assumida pelo próprio Posto Telefônico. As funcionárias recebem e transmitem as mensagens. Nos casos de urgência, para o envio da mensagem, o usuário pode pagar por uma corrida de veículo alugado. Segundo Cunha, K. de C. et al (1999) o serviço prestado pelo Posto Telefônico foi avaliado, pela comunidade, como insatisfatório para os atendimentos de suas necessidades de comunicação.

O Posto de Polícia, em 1999, contava, segundo Cunha, K. de C. et al. (1999), com dois policiais que trabalhavam em regime de plantão. O serviço era desenvolvido no prédio da Sub Prefeitura, em um espaço adaptado, pois não havia área física específica para ele até então. Quanto a recursos materiais para o desenvolvimento das atividades dispunha de

uma viatura não apropriada ao tipo de estrada em que necessita trafegar, principalmente na zona rural.

As ocorrências policiais eram raras, as atividades foram caracterizadas, no estudo referido, como de apoio e orientação, contudo no caso de emergências, comunicavam-se com a Polícia Federal baseada na Rodovia BR 277, próximo da comunidade, para auxílio.

O Posto de Correio, que funciona desde fevereiro de 1999, também está localizado no prédio da Sub Prefeitura, sendo uma funcionária responsável pelo recebimento e envio das correspondências e encomendas. As correspondências são referidas para a agência de Correio de Cascavel. As correspondências são centralizadas no Posto, onde os interessados entregam-nas e retiram-nas, não havendo entrega domiciliar, até aquele momento.

A comunidade conta, na área educacional, com duas Escolas, sendo uma municipal e a outra estadual, que se responsabilizam pelo ensino regular desde a Pré-escola até o término do Ensino Médio. As necessidades de assistência à saúde dos escolares são identificadas e encaminhadas para o Posto local que viabiliza o atendimento no local ou encaminha aos Serviços de Referência das Secretarias de Educação e de Saúde do Município de Cascavel.

Nas escolas, o atendimento a sinais e sintomas apresentados por alunos durante o horário de permanência no local era prestado por uma auxiliar de classe que sob a orientação da monitora de saúde, observava, encaminhava, orientava e medicava em algumas situações.

As Escolas locais desenvolvem os programas regulares de ensino e programas especiais de alfabetização para jovens e adultos, no período noturno, pois segundo Cunha, K. de C. et al. (1999), entre os moradores da região urbana constatou-se a taxa de 15 % de analfabetismo.

Recentemente, durante o desenvolvimento deste estudo, uma monitora de saúde, com formação de auxiliar de enfermagem, foi contratada para cumprir meio período da jornada de trabalho na escola e meio período no Posto de Saúde local.

O Posto de Saúde, localizado ao lado da praça, centro da área urbana, funciona de segunda à sexta-feira, das seis horas e trinta minutos às dezoito horas. Conta com um quadro de funcionários que é composto por três auxiliares de enfermagem, uma monitora de saúde, uma auxiliar de assistente social, um auxiliar de dentista, uma agente da dengue,

uma zeladora, dois médicos, uma dentista. A equipe de saúde é supervisionada pela Gerente de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Cascavel (PMC).

Os programas de saúde implantados no Posto são os preconizados e normatizados pela Secretaria de Saúde do Município de Cascavel. São desenvolvidas atividades relacionadas à imunização, curativos, inalação, coleta de preventivo ginecológico, palestras para grupos de hipertenso, visitas domiciliares, busca ativa para grupos de risco, orientação para o planejamento familiar com distribuição de métodos contraceptivos, coleta de exames laboratoriais, consultas médicas, atendimento odontológico, aplicação de flúor nas crianças da escola, controle da dengue através da monitorização do vetor e orientações à comunidade, entre outras menos regulares.

*Figura 2 - Foto do posto de saúde da comunidade- vista externa.*



Fonte: Mucelin (2000)

Cascavel é o Centro de Referência para os encaminhamentos do Posto de Saúde de rio do Salto, assim, conta com o Centro Regional de Especialidades (CRE), com o Hospital Regional de Cascavel (HRC) e com os serviços terceirizados contratados pelo SUS. O transporte dos usuários, encaminhados, é feito por meio de uma kombi, da Prefeitura do Município de Cascavel.

A área física do Posto de Saúde vem se tornando insuficiente para as atividades e necessidades atuais, existindo uma discussão, em favor da ampliação e melhoria das condições locais, envolvendo Gerência de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a Sub Prefeitura, as lideranças comunitárias e a responsável pela equipe de saúde local.

Rio do Salto caracteriza-se como uma comunidade agroindustrial em função das atividades econômicas nela desenvolvidas. Assim, o processo de trabalho é variado em função das especificidades dessas atividades agroindustriais.

Cunha, V. (1999) desenvolveu sua dissertação de mestrado, em 1999, sobre a segurança nos processos de trabalho desenvolvidos em Rio do Salto e para tanto caracterizou os processos de trabalho de sete Unidades de Produção, diagnosticando o potencial de risco, o nível de consciência dos trabalhadores e dos empregadores e promovendo a discussão e conscientização dos mesmos visando à melhoria das condições de trabalho.

Foram pesquisadas sete Unidades-caso, sendo elas a cerâmica, o laticínio, o moinho e beneficiamento de arroz e trigo, a serraria, a cerealista, um minifúndio e um latifúndio.

O potencial de risco de acidentes e doenças profissionais, decorrente dos processos de trabalho desenvolvidos nestas Unidades, foi caracterizado como alto. Entre os determinantes foram destacados a falta de conscientização de trabalhadores e proprietários quanto a legislação, aos direitos e deveres decorrentes; o descompromisso dos empregadores com a proteção do trabalhador no processo de trabalho; assim como a atitude do trabalhador que, ciente do risco, não exige melhores condições de trabalho por temer o desemprego: “Aceitam as condições ilegais e irregulares pois mesmo o trabalho sem segurança é melhor que o desemprego. Outros consideram o risco inerente ao processo de trabalho sendo reforçados por empregadores.” (Cunha, V. 1999, p.146)

A assistência ao acidentado é basicamente “[...] prestada pelo Posto de Medicamentos local ou no âmbito familiar. Mesmo quando o atendimento é dado pelo



Posto de Saúde, nem sempre são feitos os encaminhados e os registros”. (Cunha, V. 1999, p.146)

A população de Rio do Salto, investigada por Cunha, K. de C. et al (1999, p. 155), verbalizou em entrevistas, a existência de doenças decorrentes das atividades profissionais, sendo que 43,5 % dos agravos relacionados referem-se a problemas de coluna, 21,7 % a respiratórios, 4,3 % a queimaduras por exposição ao sol, 4,3 % a problemas gastro-intestinais, 8,7 % às hérnias, 4,3 % à hepatite, 4,3 % aos problemas auditivos, 4,3 % à tontura, e 4,3 % a problemas oculares. As autoras esclarecem que esses dados não retratam a realidade pois a comunidade, até o momento em que foi entrevistada, não tinha sido orientada, portanto, não tinham clareza do conceito de doenças decorrentes das atividades profissionais. A realidade mostra-se muito mais crítica em relação aos agravos à saúde decorrentes dessas atividades. Dos acidentes mencionados neste estudo, 44,7 % foram associados a ferimentos, 21,1 % a fraturas, 11,8 % a intoxicações por agrotóxicos, 7,9 % a quedas de máquinas e equipamentos, 6,6 % a acidentes automobilísticos, 3,9 % a amputações, 1,3 % a hérnias, 1,3 % a soterramento e 1,3 % a queimaduras.

Cunha, V. (1999, p.156) chama-nos a atenção para a gravidade das amputações, que embora tenham sido correlacionadas a uma pequena incidência, o que o autor supôs ser, provavelmente, pelo sub registro, acarretam danos sociais irrecuperáveis como a própria incapacidade para o trabalho e para atividades corriqueiras de qualquer ser humano. Além do sub registro, a própria consciência ingênua do trabalhador mascara as informações a respeito da grave realidade vivenciada “Os entrevistados não correlacionavam acidentes ao contexto de trabalho. Justificavam-nos referindo falta de sorte [...]”

Os dados de caracterização da população urbana de Rio do Salto, apresentados a seguir, foram colhidos e sistematizados por Cunha, K. de C. et al (1999), que entrevistaram moradores de 78,8 % das residências urbanas. Segundo o estudo, a distribuição da população, segundo sexo, apresenta-se equilibrada. Quanto à distribuição por faixa etária, a maior concentração, 43,6 %, está entre os 21 e 60 anos, 23,1 % está entre 6 e 15 anos; 11,5 % tem até 5 anos; 10,4 %, tem entre 16 e 20 anos; e 10,0 % entre 61 e 90 anos, sendo que 1,4 % não soube informar.

Quanto à escolaridade, destacamos que a maioria, ou seja, 61,8 % tem o 1º grau incompleto, apresentando uma taxa de analfabetismo de 15 %, o restante foi caracterizado como: com 2º grau incompleto 8,6 %, 2º grau completo parado 4,4 %, na pré-escola 2,5 %,

com 1º grau completo parado 2,4 %, com 3º grau incompleto 1,8 %, em escola especial 0,8 %, com 3º grau completo parado 0,3% e cursando pós-graduação 0,3 % e 2,1 % não soube informar.

A caracterização da Comunidade quanto ao tempo de moradia, mostrou que a maioria, 46,2 % das pessoas, reside no local entre 2 a 10 anos.

Quanto ao número de famílias por residência caracterizou-se que em 85,5 % das residências moram apenas uma família, em 12,9 % delas, vivem duas famílias e em apenas 1,6 %, vivem 3 famílias.

Quanto ao material de construção das casas 17,2 % das casas são de alvenaria e madeira (mistas), 36,0 % de alvenaria e 46,8 % de madeira. Quanto à propriedade das casas, 76,3 % são próprias; 10,8 % são alugadas; 10,2 % cedidas; 2,2 % próprias em terreno cedido e 0,5 % outros tipos. A maioria das residências tem cinco cômodos 30,1 %; seguidas pelas de 7 a 12 cômodos, 26,4 % e pelas de quatro cômodos 17,7 %, de seis cômodos 14,5 % e abaixo de 4 cômodos 11,3 %. 98,9 % delas têm banheiro e 1,1 % não, sendo que 72,7 % dos banheiros são internos, 26,8 % são externos e 0,5 % possuem banheiros internos e externos.

Quanto à caracterização do abastecimento de água, 88 % das residências faziam uso de água tratada exclusivamente. O uso de água tratada concomitante com outra fonte de água foi descrito em 11,5 % das residências, representado da seguinte forma: 7,5 % usavam a água tratada e água de poço sem encanamento, 2 % água tratada e água de poço encanada, 2 % água tratada e água de mina. Das residências entrevistadas 0,5 % não dispunha de nenhuma forma de abastecimento de água. Foi destacado, no estudo, a vedação e manutenção irregular das caixas de água nas residências.

Quanto à destinação do esgoto doméstico 1,2 % das residências não possuem instalações para este fim, 98,8 % possuem fossas sépticas fechadas, sendo que destas 5 % utilizam também o sistema de fossas abertas.

A criação de pequenos animais nas residências foi caracterizada como 47,5 % criam galinhas, 14,5 % gado, 20,8 % porcos, 7,9 % coelhos e o restante 9,3 % outros animais.

Em 51,1 % das residências houve relato da presença de roedores, o que não retrata a realidade pois, segundo o estudo, comprovou-se pela observação durante as visitas que a grande maioria das casas têm roedores nos quintais e galpões.

Quanto ao cultivo de produtos agrícolas nas residências, foi caracterizado que todas as famílias tinham pelo menos um tipo de cultura, sendo que algumas cultivavam mais de um produto. Os cultivos mais citados foram: hortaliças, feijão, arroz, soja, milho e frutas.

Há a comercialização de legumes, frutas, verduras e ervas em 21,5 % das residências; de massas, doces e salgados em 12,7 % delas; de cereais em 11,4 %; de vassouras em 8,9 %; de confecções em 7,6 %; e o restante, 37,9 %, comercializa diferentes produtos.

Quanto à renda familiar, foi descrito que 55,4 % das famílias têm rendimento mensal entre 1 e 2 salários mínimos, 18,8 % entre 3 e 4 salários mínimos, 7,0 % entre 5 e 6 salários mínimos, 1,6 % entre 7 e 8 salários mínimos, sendo que apenas 7,5 % possuem rendimentos entre 9 e 15 salários mínimos e ainda 3,8 % sobrevivem sem renda, recebendo doações.

O número de pessoas que contribuem para a renda familiar, no estudo, foi caracterizado como 1 contribuinte em 46,4 % das residências; por 2 contribuintes em 39,7 %; por 3 contribuintes em 10,6 %; por 4 contribuintes em 2,2 %; e por 5 contribuintes em 1,1 %.

Considerando a faixa etária de 16 à 60 anos como a população economicamente ativa temos 420 pessoas nesta faixa etária. Contudo, apenas 67,8 % delas estão empregadas, sendo que 86 % destas trabalham na própria comunidade; 6,3 % em Cascavel; 4,2 % em outras cidades e 3,5 % na estrada. Entre as ocupações remuneradas mais citadas surgiram as de doméstica/diarista, agricultor, serviço geral, caminhoneiro, biscateiro, comerciante, bóia-fria, zeladoria, pedreiro e serralheiro. Desses, apenas 40,9 % possui registro em carteira de trabalho. A jornada de trabalho mais usual é a entre 7 a 8 horas diárias.

Das 186 residências visitadas por Cunha, K. de C. et al. (1999) 83,8 % tem televisão e geladeira; 73,1 % tem fogão a gás, 69,8 % tem rádio, 54,8 % tem ferro de passar, 43,0 % tem liquidificador e 40,8 % tem máquina de lavar roupa. 46,8 % das residências tem veículo. No estudo foi considerado como veículo, carro de passeio, caminhonete, caminhão, motocicleta, trator, colheitadeira, plantadeira e ônibus.

Quanto aos dados obtidos referentes ao esquema de vacinação, constatou-se que a grande maioria das crianças estavam em dia com o esquema básico de vacinas.

Das 720 pessoas entrevistadas para caracterização da morbidade: 7,3 % referiram

sofrer de hipertensão, 4,1 % de bronquite, 2,5 % pessoas hepatite, 2,4 % pessoas com cardiopatias, 1,6 % pessoas com pneumonia, 1,6 % com gastrite, 1,6 % com artrose; 1,6 % com osteoporose, 1,6 % com depressão, cansaço e desânimo e ainda 1,5 % nervosismo.

Dos entrevistados que relataram sinais, sintomas e/ou doenças 77,5 % refere não fazer nenhum tipo de tratamento. Num total de 51 óbitos citados, nos últimos cinco anos, as causas mais freqüentes foram correlacionadas a: doenças cardíacas 19,6 %, aborto 17,6 % e assassinato 11,8 %. Chama-nos a atenção a taxa de morte por causas violentas como suicídio, afogamento, acidente, assassinato, que somadas perfazem um total de 41,2 %.

Durante o desenvolvimento deste estudo, houve alteração quanto ao número de habitantes da zona rural da comunidade pois foram assentados, em uma fazenda aproximadamente a 8 km da zona urbana, por volta de mil e duzentos pessoas do Movimento dos Sem-Terra (MST), entre crianças, jovens, adultos e idosos. Esses novos moradores não foram ainda caracterizados pois o próprio movimento não permite a caracterização da realidade vivida no acampamento. Para isso, dificulta o acesso, só permitindo entrada de pessoas, não pertencentes ao acampamento, quando autorizadas pelas lideranças locais do MST.

Em contato com usuários do serviço de saúde que pertencem ao acampamento soubemos que todos os moradores vivem em barracos de lona, fazem uso de banheiros coletivos, com patente e fossa, sem chuveiro, de chão batido. Usam água de mina, sem tratamento e destinam seus resíduos sólidos para um depósito coletivo, acondicionando em sacos plásticos.

Muitos dos reassentados freqüentam o Posto de Saúde e as Escolas da comunidade e, no momento estas instituições estudam ampliações e adaptações no espaço físico para atender à nova demanda gerada pelo reassentamento.

As Escolas encaminham as crianças, matriculadas em cursos regulares, assim como seus familiares, para o Posto de Saúde. O encaminhamento tem como objetivo principal a avaliação do esquemas de vacinação, das condições de saúde dos indivíduos e integração destes aos programas implementados no Posto de Saúde.

O lixo na comunidade de Rio do Salto era, até 1999, jogado à céu aberto, em terrenos, sem acondicionamento adequado. Mucelin (2000) desenvolveu uma pesquisa participante nesta comunidade objetivando instrumentalizar os membros da comunidade

para que se conscientizassem da problemática gerada pelos resíduos sólidos e para que buscassem alternativas viáveis à transformação de sua realidade visando à melhoria da qualidade de vida. Este estudo desencadeou atitudes mais adequadas ao gerenciamento e enfrentamento da problemática dos RSU, pela Comunidade de Rio do Salto.

*A prática inadequada de tratamento do lixo foi substituída pela coleta domiciliar seletiva, que contempla a separação dos resíduos, com a utilização material orgânicos para alimentação animal e ou incorporação ao solo como adubo. Mesmo quando do não aproveitamento, esses resíduos são destinados à compostagem na escola da comunidade. Uma nova realidade surgiu em Rio do Salto. Os lixões a céu aberto foram eliminados, os moradores não mais acumulam lixo em suas residências, não há disposição na igreja, na Escola, no Posto de Saúde, nas estradas e nas matas, como retratado inicialmente. Já não se tenta queimar vidros e materiais orgânicos. As crianças foram esclarecidas, orientadas e envolvidas, os professores, os agentes de saúde, os representantes da comunidade, enfim, já foram sensibilizados e instrumentalizados para dar continuidade ao processo, estimulando o uso dos PEV, a coleta seletiva e a negociação para a continuidade da implantação do Sistema de Gerenciamento dos RSU em Rio do Salto. [...] Entre outros resultados obtidos com essa pesquisa destaca-se o grau de emancipação dos membros participantes da PP, em especial, do grupo de representantes legitimados durante o estudo para assumir as negociações, o desmanche dos lixões a céu aberto, a coleta domiciliar seletiva, a introdução dos Postos de Entrega Voluntária – PEV, para a disposição final de recicláveis. A conscientização para a prática da coleta domiciliar seletiva já minimizou a quantidade de rejeitos tendo maximizado a quantidade a ser reciclada pela ausência de matéria orgânica que compromete o aproveitamento dos resíduos. Outros resultados destacáveis são o início do Serviço Regular de Coleta de Lixo, por tração animal, duas vezes por semana; a compostagem de matéria orgânica já separada dos demais, proveniente das residências e que por isso garantem a qualidade do composto produzido livre da presença de metais pesados prejudiciais a saúde humana; a não exposição do moradores, principalmente das crianças, à contaminação nos lixões, agora desativados; a despoluição visual pela disposição adequada dos RSU. (Mucelin, 2000, p. 103-4)*

Quanto ao acesso à comunidade temos que, este se dá via rodovia asfaltada, que é derivada da principal rodovia de acesso a região oeste do Estado do Paraná, Rodovia das Cataratas, antiga Br 277. Há linhas de ônibus intermunicipais e urbanas que atendem às comunidades vizinhas e a comunidade do Rio do Salto.

As comunidades rurais têm dificuldades de acesso ao centro urbano devido a precariedade das estradas de terra. Muitas vezes, em caso de chuvas, não há como transitar com veículos pequenos.

## 4.2 – A Coleta de dados

O segundo momento preconizado para o estudo de caso é o de coleta de dados, que nesta investigação deu-se por meio de entrevistas feitas de fevereiro a abril de 2000. Para início da coleta de dados refizemos o contato com a liderança local, para revalidar a autorização para o desenvolvimento deste estudo. Após ter-nos sido autorizado, foram definidas as datas para início. Estivemos no Posto de Saúde, com o objetivo de definir com a equipe de saúde, os momentos e local mais adequados para as entrevistas.

Em visita ao Posto de Saúde observamos o processo de trabalho e a dinâmica do atendimento visando identificar os momentos mais oportunos para abordagem dos usuários. Procuramos seguir o agendamento dos atendimentos pela equipe, de modo a abordar sujeitos adultos, homens e mulheres, moradores da zona urbana e rural, com diferentes faixas etárias e demandas para diferentes atividades do Posto de Saúde.

A abordagem inicial ocorreu nos locais de espera dos atendimentos, momento em que, individualmente ou em grupo, apresentávamos o rapport elaborado para os esclarecimentos iniciais a respeito deste estudo e colocávamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários. Esse primeiro momento propiciou o pré-teste das questões norteadoras e da pesquisadora tendo favorecido o aprimoramento da coleta de dados. Para isso foram realizadas cinco entrevistas, descartadas posteriormente.

Depois desse momento, demos continuidade à abordagem dos usuários tentando conseguir os sujeitos em potencial para este estudo. Procedemos da mesma forma na abordagem com todos os usuários, utilizando um rapport. Esperamos a manifestação de interesse e disponibilidade para as entrevistas. Os sujeitos, que se interessaram, colocaram-se à disposição naqueles momentos em que estavam sendo abordados, sendo assim, as entrevistas foram realizadas imediatamente após às suas manifestações e à ciência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados, por meio das dezessete entrevistas, demoramos trinta e sete dias, durante os quais estivemos na comunidade dez vezes. Permanecíamos na comunidade, em média três horas, para dar conta das entrevistas no dia.

Durante este período, em duas idas à comunidade não foram realizadas entrevistas. Em um dos momentos, o atendimento havia sido adiantado, por necessidade do profissional médico e os usuários já haviam ido embora quando chegamos ao local. Em um

outro momento, os sujeitos, apesar de muito interessados em conhecer a pesquisadora, não se dispuseram a ser entrevistados naquele momento, mas entrevistaram a pesquisadora tentando esclarecer suas curiosidades e conhecê-la. Acreditamos que neste último momento descrito a relação de confiança, pesquisadora-sujeitos, ainda estava por ser conquistada e esta foi muito importante para viabilizar as entrevistas posteriormente realizadas. Essa aproximação, desencadeada pelos usuários, foi importante para despertar a confiança na figura da pesquisadora.

As entrevistas foram desenvolvidas no terreno do Posto de Saúde, fora da Unidade, embaixo de uma árvore. Procuramos assim, garantir um momento de privacidade e não interrupção das entrevistas e do atendimento pela equipe de saúde.

Antes do início das entrevistas, propriamente ditas, obtivemos dados de caracterização dos sujeitos segundo as variáveis nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, tempo de residência na comunidade, profissão/ocupação, tipo de moradia, número de cômodos, número de pessoas que moram na residência, grau de parentesco dos residentes, idade/sexo dos residentes, origem da água para o uso doméstico, tipo de esgoto usado no domicílio, destino do lixo doméstico, caracterização do banheiro, qual (is) o (s) aparelho (s) elétrico (s) e eletrônico (s) que tem em casa, descrição de outro(s) bem (s) que possui, rendimento familiar mensal, número de pessoas que contribuem para a renda da família, o(s) membro(s) da família que trabalha (m) tem carteira de trabalho registrada, algum dos moradores da residência faz tratamento para a saúde?, quanta (s) pessoa (s) faz (em) tratamento, tipo (s) de tratamento (s), local do tratamento, os moradores da residência têm usado o posto de saúde local?, quando costumam ir ao posto?

Os dados referentes à caracterização dos sujeitos desta investigação foram sistematizados e encontram-se apresentados e analisados no sub-capítulo 4.2.1.

Das dezessete entrevistas realizadas uma foi perdida por problemas técnicos com o gravador. Ao iniciarmos, garantíamos aos sujeitos anonimato, sigilo e discrição. Portanto, as entrevistas foram identificadas com a letra E, seguida de um número ordinal seqüencial, para garantir a identificação de origem.

O sigilo acordado justificou-se pela possibilidade de identificação e posterior constrangimento dos sujeitos, pois no desenvolvimento das entrevistas dados pessoais foram relatados, sendo que, nesta comunidade, este fato poderia gerar conflitos de diversas

ordens. Apenas um sujeito não permitiu a gravação da sua entrevista. Assim, registramos sua fala e validamos ao término.

Ao transcrevermos as entrevistas fazíamos a leitura das falas e revivíamos o momento da coleta, o que consideramos bastante válido para subsidiar a análise e interpretação, que neste relatório serão apresentadas posteriormente. Contudo, na prática, mesmo os metodólogos, Bardin (1979), Minayo (1996) e Gil (1996), comentam que coleta, análise e interpretação ocorrem simultaneamente em alguns momentos da investigação.

Após a transcrição de todas as entrevistas, foram feitas releituras com a intenção de captar-se o significado e uma primeira forma de sistematização por questão norteadora. A seguir apresentamos as questões norteadoras das entrevistas.

- ✓ Fale sobre o que entende sobre saúde.
- ✓ Fale sobre o que é doença.
- ✓ que se deve fazer para manter a saúde ?
- ✓ que se deve fazer para evitar doenças?
- ✓ Que tipo de recurso costuma procurar?

Foram estruturadas as seguintes questões suporte para as norteadoras, para o caso de não entendimento das questões previamente formuladas, ou de melhor exploração das respostas. Informamos que essas questões de suporte foram sempre utilizadas durante as entrevistas, pois percebemos desde o pré-teste, melhor compreensão dos sujeitos com o seu uso e assim, uma elaboração mais detalhada das respostas.

- ✓ Já teve alguém com doença na família? Quem ? Com que tipo? ( Segunda questão)
- ✓ Tem alguém com doença na família? Quem ? Com o quê ? ( Segunda questão)
- ✓ que você costuma fazer, para você ou outra pessoa da família, para cuidar da saúde ou prevenir as doenças? ( Terceira questão)
- ✓ Como acha que as pessoas pegam as doenças? (Quarta questão)
- ✓ É costume da família usar algum tipo de medicação ou procurar alguém da comunidade? Fale sobre isso. ( Quinta questão)

Das falas agrupadas por questão norteadora foram retirado os núcleos de sentido, representação empírica (Anexo 5). Estas foram analisadas e interpretadas à luz do



referencial teórico e da categoria analítica. Esse momento metodológico, integra a análise e interpretação dos dados, terceira fase do estudo de caso e encontra-se descrito no item 4.3.

#### 4.2.1 - Caracterização dos dados dos sujeitos desta investigação

Os dados coletados através do instrumento de caracterização dos sujeitos foram trabalhados e analisados e serão apresentados a seguir através de quatro tabelas.

*TABELA-1. Caracterização dos sujeitos segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, naturalidade e tempo de residência na comunidade de Rio do Salto, Cascavel-Pr, 2000.*

Identificação	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Profissão Ocupação	Naturalidade	Tempo de resid. na comunidade
E1	Masc	48	Casado	1ºg. incompleto	Agricultor	Horizontina-RS	6 meses
E2	Fem	48	Casada	1ºg. incompleto	Do lar	Alecrina-RS	17 anos
E3	Fem	56	Casada	1ºg. incompleto	Do lar	Passo Fundo-RS	30 anos
E4	Fem	38	Separada	1ºg. completo	Agricultora	Santo angelo-RS	8 meses
E5	Masc	60	Casado	1ºg. incompleto	Agricultor	Capinzal-SC	30 anos
E6	Fem	19	Casada	1ºg. completo	Do lar	Cobérlia-PR	18 anos
E7	Masc	59	Casado	analfabeto	Agricultor	Laranjeiras do Sul -PR	10 anos
E8	Fem	35	Casada	1ºg. incompleto	Agricultora	Cascavel-PR	35 anos
E9	Fem	41	Casada	1ºg. incompleto	Agricultora	Cascavel-PR	41 anos
E10	Fem	33	Solteira	2ºg. completo	Agente de saúde	Cascavel-PR	20 anos
E12	Fem	30	Solteira	2ºg. completo	Aux. de enferm.	Central Santa Cruz-Cafelândia-PR	27 anos
E13	Fem.	24	Casada	2ºg. incompleto	Do lar	Capitão Leônidas Marques- PR	3 anos
E14	Fem	33	Solteira	2ºg. completo	Do lar e artes plásticas	Loanda-PR	13 anos
E15	Masc	57	Casado	1ºg. incompleto	Agricultor e pequeno comerciante	Aratiba-RS	46 anos
E16	Masc	62	Casado	1ºg. incompleto	Agricultor	Videira-SC	42 anos
E17	Fem	28	Solteira	3ºg. incompleto	Monitora de saúde	Rio do Salto, Cascavel-PR	28 anos

Na Tabela 1 temos que 68,7 % dos sujeitos são do sexo feminino e 31,3 % do sexo masculino, apresentando uma distribuição por faixa etária de 18,75 % de 19 à 30 anos, 37,5 % de 30 à 45 anos e 43,75 % de 45 à 62 anos. Sendo que do sexo masculino 100 % encontram-se na faixa etária de 45 à 62 anos e do sexo feminino a maior concentração encontra-se na faixa etária de 30 à 45 anos 54,5 %.

Quanto ao estado civil temos que 68,75 % são casados, 25 % solteiros e 6,25 % separada.

O nível de escolaridade apresenta a maior concentração no 1º grau incompleto 50 %, seguido por 2º grau completo 18,75 %, 1º grau completo 12,5 %, 2º grau incompleto 6,25 %, 3º grau incompleto 6,25 % e analfabeto também com 6,25 %. Observamos que a maior concentração dos sujeitos está entre os analfabetos e 1º grau completo 68,75 %.

A ocupação apresenta maior concentrações em de agricultor 50%, seguida de do lar 31,25 %. Esta última muitas vezes desempenha as tarefas do lar e de pequenos cultivos, como horta para a família e criação de animais de pequeno porte, conforme caracterizado no estudo de Cunha, K. et al (1999).

Quanto à naturalidade observamos uma maior concentração no Estado do Paraná 56,25 %, onde temos uma distribuição uniforme entre a naturalidade de Cascavel e outras cidades do Estado 44,5 % e 55,5 % respectivamente. E no restante, temos 31,25 % do Estado do Rio Grande do Sul e 12,5 % do Estado de Santa Catarina.

O tempo de residência na comunidade apresenta concentração de 50 % vivendo na comunidade há mais de 20 anos, sendo que 31,25 % entre 10 e 20 anos e 18,75 % entre 6 meses e 3 anos.

*TABELA-2. caracterização das moradias dos sujeitos segundo localização, tipo de construção, número de cômodos, número de moradores, características do banheiro, água utilizada, destino de esgoto, destino de lixo e uso de energia elétrica em Rio do Salto, Cascavel- Pr, 2000.*

Identificação	Localização da moradia	Tipo de construção	Nº de cômodos	Nº de moradores	Caracterização do banheiro	Água utilizada	Tipo de esgoto	Destino do lixo	Se tem luz elétrica
E1	Urbana	Barraco de lona	único	03	De lona com patente coletivo	mina	Fossa para patente e a céu aberto para os demais	A céu aberto, coletivo	Não
E2	Urbana	Mista/cedida	06	04	Interno de material com vaso sanitário com chuveiro	Abastecimento público	fossa	Coleta pública	Sim
E3	Rural	Mista/própria	09	02	Interno de material com vaso sanitário e chuveiro	poço	fossa	Queima	Sim
E4	Rural	Barraco de lona	único	01	De lona com patente coletivo	mina	Fossa para patente e a céu aberto para os demais	A céu aberto, coletivo	Não
E5	Urbana	Mista/própria	04	08	Externo, material com vaso e chuveiro	Abastecimento público	fossa	Fossa/animais domésticos	Sim
E6	Urbana	Mista/própria	04	03	Interno de material com vaso sanitário e chuveiro	Mina	Fossa	Queima/fossa	Sim
E7	Urbana	Material	05	05	Interno de material com vaso sanitário e chuveiro	Abastecimento público	fossa	Coleta pública	Sim
E8	Rural	Mista/própria	06	05	Externo, material com vaso e chuveiro	Mina	Fossa	Queima	Sim
E9	Rural	Material / própria	08	05	Interno de material com vaso sanitário e chuveiro	Mina	Fossa	Enterra	Sim
E10	Rural	Material / própria	06	04	Externo, material com vaso e chuveiro	Mina	Fossa	Queima/enterra	Sim
E12	Urbana	Material / cedida	06	03	Interno de material com vaso e chuveiro elétrico	Abastecimento público	Fossa	Coleta pública	Sim

*TABELA-2. (cont.) caracterização das moradias dos sujeitos segundo localização, tipo de construção, número de cômodos, número de moradores, características do banheiro, água utilizada, destino de esgoto, destino de lixo e uso de energia elétrica em Rio do Salto, Cascavel- Pr, 2000.*

E13	Urbana	Madeira / cedida	08	07	Interno de madeira com vaso sanitário e chuveiro elétrico	Abastecimento público	Fossa	Queima, enterra e coleta pública	Sim
E14	Rural	Mista/ própria	11	04	Interno de material com vaso sanitário e chuveiro- Dois	Mina	Fossa	Enterra e queima	Sim
E15	Rural	Mista/ própria	06	02	Interno de material com chuveiro elétrico e vaso sanitário	Mina	Fossa	Fossa, queima e recicla	Sim
E16	Urbana	Material / própria	06	03	Interno de material com chuveiro e vaso sanitário	Mina	Fossa	Fossa	Sim
E17	Urbano	Mista/ cedida	08	01	Interno de material com chuveiro e vaso sanitário; Externo de material com vaso sanitário	Abastecimento público	Fossa	Coleta pública e recicla	Sim

Na Tabela 2 temos a caracterização dos sujeitos quanto a localização das moradias, onde temos que 56,25 % são urbanas e 43,75 % são rurais.

Quanto ao tipo de construção das moradias, temos que 50 % são mistas, 31,25 % de material, 12,5 % de lona e 6,25 % de madeira, sendo que 62,5 % são próprias, 25 % cedidas e 12,5 % em situação irregular( barracos de lona).

O número de cômodos por residência, temos que a maioria 56,25 % tem entre 4 e 6 cômodos seguida de 31,25 % acima de 6 cômodos e 12,5 % com cômodo único. Apresentando um número de moradores de 1 à 3 moradores 50 %, de 4 à 6 moradores 37,5 % e com mais de seis moradores 12,5 % das residências.

Na caracterização dos banheiros temos interno de material com chuveiro elétrico e vaso sanitário em 62,25 % das residências e em 18,57 % são externo de material com chuveiro elétrico e vaso sanitário, sendo ainda 12,5 % com banheiro coletivo de lona sem chuveiro e sem vaso sanitário e 6,25 % com banheiro interno de madeira com chuveiro e vaso sanitário.

Chama-nos a atenção que ao cruzarmos a informação da caracterização dos banheiros e número de pessoas por residência temos que as moradias com o maior número de pessoas apresentam banheiros com condições mais precárias.

Quanto ao abastecimento de água temos que a maioria das residências utiliza água de mina 56,25 %, 37,5 % tem abastecimento público e 6,25 % utiliza água de poço. Portanto temos que 62,5 % utiliza água não tratada para o consumo humano.

Temos que 87,5 % das residências utilizam fossa para a destinação do esgoto doméstico e que 12,5 % tem esgoto somente para o banheiro e o restante do esgoto doméstico é jogado à céu aberto.

A coleta pública de lixo cobre apenas 25 % das residências sendo que o restante 75 % queima, enterra, deixa à céu aberto, alimenta animais domésticos ou ainda joga na fossa junto com o esgoto doméstico. A separação do lixo para reciclagem é citada por 12,5 % dos moradores. Os sujeitos citam ainda que a coleta pública de lixo é irregular, pois não apresenta uma periodicidade na retirada do mesmo no depósito da comunidade denominado de “lixão”.

Quanto ao uso de luz elétrica, temos que 12,5% das residências não possuem rede elétrica, sendo estas as residências irregulares, os barracos de lona. O restante 87,5% possui.

*TABELA-3. Caracterização sócio econômica dos sujeitos segundo renda familiar, número de pessoas que contribuem para a renda, número de trabalhadores com carteira assinada na residência e posse de bens e aparelhos eletrônicos em Rio do Salto, Cascavel-Pr, 2000.*

Identificação	Renda familiar mensal	Nº de pessoas que contribuem	Nº de trabalhadores com carteira assinada	Se possui outros bens	Aparelhos eletrônicos na residência
E1	Não tem*	03	00	Não	Não possui
E2	< 2 salários mínimos	01	01	Lote na comunidade	Geladeira, TV, freezer, ferro rádio, bateadeira, liquidificador, máq. de lavar roupa
E3	De 2 à 5 salários mínimos	03	02	Não tem	Geladeira, TV, freezer, ferro rádio, bateadeira, liquidificador, máq. de lavar roupa
E4	Não tem**	01	00	Não	Não possui
E5	1 salário mínimo	01	00	Não tem	TV, rádio, ferro, máq. de lavar roupa
E6	< 2 salários mínimos	01	00	Não tem	TV, rádio, ferro, máq. de lavar roupa
E7	< 1 salário mínimo	02	00	Não tem	Rádio, TV, ferro
E8	1 salário mínimo	02	00	Terra (sítio)	TV, ferro, geladeira, som, máquina de lavar roupa
E9	< 2 salários mínimos	03	01	Não tem	Forno elétrico, geladeira, TV, freezer, ferro, rádio, máq. de costura, liquidificador, máq. de lavar roupa
E10	De 2 à 5 salários mínimos	03	02 ( 01 aposentado, 01 contratado pelo serviço público)	Terra ( sítio)	Geladeira, TV, ferro rádio, Ap. de som, liquidificador, máq. de lavar roupa
E12	De 2 à 5 salários mínimos	02	Funcionárias públicas 02	Não tem	TV, ferro, rádio e geladeira
E13	De 2 à 5 salários mínimos	02	01	Lote na comunidade	Geladeira, TV, freezer, ferro, rádio, liquidificador, bateadeira, espremedor de frutas, ventilador
E14	> 5 salários mínimos	02	Autônomo sem contribuição	Carro, caminhão, trator, colheitadeira, terreno e gado	Geladeira, TV, freezer, rádio, bateadeira, liquidificador, máq. de lavar roupa, enceradeira e Ap. de som
E15	De 2 à 5 salários mínimos	02	Autônomo com contribuição	3 lotes, casa em Cascavel e carro	Geladeira, TV, freezer, rádio, bateadeira, liquidificador, máq. de lavar roupa
E16	De 2 à 5 salários mínimos	02	Autônomo sem contribuição	Não tem	Geladeira, TV, freezer, rádio, bateadeira, liquidificador
E17	De 2 à 5 salários mínimos	01	Funcionária pública	Não tem	Ap. de som, rádio relógio, forno elétrico, geladeira, espremedor de sucos, secador de cabelo

\* Renda prevista para a primeira colheita das culturas do grupo de assentados.

\*\* Atualmente vive com um rendimento de 01 salário mínimo de mesada pago pela mãe. A renda é prevista para a primeira colheita das culturas do grupo de assentados.

Na Tabela 3 temos a caracterização dos sujeitos quanto à renda familiar, onde encontramos que 43,75 % encontram-se na faixa de 2 à 5 salários mínimos, 31,25 % na faixa de 1 à 2 salários mínimos, 6,25 % com renda menor que 1 salário mínimo, 6,25 % com a renda maior que 5 salários mínimos e 12,5 % sem renda, por encontrar-se na situação ressaltada na Tabela onde a renda depende da primeira colheita do grupo de assentados.

Quanto ao número de pessoas que contribuem para a renda, temos que 50 % das famílias tem dois contribuintes para o rendimento, 35,72 % tem um contribuinte e 14,28 % tem três. Correlacionando esse dado com a faixa de renda temos que a maioria das famílias têm dois contribuintes para uma renda de 2 a 5 salários mínimos.

Quanto ao número de trabalhadores com carteira assinada temos que dos trinta e um trabalhadores somente 38,7 % tem carteira assinada, onde temos funcionário público concursado e autônomo contribuinte para o INSS. Assim temos que 61,3 % dos trabalhadores não possuem registro.

Quanto à posse de outros bens na comunidade, são poucos os que referem possuir dentre estes temos que o E2 e o E13 não possuem casa própria, conforme Tabela 2. E ainda, observamos na Tabela 1, que aqueles que citam possuir terra/sítio são pessoas que têm atividades na agricultura, seja desenvolvida por ele mesmo ou familiares.

Quanto aos aparelhos elétricos na residência observamos que 81 % das residências possuem TV, 69 % geladeira, 75 % rádio, 62 % ferro de passar roupa e 56 % máquina de lavar roupa.

TABELA-4. Caracterização dos sujeitos quanto ao tratamento e uso de serviços de saúde em Rio do Salto, Cascavel-Pr, 2000.

Identificação	Nº de pessoas da família em tratamento de saúde	Tipo de tratamento	Local do tratamento	Se faz uso do Posto de Saúde local	Quando utiliza o Posto de saúde.
E1	Não tem	---	---	Sim	Quando não está bem
E2	Não tem	---	---	Sim	Quando precisa, sempre vem.
E3	02	Hipertensão e Hipotensão	Posto de saúde	Sim	Quando tem alguma coisa
E4	01	Clínica geral	Posto de saúde	Sim	Quando sinto sintoma na coluna
E5	02	Menopausa e Hansen	Posto de saúde e CRE- Cascavel	Sim	Quando está doente
E6	03	Clínica geral e Pediatria	Posto de Saúde	Sim	Todo mês
E7	Não tem	---	---	Sim	Quando precisa
E8	02	Bexiga caída e fimose	Posto de Saúde	Sim	Sempre que não está bem e mensalmente
E9	01	Tireoide e tumor no cérebro	Posto de saúde e CRE- Cascavel	Sim	Uma vez por mês
E10	02	Hipertensão e deficiência mental	Posto de saúde e CRE- Cascavel	Sim	Sempre que está doente e para pegar medicação
E12	Não tem	---	---	Sim	Quando passa mal
E13	01	Hipertensão	Posto de Saúde	Sim	Sempre que precisa
E14	01	Alergia	Clínica privada	Sim	Quando é para fazer exame ou preventivo
E15	02	Depressão, ginecológico, circulação, problemas gástricos e clínica geral	Posto de saúde	Sim	Quando há necessidade
E16	02	Hipertensão	Posto de saúde	Sim	Quatro vezes por semana para controlar a pressão e para pegar remédio
E17	Não tem	---	---	Sim	Quando precisa



Na Tabela 4 temos a caracterização dos sujeitos quanto ao tratamento e uso de serviços de saúde. Podemos observar que a maioria, 68,75 %, das residências têm pessoas em tratamento de saúde, sendo o tratamento mais citado a hipertensão, em 25 % das residências.

Quanto ao serviço utilizado para o tratamento temos que a maioria trata exclusivamente Posto de Saúde, ou seja, 43,75 %, seguida por 18,75 % que trata no Posto de Saúde e no CRE-Cascavel e 6,25 % que trata em serviço privado e 31,25 % não procura serviço para tratamento.

Temos ainda que dos 100 % dos sujeitos que são usuários do sistema de saúde institucionalizado, ou seja, do Posto de Saúde, 87,5 % refere procurar este serviço na presença de sinais ou sintomas de doenças. Somente 6,25 % dos sujeitos não referiram ir ao Posto de Saúde devido a sinais e sintomas ou por necessidade de receber procedimentos.

Para Helman (1994, p. 71-8) em uma sociedade a busca pela assistência à saúde, em um sistema formal de serviços, primeiramente é referendada pelo grupo onde o indivíduo está inserido. É no grupo social que a conduta para os cuidados que deverão ser promovidos está estabelecida. “A alternativa informal geralmente inclui um conjunto de crenças sobre a *conservação* da saúde. São, normalmente, uma série de normas, específicas para cada grupo cultural, sobre o comportamento “correto” preventivo de doenças em si e nos outros.” Afirma ainda que os cuidados são promovidos por membros do próprio grupo que ora são pacientes, ora são curadores. (grifos do autor)

### **4.3 A análise e a interpretação dos dados**

A análise dos dados é, para Polit; Hungler (1995, p.273):

*[...] um momento que envolve muito tempo e que o pesquisador vê-se sempre diante de um grande desafio, à medida em que não existem regras universalmente aceitas e que cabe a ele, diante de um grande número de informações, justificar a escolha da técnica de organização, compreensão e interpretação das mesmas.*

Para Minayo (1996, p.197-8) “Uma análise do material recolhido busca atingir três

objetivos:- *ultrapassagem da incerteza [...]; - enriquecimento da leitura [...]; - integração das descobertas [...].*” (grifo da autora)

Bardin (1979, p.29) refere que a análise dos dados tem como objetivo aprofundar o olhar sob o material coletado com o enriquecimento de leitura que até então não se tinha.

Neste momento metodológico fundamentamo-nos em Bardin (1979) e Minayo (1996), para o uso da técnica de análise de conteúdo que, segundo Bardin (1979, p.42) trata-se de:

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.*

Os pressupostos construídos em nosso marco teórico de referência instrumentalizaram-nos para tornar evidente as categorias empíricas posteriormente analisadas à luz da categoria analítica.

As categorias empíricas são definidas por Minayo (1996, p.94) como sendo aquelas construídas a partir do trabalho de campo. “[...] Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica [...].” E as categorias analíticas como sendo aquelas que “[...] retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais [...].”

Com esses conceitos norteamos a análise de conteúdo que passamos a expor, a partir da análise de duas categorias empíricas, ou seja, a representação dos usuários sobre doença e a representação dos usuários sobre saúde.

Nas falas dos sujeitos houve convergências na representação da saúde como algo que seria mais do que o bem-estar físico, importante para suas vidas. Essas convergências são evidenciadas nos núcleos de sentido apresentados:

*...O principal...é o primordial na vida de uma pessoa...é tudo...deve ser cuidada... mental...Física, emocional, eu acho que é tudo...É como um conjunto de coisas, não é só o bem-estar físico, do corpo.*

Para Moura (1989, p.57-9)

*[...] a saúde corresponde a uma necessidade vital do ser humano, e, por isso, deve configurar um direito a ser conquistado [...]. Sempre entendeu-se que o direito à saúde traduz apenas uma explicitação do elementar direito à vida e a integridade corporal [...].*

Compreender a saúde como direito não é suficiente para garanti-la de fato, como demonstra-nos a história da Saúde Pública. Acreditamos que a conquista deste direito somente acontecerá através de um processo de conscientização e mobilização da sociedade para pressionar os poderes públicos, através de suas lideranças, e assim, de fato estes irão prover as políticas básicas para promover a saúde.

A saúde foi ainda compreendida como resultante da higiene individual, dos cuidados com o corpo, da higiene coletiva, dos cuidados com o ambiente onde vivem e dos cuidados com o lixo produzido. Como resultante de uma alimentação equilibrada, do uso da água tratada, do sono necessário e da harmonia no ambiente familiar. A educação surgiu como elemento determinante do nível de compreensão dos sujeitos a respeito dessas condições e do agravamento das mesmas.

*... é você ter uma água bem tratada... Uma água que nasce de uma fonte...coma e durma bem... Boa alimentação... ter um lixo bem organizado, ter uma casa bem limpa e ventilada e ter os cuidados básicos com higiene pessoal... é uma vivência da pessoa, do cidadão a questão da higiene...da alimentação e do bom ambiente... se a pessoa tem uma boa educação ela vai ter... vai saber preparar melhor os alimentos, ela vai saber separar o lixo... tem que estar tudo em harmonia é fundamental... não ter esses cuidados...vai deteriorar o ambiente psicologicamente é um fator muito importante... Uma boa alimentação, a higiene, são primordiais... Do corpo, das roupas, da casa, de tudo... para mim está relacionado com a higiene que vem junto com a educação... basta ter uma educação básica, de pouco...de como saber tratar o lixo, como saber fazer uma comida adequadamente, como saber limpar a casa... Tem que regular a comida, bem menos...Não comer de noite, bem pouco... É no tipo de alimento, na quantidade e tipo de alimento... mais leve, já dorme bem mais sossegado...Não dá a pressão alta...Eu costumo sempre...Lavar bem os alimentos, verduras também... fazer assim bem caprichado bem limpinho, acho que é essencial... Desde a comida que a gente come... Qualquer organismo do corpo pode ficar ruim... Se você não tem uma alimentação boa você...porque você está deficiente... A criança vai ter verminose, num ter uma boa higiene bucal vai ter problemas dentários e vai agravar para outros problemas até psicológico...*

Para Moura (1989, p.59)

*Admite-se que contribuem para a promoção da saúde certos benefícios sociais como, por exemplo, nutrição adequada, sistema de tratamento sanitário para água e esgoto, moradia higiênica, vestuário apropriado, salubridade no*

*ambiente de trabalho e lazer. Por outro lado, a prestação de cuidados médicos é entendida como um serviço destinado predominantemente à defesa [...] e à recuperação da saúde. Assim cuidados médicos não se confundem com saúde.*

Baseada em nossos referenciais teóricos, compreendemos saúde como qualidade de vida advinda do resultado de políticas sócio-econômicas justas que permitam ao indivíduo ter acesso a bens que atendam às necessidades individuais e/ou coletivas, uma compreensão que supere o paradigma clínico vigente e que não se restrinja somente ao resultado da assistência à saúde prestada por serviços do setor. Essa concepção explica-nos a realidade empírica evidenciada pelos sujeitos, em que suas necessidades básicas nem sempre são atendidas, assim sendo, relatam-nos como determinantes do nível de saúde manifestado.

A saúde pode ser caracterizada como uma necessidade vital e um direito do homem e não uma prerrogativa do sistema de saúde que controla corpos, doenças e eventos.

Para Dejours (1986, p.10-1) saúde é a liberdade que o indivíduo tem de atender às suas vontades, é o direito de traçar um caminho pessoal e original de organizar a sua vida individual ou coletivamente. Nas falas dos sujeitos o nível de liberdade desfrutado, para o atendimento de suas vontades e para a organização da sua vida, fica restrito àquele necessário a sua sobrevivência e não à manutenção de um nível de qualidade de vida que garanta a saúde.

Acreditamos que as escolhas que o indivíduo poderá ou não fazer encontram-se nas possibilidades da realidade vivida e ainda, que estas só serão possíveis quando a determinação desta realidade for compreendida, desvelada e associada a níveis elevados de qualidade de vida.

Helman (1994, p. 36) analisa que, em diferentes culturas o hábito alimentar é associado à saúde ou a doença, assim como a outras causas externas. A alimentação é vista como um determinante para o funcionamento do organismo. Essa concepção, segundo o autor advém da teoria humoral. Nesta teoria a saúde é o resultado do equilíbrio dos humores ou líquidos corporais. Os líquidos estudados são de quatro tipos: o sangue, a bile preta, a bile amarela e a fleuma. O tratamento para o desequilíbrio, a doença, seria através do suprimento das deficiências, com dietas alimentares ou remédios. O excesso do líquido é eliminado através de aplicação de técnicas que promovem sangramentos, vômitos e outros.

O autor refere que os povos antigos associavam causas externas como as causas sobrenaturais, meio ambiente à causas internas como a fraqueza do organismo herdada e o estado de espírito, ao desequilíbrio. Afirmar que esses pressupostos ainda foram encontrados em estudos recentes sobre crenças populares sobre saúde-doença, na América Latina.

*[...] na América Latina, esta teoria leiga da saúde e da doença relaciona o funcionamento interno do corpo a influências externas, tais como a alimentação e o meio ambiente. Além dos alimentos frios e quentes, há também os fatores ambientais, cujo desequilíbrio pode também causar doenças frias ou quentes, tratadas com alimentos de qualidade opostas. Os alimentos são normalmente usados como tratamento, pois sua maioria é considerada quente, e a maioria das doenças, fria. (Helman, 1994, p. 37)*

Os sujeitos referiram a educação e o conhecimento como instrumentalizadores de hábitos para promoção e proteção da saúde individual e/ou coletiva. Afirmaram ainda, que não precisariam de uma educação com um nível de escolaridade elevado, apenas daquela suficiente para a instrumentalização dos hábitos referidos e que o conhecimento é adquirido quando se tem poder econômico.

*...Pode ser até um pouco uma de orientação...Por falta de conhecimento, agora quando a pessoa tem condições financeiras o conhecimento ela adquire com mais facilidade e isso... Tá acontecendo com a maioria do povo do nosso interior, se descapitalizando, não quer dizer que ele não tenha um padrão de vida razoável. Ele vai manter até que pode...Se a pessoa não tiver uma educação, não precisa ser um nível de quinta oitava, basta ter uma educação básica, de pouco... A Educação...de como saber tratar o lixo, como saber fazer uma comida adequadamente, como saber limpar a casa, aquela coisa assim.*

Nesse sentido acreditamos que os indivíduos referiram-se à educação desconhecendo o nível de compromisso que ela envolve e requer. Para Freire (1997, p.108-10) a educação exige comprometimento, sendo uma “[...] experiência especificamente humana, [...] é uma forma de intervenção no mundo. Intervenção que além do conhecimento dos conteúdos bem ou mal ensinados e/ou apreendidos implica tanto no esforço de *reprodução* da ideologia dominante quanto o seu *desmascaramento* [...].” (grifo do autor)

Reafirmamos assim, nossos referências, pois acreditamos que o homem não deverá ser ajustado aos recursos oferecidos para sanar as necessidades da realidade onde está inserido, mas sim, deverá ser capaz de refletir sobre esta, propor mudanças e intervir melhorando-a. As mudanças propostas deverão ser resultados de sua reflexão e ele agente

promotor da mesma.

A representação de saúde foi associada à ausência de doenças sendo esta entendida como inexistência de sinais e de sintomas:

*... é quando a gente não está doente, quando está boa...é a gente não ter nenhuma doença... a prevenção da doença... para mim não é só está bem fisicamente ou ter problema de coração, essas coisas...*

Nas falas, a referência à saúde surge como um estado que se contrapõe a outro, o da doença. Assim, explica-nos com detalhes o estado da doença e quando abordam a saúde caracterizam-na como uma condição oposta, teorizando-a pois não a vivenciam.

Esse exercício de afastamento da realidade vivida, ou seja, de “ser doente”, e de elaborar conceitos sobre a saúde, mostra-nos coerência quando respaldado nos opostos: a doença é a dor, a saúde seria a ausência de dor. A doença é a incapacidade para o trabalho, então a saúde seria a capacidade para o mesmo. Esse raciocínio, além de coerente mostra-se intimamente relacionado às experiências vividas por sujeitos mais doentes que são.

*[...] na aproximação espontânea que o homem faz do mundo, a posição normal fundamental não é uma posição crítica mas uma posição ingênua. A este nível espontâneo ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual ele está e procura. (Freire, 1980, p.26)*

Compreendemos que a ausência de concepção, que associe saúde-doença a um processo, não ocorra por ingenuidade ou alienação mas por falta de oportunidade de vivenciá-lo enquanto tal. Se não há oportunidade e experiências como elaborar concepções mais abrangentes? Assim, não é a idéia deles que é fragmentada mas a experiência vivida.

Para Berger e Luckman (1983, p.35) “[...] a vida cotidiana apresenta-se como uma realidade interpelada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente [...]”.

Neste sentido, a representação de saúde para os sujeitos apresenta-se coerente, àquilo que são capazes de apreender do mundo que lhes está mais próximo, o cotidiano, pois compreendem saúde pela ausência de doença, pela assistência à saúde, pelos cuidados que promovem com seus corpos e ambientes. Assim, não há uma visão crítica da realidade apresentada, apenas constata o fenômeno vivido.

A representação sobre saúde foi ainda vinculada à assistência à saúde, ficando este

conceito dependente do tipo de oferta e de consumo de ações de saúde. Exemplificam essa dependência quando referem atividades como a ida ao médico, o seguimento do tratamento, a vacinação, os exames complementares, a assistência odontológica e o consumo de medicamentos e de tratamentos alternativos:

*...a gente tem que se tratar...leva no médico...o tratamento no posto, vacina...medicamento...É vir ao posto...a pessoa leigo não entende...ele vai buscar a pessoa que formado para tratar da gente a questão... a gente precisava um tratamento...mais rigoroso...Muitos não fazem...Falam os médicos em comida, pouco sal as coisas tudo...Só assim mesmo a gente pode caprichar mais em casa no tratamento...ir sempre ao dentista... procurar sempre fazer exame...tem que procurar o médico, orientação médica...ele vai te orientar direitinho...sempre vem ao médico e depois usa o medicamento...*

Há uma fala divergente nesta representação que relaciona a saúde à inexistência da necessidade de assistência médica:

*...que não tô nas custas de médico e nada.*

Outra divergência evidenciada associa-se à utilização de recursos naturais e familiares como o uso das ervas ou medicamentos de consumo rotineiro aos primeiros sinais ou sintomas de alguma doença. A não resolutividade destes cuidados é que determina a procura de outro recurso, no caso, a assistência médica:

*...Se.. não fizerem efeito, aí tem que se procurar o médico...as pessoas...começa...uma dor de barriga, num vão no médico...aqui do interior...não vai no médico...por qualquer coisinha...primeiro...fazer um chá de erva ou usa o medicamento...que ele mesmo pode comprar livremente numa farmácia...Sem receita médica...Um Anador, ou outra coisa. Ele usa esse remédio, normalmente a grande maioria antes de ir para o médico...a gente...quando um que tá doente...precura dá os remédios de casa e se as vezes não dê o remédio de casa a gente precura o recurso...*

Afirmar que a assistência à saúde seja a principal promotora da saúde dos indivíduos é supervalorizá-la como detentora de conhecimento e de poder capaz de manter ou devolver o indivíduo sadio à sociedade por meio da promoção de cuidados e tratamentos aos sinais e sintomas apresentados.

Partindo do referencial teórico que preconiza que a prática sanitária deveria considerar o processo saúde-doença como um processo advindo das relações sociais do indivíduo, sabemos que a prática assistencial clínica, biologizada, isolada dos demais

setores, não conseguirá responder à diversidade dos problemas de saúde.

Os sujeitos mensuram a saúde pela ausência de dor e sofrimento, estes como produto da doença, pela condição social, pela capacidade de desempenhar as atividades do trabalho e ainda pela comparação com o estado de saúde passado em suas histórias de vida. Citam as despesas econômicas como consequência da doença. Nesta representação destacou-se também a associação da saúde com a disposição e aptidão física para trabalho:

*...É que a gente não sinta nada de dor...Sempre ter vontade de trabalhar...um emprego razoável...porque antigamente veja a saúde que as pessoas tinham...Porque não tinha médico, não tinha nada e viviam um pessoal...tranquilo... Me dói muito os nervos, as pernas, me dói o peito, as vezes tá doendo aqui, as vezes tá doendo a palheta aqui...As vezes passa aqui...É as vezes me dá agulhada na cabeça...É muitas dores...é uma coisa que deixa a gente...mal, não pode fazer nada e não tem vontade de comer, não tem vontade de sair...Não tem vontade de trabalhar, não tem vontade de comer e sou gorda...Dormir até que durmo mais ou menos, mas tem dia que tô que não agüento...É o que eu sentia...Dor...eu quase não agüentava...Tinha dor...Se você não está bem, se você está triste...Porque alguma coisa não está bem no teu organismo...É um sintoma que prejudica o físico da pessoa, seja mental ou o físico, do corpo...É uma moléstia, é um sintoma...a minha esposa eu passei só nove anos de cadeira de roda com ela...foi seis derrames...ficou sem fala dois anos e meio. Eu sofri para cuidar e tudo...A seqüela não me deixa trabalhar. Não tem como trabalhar...Hoje eu trato da seqüela...Só que o médico me falou que vai uns seis ou sete anos ainda...E agora esses dias me deu de novo, até eu ia pro serviço e a mulher não queria que eu fosse, mas que nada, eu tomei o chá e fui...dá ela [a esposa] levou mais um chá, lá, de folha de laranja...*

Ao analisar a doença sob a perspectiva dos indivíduos em diferentes comunidades e classes sociais Helman (1994, p.100-7) afirma que a manifestação da doença é conceituada diferentemente em classes sócio-econômicas distintas, exemplifica com estudos que demonstram como, para indivíduos pertencentes a classes sociais diferentes, o sintoma manifestado determina as condutas e os cuidados à saúde.

*[...] O processo de 'adoecer' envolve, portanto, experiências subjetivas de mudanças físicas ou emocionais [...] deve haver um **consenso** entre todos os envolvidos sobre o que constitui um estado sadio e um sinal ou sintoma anormal [...]. (Grifo do autor)*

O relato dos sentimentos pelos sujeitos demonstrou como a doença está representada pelo sofrimento, pela dor e ainda associada ao conformismo.

O homem, no mundo capitalista, tem como bem a sua força de trabalho que é vendida para viabilizar a sua inserção no processo de produção e consumo, contudo a



sociedade capitalista tende a controlar essa força visando a sua maximização, o que determinará modos de adoecer e de morrer. (Braverman, 1977, p.33-59)

*[...] A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos.[...] as sociedades que diferem em seu grau de desenvolvimento e organização social devem apresentar uma patologia coletiva diferente [...] dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde distintas. (Laurell, 1983, p.137),*

O desgaste do homem no processo de trabalho é um dos determinantes mais significativos do processo saúde-doença, em uma sociedade capitalista. Assim, a assistência à saúde deveria partir dessa premissa para a promoção, prevenção e cura através do diagnóstico e tratamento.

Para Gonçalves (1979, p.41) a análise das condições de saúde de dada clientela pelo profissional médico deve partir da compreensão da “[...] força de trabalho a que se dirige as suas características especiais de produtividade, isto é, as características particulares de utilização do corpo no concreto trabalho útil em que se emprega, e tomá-las como referência para a execução da terapêutica [...].” Considera ainda que, o sinal ou o sintoma terá significado distinto para as especificidades do trabalho humano desenvolvido e que poderá ou não ser concebido como doença. Esta percepção ou não do adoecimento dependerá da necessidade ou impedimento que o fenômeno vivido provoque para que o indivíduo desempenhe sua atividade produtiva.

A relação do processo de produção, onde se insere o indivíduo, com o processo saúde-doença é um dos determinantes da realidade vivida. As necessidades destes indivíduos serão atendidas pela sua capacidade de consumo determinada pela sua inserção no trabalho e outros determinantes políticos e sócio-econômicos, sendo que um dos produtos a serem adquiridos é a saúde.

Alguns núcleos referem-se a esses determinantes econômico-sociais do processo saúde-doença, porém, surge a contradição com outros núcleos em que associam fenômenos vividos no momento como algo de responsabilidade individual, desvinculado da determinação estrutural da realidade social.

*...Muitos casos sim e quando a pessoa se obriga a trabalhar sem condições físicas....isso vai se agravando... Então uma pessoa para ela está bem de saúde, ela tem que estar bem e estar ganhando ainda, porque uma boa educação e*

*uma boa higiene ela não está bem financeiramente... ela não vai conseguir estar bem de saúde. Daí vem stress, vem depressão...Não posso dar isso para o meu filho, não posso dar aquilo outro, porque não tenho dinheiro. Então eu acho que o fator financeiro também conta pra ter saúde...Hoje em dia é o que tem muito...Um bom padrão de vida...tendo os requisitos mínimos de uma sobrevivência com a família...Uma casa razoável onde morar, um trabalho com dignidade para trabalhar e um salário com dignidade para comprar os alimentos necessários, inclusive o medicamento....Então, eu acho que o padrão de vida da família ele ajuda a evitar a doença, inclusive quando ele tem um estado psicológico bom...no desemprego ou aqui no meio rural, sem um ganho ou um poder aquisitivo razoável para poder adquirir os produtos básicos da sobrevivência e o chefe da família não tem aquela harmonia e nem os outros membros da família, ele começa desagregar inclusive a sua saúde...Se a família ela tem um poder econômico um pouco melhor ela passa a ter uma assistência à higiene ainda melhor. Porque tem condições de adquirir. Porque o que ocorre quando uma família, ela não tem condições de melhorar o seu lar, o seu o estabelecimento, a sua instalação sanitária, eu acho que com consequência disso ela não está melhorando o seu padrão de vida...Então esta questão da higiene eu vejo que está ligado, ligado a questão inclusive, não digo cultural, porque eu não vejo assim. Essa palavra cultural, quando a pessoa não tem poder aquisitivo, não é questão cultural.*

Outros fatores determinantes foram verbalizados em falas convergentes dos discursos dos sujeitos, denotando a compreensão baseada na concepção miasmática, em que a doença surge como produto de um ambiente onde o ar está sem a qualidade requerida e a saúde advém do acesso ao ar puro:

*...a casa bem arejada, no inverno por causa da meningite, no verão ter a casa aberta também para circular o ar dentro dessas coisas...Porque a gente tem mania de deixar tudo fechado...O ar não circula e a gente fica mais propenso à gripe, à pneumonia, e a tudo...E a mulher numa gravidez mal cuidada...numa casa...mal ventilada ela vai ter problema...uma contaminação...algum vírus, alguma coisa que leve essas doenças...Ter uma casa mal ventilada, você ter por exemplo...ter o começo...Desde as mais simples para as mais graves.*

Rosen (1994, p.222-4), analisa que, durante muitos anos da história da Saúde Pública, as causas de doenças infecto-contagiosas foram atribuídas, por diferentes pesquisadores, ao contato com ambiente contaminado, com o ar corrompido, pela inalação de elementos presentes no ar que não circulava. “Sustentava-se [...] condições sanitárias ruins criavam um estado atmosférico local, que vinha a causar doenças; muitos reformadores sanitários [...] defendiam essa opinião, e assim justificavam seus esforços para melhorar o saneamento [...]”.

Esta concepção, segundo Facchini (1994), foi perdendo a força de explicação às determinações das doenças com o avanço de pensamento científico na medicina ocidental

moderna.

Essas compreensões são fruto da tentativa dos sujeitos do entendimento da realidade vivida. Para Berger e Luckman (1983) a realidade torna-se mais coerente quando conseguimos explicar e interpretar os fenômenos vividos. Nesse sentido, aceitamos os fenômenos, mesmo desconhecendo suas verdadeiras causas, pois as explicações construídas subjetivamente fazem sentido e ainda fazem com que aceitemos os fenômenos como naturais.

Encontramos convergência na fala dos sujeitos sobre a concepção de doença como resultante de falta de saúde, determinada pela falta de cuidados individuais com a saúde, caracterizados como inadequação na alimentação, na higiene individual e ambiental e na assistência médica.

Isso evidencia a percepção polarizada e dicotomizada do processo saúde-doença, sendo a saúde determinada pela presença e a doença pela ausência de fatores desencadeadores de saúde. Relatam que, além da ausência dos cuidados com a saúde, outros fatores também são favorecedores do aparecimento da doença, entre eles o uso do agrotóxico na lavoura, o consumo de alimentos com agrotóxico, a falta de proteção para o sexo seguro com diferentes parceiros, a falta de condições financeiras, a deficiência na educação, a vida estressante e sedentária:

*Eu tô achando que é esses negócio de granja passar veneno...passar veneno nas plantas...não come uma verdura hoje em dia sem veneno...eu planto as minhas plantas...desce encomenda ali, e foi daí o meu amigo falou: Olha tem que passar veneno. Eu digo eu não passo veneno...eu mando eles saírem...Os bichinhos saírem e deixa a planta pra mim. Então vai dá um pouco de feijão ali...eu não passo veneno...eu proseio com eles e eles saem...Eu mando eles saírem...eles me entendem...É o vento que traz as doenças...Diz que o veneno prejudica 30 Km ao redor...eles passam o veneno ali...Prejudica todo mundo...É com o veneno...Os alimentos hoje em dia...Tudo que produz é com agrotóxico...Senão não produz, é...Químico, é...a carne...o frango...um frango de aviário...vai antibiótico em quantia....Pra ele crescer, senão ele não cresce, ele morre...Tinha que ser uma coisa assim mais natural...Muito veneno...traz muita doença...o corpo já tá debilitado...assim fraco e...É do próprio organismo fraco...você ter uma vida sedentária assim sempre...todos os dias...Hoje em dia quem faz sexo assim...que não tem um único parceiro...Não usa camisinha...não se proteger...Então tudo isso é...vem também como diz muitos que pode ser de uma coisa que provoca de outra...tá vigorando muito, acho que de muito veneno que provoca ...muito veneno nesses air...é em pasto é em soja...em verdura é em tudo...Não tem a verdura que tu come, eu mesmo não posso comer, tomate, repolho, essas coisas, essas verduras que passaram veneno, não posso comer, é comer e me dá disenteria...Mas me dá disenteria que tem que vim*

*pro médico...Fica muito na água e tudo...A criança você vê uma vez, num rolava no chão, terra você nem ponhava roupa, nada, comia até terra e num fazia nada...Agora a gente vem nesses Posto é duas e três, é cólica é disenteria é gômito, é uma coisa é outra, mais atrás de médico, já fez tudo aquilo é que...Chega lá no farmacêutico, é veneno eles falam...é intoxicado de veneno, eles falam...o mundo moderno...a pior...é o stress...as pessoas relacionam assim...eu tô com um problema no coração, tô doendo, tô com uma perna quebrada, tô doendo. De repente ela tem que vê, mentalmente se ela está doente fisicamente ou se de repente só psicologicamente ou também se é um conjunto de fatores...não é só quando o corpo está com algum...Defeito ou tá com algum problema, psicologicamente ou fisicamente também...O stress...é uma conseqüência mental, eu acho assim, psicológica. Deve ser por estar sobrecarregado ou tem muita coisa para fazer, e ele acaba se sentindo cansado ou coisa assim, não tem, o coração está funcionando normal, perfeito...O corpo...Está funcionando, mas você está bem também...Mas você está cansado, está também com algum problema.*

Cohn e Marsiglia (1993, p.57-71), analisando a organização do processo de trabalho, afirmam que suas características podem repercutir na saúde do trabalhador. “[...] O trabalho em si não é nocivo e perigoso como se intrinsecamente possuísse esses atributos. Ao contrário, o que o torna nocivo e perigoso é exatamente a forma pela qual ele é organizado pelo próprio homem [...]”

Os sujeitos em suas falas evidenciam que o uso de produto químico, agrotóxicos, na produção, é um determinante do adoecimento em Rio do Salto. Sabe-se que a sua aplicação visa maior produtividade, lucro e aumento de capital. Assim, os trabalhadores, que já têm o desgaste natural, pelo próprio esforço físico na atividade, sofrem também pelo contato com produtos nocivos à saúde.

Nos núcleos surgem também uma convergência em torno do esquecimento pelos sujeitos dos sinais, sintomas e as doenças crônico-degenerativas ou de doenças infecto-contagiosas, já controlados através de medicação, ou chás caseiros. Assim, discorrem sobre o adoecimento e tratamento em experiências vividas mas negam a doença:

*..Meu filho teve hepatite todo mês...Na família teve doença mas não é doença grave não...eu que sempre estou com a pressão alta. Só! Qualquer coisa a gente não vai assim no médico quase...Eu sofri acesso, ataque muitos anos. Já era...grave...Eu andava ali para morrer. Eu morria e ressuscitava. Me dava uns ataques muito feio, mas agora graças a Deus eu tô curada e o meu marido deu meningite, faz dois anos. Agora veio começo de derrame, tudo isso é complicação pra gente...Teve, eu passei também malária....Passei oito vezes...e a minha patroa passou tempo durante...20 anos passamos só gastando com ela. Desde a primeira criança que nasceu....Durante vinte anos só médico, só medico. Depois daí então....Faz uns dez anos para cá, graça a Deus, que diminuiu um pouco... depois eu peguei Hasen...ela não está bem boa ainda*

sabe, não está boa...porque [em] 1998, o médico me deu alta porque eu estava bom. Repetiu todos os exames. Só que ficou a seqüela. Já, como no caso me deu tipo daquela malária...Que dá daquela febre, de eu me cobrir assim.. de ferver assim... com tremor, esse aí já faz uma base de...45 anos que me deu isso aí, me deu duas vezes aí terminou.... De cabeça quando era mais nova, mas que fez um bom tratamento e melhorei...Problema de útero...Sempre dava esmorrágia...Problema de cabeça sempre tive uns tempo... Dava acesso, aí foi feito bastante tratamento e melhorei...Tinha o [...] O meu marido. É tinha tumor no cérebro, dois tumor. Aí tinha um tumor na mão, acho que era a única doença que é grave...Que fez duas cirurgias na cabeça, e daí o resto tudo é doencinha passageira...Fez... Três cirurgia...Duas na cabeça e uma na mão... Esse derrame já é um...É um problema gravissimo...A gente tem muito cuidado com isso aí, porque é perigoso... Sujeito a voltar de repente...É só isso mesmo, os nossos problemas é esses aí, só que já complica bastante...Que depende exatamente do médico sim, depende, mas não é casos assim de alarme...hoje não tem ninguém...É que estamos em tratamento...a minha mãe teve depressão, ela faz tratamento até hoje, faz uns sete anos que ela teve uma crise de depressão enorme, enorme, e a gente já não sabia mais o que fazer, que nem, ela toma medicamento até hoje para depressão. Mas é normal isso aí...Tipo assim, tem o meu padrasto...Ele tem câncer. Não faz parte da família assim, de sangue, mas faz parte e daí ele tem câncer de próstata...ele tá fazendo quimioterapia...em Cascavel, mas tá assim, normal...o único problema, a gente percebeu que ele emagreceu um monte e tá perdendo o cabelo. Acho que é por causa dos medicamentos da quimioterapia...

Afirmam não saber explicar como ficam doentes, mas correlacionam a possíveis causas externas que imaginam explicar os fenômenos vividos:

...a forma com que ela chega até o corpo da pessoa a gente não tem uma noção mais clara... já nasceu com um problema de infecção intestinal...Daí deu um trabalho danado... Ele já pegou essa infecção, eu acho que...a mãe dele tinha essa infecção de bexiga...Teve que ficar internada, teve ameaça de aborto...E daí ele já nasceu com aquela infecção...ele nasceu, só chorava dia e noite assim...Até que a gente levou e descobriu que ele tinha infecção...Aí tinha que cuidar muito da alimentação, qualquer coisinha já fazia mal. Até um ano de idade sempre foi assim...Tá louco sempre no hospital...Procurando médico, mas depois que curou aquela infecção...Não teve mais problema nenhum... Bom, tem a [...] é casada e ela mora lá perto de Curitiba...é filha. Então ela sai uns negócios no braço assim...Dela, que dizem que é da carne do tatu...Quando a mulher tá grávida...Então saía aquelas manchas no braço dela...E foi pro médico, bateram chapa, fizeram do sangue, e nada deu...agora sarou, até ela ia se aposentar mode disso, mas agora...É não deu mais, não sei se é por causa do lugar, porque lá a terra é areia... não sei explicar.... A gente não estudou para isso...A gente não sabe nem do quê que vem... eu não sei explicar bem certo...Que nem esse mosquito da dengue...Esse mosquito da dengue...Eu tô achando que é uma comida esse negócio de dá febre nas pessoas aí, que nem deu em mim....Eu comi duas colheres de doce feito de...ali passado duas horas, mais ou menos que eu comi. Eu me senti isso aí, me tremia o corpo assim...aquela febre

Para Freire (1983, p.40-1) uma das características da consciência ingênua é que a

interpretação dos problemas vividos é elaborada de uma maneira simplista, onde não se aprofunda na causa dos mesmos. Explica-se o fenômeno pela magia e constata a realidade como algo estável e imutável.

A compreensão deles a respeito do processo saúde-doença cada vez mais torna-se coerente com o sistema de valores e de conceitos que dispõem para auxiliar na interpretação dos fatos que os atingem. Isso para Helman (1994, p.105) pode ser explicado pois:

*A perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde é, geralmente, parte de um modelo conceitual muito mais amplo, utilizado para explicar infortúnios em geral; neste modelo, a doença (illness) representa apenas uma forma específica de adversidade.[...] em muitas sociedades, todas as formas de infortúnios são atribuídas a um determinado conjunto de causas; febre alta; perda de safra [...] todos podem ser atribuídos a bruxarias ou a punição divina por alguma transgressão moral. Neste último caso, o evento pode provocar também sensações de vergonha ou culpa, exigindo certo tipo de tratamento - preces ou penitências [...] É um conceito mais abrangente- embora mais difuso- do que enfermidade (disease).e deve ser considerado para a compreensão da maneira como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e respondem aos mesmos. (Grifo do autor)*

A representação da saúde foi compreendida como a ausência de doença e os determinantes associados às representações sobre doença e sobre saúde são os mesmos, contudo, na presença deles tem-se a saúde e, na sua ausência, tem-se a doença. Neste sentido, os sujeitos apresentam um pensamento organizado, segundo os entendimentos representados, pois os opostos, saúde-doença, associam-se no contexto, na realidade vivida, mas não na teoria, ou seja na concepção do processo saúde-doença:

*...Não cuidar da sua saúde eu acho que tudo isso é meio assim fator....não tratar e vai se agravar... Se a gente não tratar, a gente vai se acabando...Porque pode até morrer*

Para Berger e Luckman (1983 p.38)

*[...] Entre as múltiplas realidades há uma que se apresenta como sendo a realidade por excelência. É a realidade da vida cotidiana. Sua posição privilegiada autoriza a dar-lhe a designação de realidade predominante. A tensão da consciência chega ao máximo na vida cotidiana, isto é, esta última impõe-se à consciência de maneira mais maciça, urgente e intensa. É impossível ignorar e mesmo difícil é diminuir a sua presença imperiosa.*

Concordamos com a assertiva e acrescentamos que os sujeitos representaram em suas

falas, a determinação da doença ou da saúde, admitindo que seus corpos biológicos, individualmente, são os espaços onde elas desenvolvem-se e manifestam-se. Assim, os cuidados para promoção ou prevenção da saúde foram também elaborados por eles como individuais.

Os sujeitos associam diferentes teorias sobre a doença e a saúde, sendo que a compreensão do processo saúde-doença restringe-se a uma elaboração nossa, enquanto pesquisadora. Já a coerência, inerente à manifestação da realidade pelos sujeitos, explica-se pela caracterização da consciência ingênua de Freire (1980), a partir da qual o homem não reflete sobre a realidade, somente está nela e a contempla.

Da mesma forma que a assistência médica foi caracterizada como um dos determinantes da saúde, foi associada à representação da doença, principalmente associada à não resolutividade e ao custo elevado que limita o acesso a ela. A dificuldade para aquisição de medicamentos comercializados em farmácias foi também citada como um fator determinante para o adoecimento.

Os postos de saúde fornecem alguns medicamentos...Básico mas fornece, mas quando uma família ela contrai uma doença mais grave, medicamentos de maiores valores a gente tem que adquirir por conta... não tendo condições de fazer um tratamento mais rápido, quando aparece o sintoma...vai as vezes agravando a situação... nós temos hoje a medicina muito avançada. O grande problema é chegar nessa medicina nossa. É muito lento para a população mais carente...pobre já procura o posto...pagar consulta já é mais difícil...não tem...condição de...médico particular...saúde pública...primeiro recurso...É sempre, remédio caseiro. Porque o remédio de farmácia, ele é caro e tá muito...eles trazem muito...sujeira no remédio...o dinheiro conta muito para uma pessoa ter saúde se não ela não consegue também viver. ter saúde se ela não consegue comprar, se ela não tem dinheiro para comprar uma boa alimentação, se ela não tem dinheiro para comprar o remédio que o médico receitou

Houve referência convergente nos discursos quando associaram à representação da doença, o uso da infra-estrutura para alívio dos sinais e dos sintomas, no Posto de Saúde ou no Sistema Público de Saúde. Surgiu ainda, a procura pela funcionária específica do Posto ou pela dona da farmácia local e pela pastoral da igreja.

*...a [...]...funcionária...É sempre a primeira pessoa....Senão a [...] da*

*farmácia...o médico...se a gente já está doente...Sempre venho com a [...]...Essa é a enfermeira melhor que nós temos aí é ela...a gente sempre procura...no posto, pega medicamento...*

Evidenciou-se uma divergência em relação à efetividade da ajuda entre moradores da comunidade. Verbalizaram acreditar na limitação da ajuda, sendo, às vezes, até citada como prejudicial. A ajuda na comunidade foi relacionada à tentativa de disponibilizar recursos como o transporte para os encaminhamentos requeridos e compreensão do fenômeno vivido:

*...é difícil eu procurar alguém da comunidade, sempre...vem pro posto...Faz exames primeiro de sangue...nunca costumo tomar remédio sem saber ou perguntar...que foi passado através de receita médica...evito tomar remédio, chá, muita coisa...sem ter certeza...do efeito...Antigamente...eu era criança ainda...A gente tomava remédio por conta em casa...o vizinho indicava, é bom a gente tomava...os meus irmãos...a mãe...não toma medicamento...se não for receitado...o vizinho falava: compra esse remedinho que é bom...A gente ia na farmácia e comprava. E hoje em dia não...hoje é tudo com receita...sempre procura alguém para ajudar a gente...na comunidade...chama lá no vizinho, primeiro...para vê o quê que acha...saber o quê que a gente faz os da comunidade para ajudar...as vezes nós precisa de um carro... as vezes não tem taxi...Para levar também para o hospital...alguma pessoa da comunidade que ajude...orienta...ajuda assim dos vizinhos das pessoas a gente tem sempre...Quando tá doente sempre tem...As pessoas se visitam...ver como tá...Se precisa de alguma coisa...A gente sempre faz isso...ajuda...Como pode ajudar...Um ajuda o outro as famílias...*

O uso de medicamentos surgiu vinculado à necessidade de atenuar ou eliminar sinais e sintomas quando já habituados ou quando anteriormente orientados para o uso.

O conhecimento empírico sobre os tratamentos alternativos, principalmente por meio dos chás, foi citado como adquirido no contexto familiar. Este tratamento foi referido como acessível e prático, sendo a primeira opção, dependendo da gravidade do sinal e do sintoma:

*Tomar sempre algum remédio...remédio caseiro. O remédio combate bastante...chá caseiro...tem muito chá que é bom...É tem que cuidar o remédio caseiro. Eu cuido do remédio caseiro...O remédio caseiro é bom...Os chás caseiros, o limão, o mel com o limão...Ele evita muitas doenças, ele retira muitas... evita também de dar pontada, pneumonia...não dá de relaxar, no lugar de água você pode fazer e tomar. Se tu toma um litro de água, toma só um pouquinho e toma um pouco daquele remédio, como nós tem lá sempre que precisa, eu e a mulher...toma um pouco daquele e já evita muita doença...depois que comecei com isso aí gripe já não me deu mais quase. Eu uso limão e mel...E uma colher de mel todo dia quando nós levanta em desjejum. É o melhor remédio, pra bronquite e tudo...É o melhor remédio, corta*



*gripe e tudo que é danado. Eu não tomei injeção, falaram que é para tomar a injeção de velho e gripe...eu quero é nada de injeção...Vacina meu, faço eu o meu remédio em casa...Só remédio caseiro...a pastoral da igreja procura ensinar...os remédios em casa...não dê...precura o médico...os remédios caseiros...a gente usa mesmo faço...remédios caseiros. primeiro...meus chás, se não der ponto eu procuro...melhorou vai pra frente...fica em casa...tem um conhecimento...sobre ervas. Ervas vegetais...Naturais, nos primeiros sintomas se usa muito ervas...são boas, depende só de acertar as doses...chás, da forma que for indicada...Cada um tem uma forma de usar... Tomo por conta o chá...nem sou muito fanática...A minha mãe, ela inventa...está sempre com aqueles chás dela lá em cima do fogão.*

Contudo, houve contradições nos núcleos, em que foi desvalorizada essa prática em detrimento do seu uso constante, refletimos se esta contradição não se deveu ao fato das entrevistas terem sido conduzidas por um profissional da saúde. Assim, a contradição pode ter emergido apenas como um mecanismo de auto-proteção:

*..o remédio caseiro...às vezes não ajuda bem...procurar o doutor...é o Posto de saúde...ir ao médico...procuramos o posto...o médico sempre...o SUS...o serviço público.... chá caseiro...não resolve...os melhores recursos possíveis...a medicina...o vizinho...te ajuda...remédio ele não tem...não sabe...Não tem o remédio em casa para combater...Não adianta eu ir na vizinha ou na comadre pedir chá...A minha mãe...nem toma nada que não seja estritamente indicado...ela toma um pra depressão...toma um pra pressão...toma pra hormônios...é só o indicado pelo médico mesmo*

Os núcleos sistematizados também evidenciaram a associação da doença com características e comportamentos individuais:

*...muitas doenças vem...da própria natureza da pessoa...de familiares, que já tem...genético...muitas contraem a doença por não tomar cuidado. Por exemplo, como fumante, quem toma bebida de álcool... pode virar um alcoólatra, vem outros problemas de rim, de fígado, e por aí...Fumar, esses moços que fumam...Moços que bebe demais...só pensam em beber e fuzarquear... andar com mulherada...e anda com droga...Desde trabalhando no sol quente, deve prejudicar...A gente trabalha na roça não dá para conservar bem como precisa...O abalo psicológico do cidadão é...um ponto crucial para que a pessoa ficasse doente. As vezes a pessoa é doente psicologicamente e não é no físico... isso é muito ruim...Talvez nem seja todos os casos...Mas algumas eu acho que é. Tem a doença que ela é independente do estado psicológico...elas entram no corpo de uma pessoa, agora o lado psicológico...A gente entende que ela colabora muito, talvez, pra pessoa se abalar e facilitar até a pessoa se achar que teja doente ou se julgar...*

Compreendemos que em uma sociedade, com o modelo econômico capitalista, é na relação de produção e consumo que teremos o determinante mais significativo para o

processo saúde-doença. É através desta relação que podemos observar a vulnerabilidade a que ficam expostos, coletiva, ou individualmente, os sujeitos, desencadeando, muitas vezes, o sofrimento, a dor, a debilidade e o comprometimento da qualidade de vida.

Portanto, a doença é compreendida por nós como resultante de um processo social dinâmico, com determinações relacionadas a outros processos sociais, podendo manifestar-se ou não através de sinais e sintomas. Cada indivíduo adoece de modo particular, sob a influência de características individuais, genéticas, bem como, das ambientais, familiares, sociais e históricas.

O indivíduo doente, ou portador de uma doença não exercerá as possibilidades plenas de escolhas para traçar seus caminhos e buscar a sua felicidade como afirma-nos Dejours (1986), ao definir a saúde como sendo o oposto, ou seja, a possibilidade de escolha.

As condições político-sócio-econômicas, como determinantes do processo saúde-doença, apareceram em núcleos oriundos de três discursos, quando referiram-se a elas como fatores que facilitariam ou dificultariam o desenvolvimento de cuidados individuais determinantes do processo saúde-doença. Os sujeitos não demonstraram clareza quanto aos determinantes estruturais e supra estruturais do processo, pelo contrário, contradisseram-se ao atribuir condições do processo vivenciado à responsabilidade individual.

O envelhecimento foi citado como um dos fatores de desgaste do homem para o trabalho, desencadeando, como consequência, a dependência do indivíduo com a assistência social.

Isso pode ser evidenciado no núcleo que relaciona os poderes públicos competentes como responsáveis pela promoção de uma “vivência de melhor qualidade”, conseqüentemente, da saúde e da doença, referindo posteriormente ao “abalo psicológico” como um dos fatores que favorecem o adoecimento. Destaca-se a compreensão do sujeito que apontou a sociedade como aquela que poderia mudar os determinantes deste processo, promovendo cuidados individuais para promoção da saúde, apresentando portanto, convergência com outros núcleos.

*Quando a família, o casal envelhece, que não tem mais condição de trabalhar, uma aposentadoria de cento e cinquenta reais a partir, pra frente... agora ainda não é ainda não é...E ele não tem mais condição de melhorar a sua casa, o seu terreiro, a sua instalação sanitária, enfim, o seu estábulo onde estão os seus animais. Aquilo vai depredando, ele ajuda também a facilitar a doença...Não quer dizer que seja tudo. Ele é mais propício como a família, a*

*... pessoa não tem mais condição de trabalhar, a casa está se deprimindo, os galpões também, o estábulo onde estão as vacas também. A renda só dá pra comer e mal e mal para comprar os medicamentos... E isso não é só na questão rural, é na questão urbana também, na grande periferia, talvez com mais gravidade ainda. Porque lá a questão da higiene é muito mais grave, porque a população está muito mais amontoadada... Então, eu vejo que a questão financeira é o ponto crucial da questão da higiene e a higiene o ponto crucial da questão da saúde...*

Cohn e Marsiglia (1993, p.71-2) esclarecem que ao analisarmos o processo saúde-doença como resultante de um processo social dinâmico, negamos que o envelhecimento não é somente pela dimensão biológica, mas é também pelo carácter social do processo onde está historicamente inserido. “[...] O trabalhador no capitalismo é um homem que rompeu com o tempo natural e é regido pelo tempo capital: pelo tempo que é valor.”

O homem ao envelhecer tem a perda da sua força de trabalho, assim numa sociedade capitalista o Estado, através da assistência social, deveria atender as necessidades destes indivíduos, conforme explica-nos Braverman (1977, p.245)

*[...] A saúde pública, serviço postal e muitas outras funções públicas são igualmente desenvolvidas pelas necessidades de uma estrutura social intrincada e delicadamente equilibrada que não possui meio algum de coordenação ou de planejamento social a não ser o planejamento interno empresarial dos monopólios que proporcionam a estrutura esquelética da Economia. E muitos desses “serviços” como prisões, polícia e “assistência social” expandem-se extraordinariamente devido à amargurada e antagonística vida social nas cidades.*

Quanto aos cuidados para a promoção da saúde, os sujeitos demonstraram acreditar que através destes seriam capazes de controlar os sinais e sintomas físicos, porém, os problemas mentais e problemas ambientais fugiriam a esse controle. Assim, conflitos sociais urbanos, surgem como determinantes de doenças como destacamos nos núcleos a seguir:

*...Eu não sei, hoje em dia é muito difícil você ter saúde completamente... Porque a situação do País do mundo... Muita violência, muita miséria, muita fome... Tudo são coisas que assim... preocupam... que... deixam a gente triste... Depressivo... Há muita depressão hoje em dia... É. Do mundo... Das coisas... O que que acontece hoje. Tem tanta poluição... que por mais que você queira... Tem muitos meios de ficar... A poluição... O ambiente em que vive... Como no Rio de Janeiro tem muita... Muita violência... A pessoa fica depressiva...*

A impossibilidade de controlar os determinantes sociais do processo aparece

contradizendo os núcleos em que se atribuem a determinação do processo aos cuidados individuais e crenças populares. Um dos sujeitos afirma que algumas doenças não são evitáveis, porque fazem parte da natureza da pessoa, que o destino do sujeito pode ser passar pela fatalidade do adoecimento:

*...As vezes é o destino da pessoa também trazer essa tragédia de ficar doente...se é para você passar esse trecho ali. As vezes você vê ele hoje tá bom, quando ele perceber, amanhã ele tá doente...às vezes é o destino dele passar esse trecho...*

A medicação comercializada é citada como não acessível economicamente. Um dos sujeitos relata desconfiança da qualidade destas, pois afirma que ao usá-las não tem alívio dos sintomas. Outro sujeito refere suspeitar da vacina anti-gripal, para os idosos, afirmando que esta não é necessária, pois os métodos caseiros para a prevenção da gripe, dos quais faz uso, são mais eficazes.

*...Que nem a Melhoral de antigamente era boa...vinha um remédio bom. Que nem eu, me doía a cabeça eu tomava um e pronto acabou-se...a meopatia...terminou...Aquilo ali, dava uma febre na pessoa assim, faz o número 1...como se diz...É homeopatia, o número um, a febre corta na hora. Então, no caso terminou tudo...Aqueles remédios antigos não vem mais. Então acabou-se...Tem aquele comprimido que vem aí e a gente toma, para uma dor de cabeça, a gente toma e fica com a mesma dor de cabeça...Já o Melhoral de antigamente a gente tomava um e aquilo era pra já que saía com a dor de cabeça e agora ...toma duas, três, quatro, cinco comprimido e não resolve nada...Não vê melhora... tomar sempre...*

A fé é também citada como uma potencializadora da medicação usada:

*É que não tem só esse negócio de remédio não...se você não pensar em Deus e num ter fé, nada vale o remédio...o remédio que a gente toma em casa também tem que ter fé em Deus...aquele é o primeiro remédio, que todo dia antes de deitar e levantar, eu me joeio na frente de Nossa Senhora de Aparecidinha de Jesus, faço minha reza tudo e peço para o dia correr bem e tudo e o remédio que eu colher eu vou lá coio em nome de Deus, as folhas tudo. Que eu faço, tenho remédio eu dou remédio pra um e outro certo...eu tenho tudo e do mato tudo eu panho. Eu faço e dou muitos remédios pra turma aí...Daí a gente dá esse remédio com fé em Deus e Nossa Senhora, se tu tiver fé, tomou miorou. Sai já outra pessoa...*

Para analistas da história da Saúde Pública, durante um longo período, o desenvolvimento do conhecimento da área foi influenciado pela fé, pela religiosidade. Sigerist apud Facchini (1994) aponta que, no período da idade média, até o século XI, “[...]”

a maioria da população trabalhava na agricultura e o Cristianismo prometia redenção e cura [...] As causas das doenças são atribuídas especialmente à variabilidade dos humores corporais e a fé e a religiosidade são retomadas como elementos importante no seu tratamento e cura [...].”

Este período é referido na história da Saúde Pública como um período em que o conhecimento e as descobertas científicas foram atrasados para culto da religiosidade e da magia, relacionando-as às causas das doenças. As explicações aos fenômenos vividos eram por causas externas advindas da punição de Deus ao pecado do homem.

Foucault (1982, p. 96-7), ao analisar a medicalização das doenças nas comunidades pobres, das sociedades do início do século XIX, relata um movimento de resistência e dissidência nos grupos religiosos que lutavam pelo direito do indivíduo decidir os cuidados com o próprio corpo, “[...] o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem. Esse desejo de escapar da medicalização autoritária é um dos temas que marcaram vários grupos aparentemente religiosos, com vida intensa no final do século XIX e ainda hoje.”

Os serviços de saúde são referidos como promotores de orientações à saúde que muitas vezes são inexecutáveis:

*a gente tem algumas orientações públicas... a orientação ela é importantíssima, mas... os poderes públicos tem que começar a estar aqui na prática... Porque a palestra seria importante para clarear a minha mente... mas se eu tiver em uma casa depredada que eu não tenho condição de melhorar e toda a instalação sanitária não tenho condição de melhorar. A palestra vai me colocar numa situação, na parede mais ainda. Porque eu sei que tenho que melhorar e não consigo... Isso não quer que seria contra a informação, ela é muito útil para as pessoas, sempre... Mas esta informação ela tem que estar amparada por uma questão de condições financeiras... Para que a família possa melhorar a sua condição de vida... Porque se a gente analisar um outro lado da saúde também, as orientações que o agricultor recebe sobre as melhorias da propriedade que é necessário... Na teoria ela é bonita, mas se eu na prática não posso fazer nada... E não tem um órgão, uma organização que me empreste dinheiro, com prazo longo, que eu possa pegar esse dinheiro orientado por um técnico para mim fazer uso.... a situação do cidadão, da família vai ser cada vez pior... a orientação por palestra, ela é importantíssima. Numa escola com os adolescente só se fala e dá o material, se aprende,... a pessoa adulta, quanto ao sistema de vida a orientação, ela é importante, mas ela tem que estar amparada também por parte dos poderes constituídos e como forma de ajudar a família a sair desta situação... E como está indo a marcha, a pessoa não vê uma luz que vai poder mudar o ano que vem.*

*Pobreza e doença estão ligadas por nutrição, habitação e vestuário inadequados, ligados, por sua vez, a salários baixos e falta de educação. A importância de fatores econômicos, sociais e políticos na determinação do nível sanitário de saúde de um povo torna imperiosa a criação de um programa abrangente. Em muitas partes do mundo, não se podem alcançar os objetivos sanitários sem melhoria na agricultura, sem desenvolvimento da indústria, sem a criação de serviços administrativos competentes e sem mudança no nível educacional da população. [...] as áreas subdesenvolvidas do mundo se defrontam, no século XX, em escala global, com o mesmo tipo de problema enfrentado pelos reformadores sanitários, nacionalmente, cerca de cem anos atrás.*

A análise e interpretação realizada remete-nos à síntese e considerações finais descritas no capítulo 5.

#### **4.4 - A elaboração do relatório de pesquisa**

Esse quarto momento metodológico do estudo, que culminou neste documento lido, foi acontecendo em cada fase deste estudo pois é com essa dinamicidade, entre captação da informação, análise, interpretação e síntese, que desenvolvemos nosso olhar científico e construímos a pesquisa. Assim, o relatório começou a ser construído ainda quando elaboramos o Projeto de Pesquisa e foi sendo completado, aprimorado e atualizado em cada fase até dar-se por finalizado, apenas nos registros.

Com os recursos informáticos, toda informação registrada, desde a fase de fichamento das leituras para início do Projeto, da coleta e da análise dos dados estiveram continuamente à disposição para resgate e utilização, conforme sua adequação para subsidiar o marco teórico, metodológico ou, mesmo, a nova análise, interpretação e síntese, a partir do contexto empírico captado.

Dessa forma, esse quarto momento metodológico caracteriza-se mais como aquele em que a preocupação central é viabilizar a organização dos dados da pesquisa realizada, de acordo com as normas e requisitos vigentes na comunidade acadêmico-científica, na Instituição e no Programa de Pós-Graduação cursado, zelando para o seu atendimento.

Um relatório tem que dar conta de retratar a trajetória que viabilizou a apreensão e o estudo de recortes de uma totalidade em movimento, portanto mesmo os acontecimentos, captados em espaço e tempo determinados, sempre estiveram vinculados entre si, sendo explorados por meio de um referencial teórico, de métodos, técnicas e instrumentos que permitiram a sua captação, análise, interpretação e síntese, para, novamente, serem

remetidos a um olhar de busca, de indagação, análise, interpretação e síntese.

A síntese deste estudo, embora entrelaçada nos capítulos já expostos, foi sistematizada junto com as considerações que finalizam o relatório de pesquisa.

Para Gil (1995, p. 191), o relatório de pesquisa deverá ser redigido segundo o público alvo, considerando que deverá conter “[...] informações suficientes para esclarecer acerca da natureza do problema pesquisado e dos resultados. Deve, ainda, indicar os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados bem como informar acerca das fontes compulsadas.”

## **5 - SÍNTESE E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para Breilh (1990, p. 160), “A reprodução social analisa o movimento da vida social em que um espaço histórico-natural concreto permite formular o sistema de contradições que determinam este movimento.”

Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, exploratória, por meio do método de estudo de caso. A Comunidade de Rio do Salto caracterizou a Unidade-caso estudada, tendo sido escolhida pelo critério de tipicidade.

Este estudo de caso foi desenvolvido visando a caracterização das concepções dos usuários do Serviço de Saúde da Comunidade de Rio do Salto sobre o processo saúde-doença e a correlação dessas percepções e conceitos com o referencial teórico elaborado.

Os pressupostos, que nortearam este estudo, estiveram associados a observação, em nossa prática profissional, de que o desenvolvimento de ações e atividades de saúde, para uma determinada comunidade ou indivíduo, sem o conhecimento e a compreensão dos interesses e concepções dos mesmos sobre os problemas de saúde-doença e os encaminhamentos por eles dados, na busca pela assistência, pode gerar uma prática sanitária caracterizada pelo abandono e falência dos programas. Também foi observado, que alguns profissionais de saúde têm uma visão técnico-científica, muitas vezes, favorecedora de uma consciência ingênua da realidade, que possibilita o desenvolvimento de uma política dominante no setor, onde prevalece os interesses de alguns sobre o interesse da maioria.

A não percepção desta lógica faz-nos crer que nossa atuação sobre os problemas de saúde, percebidos, encontrará uma solução para o fenômeno observado. Não percebemos



nossas práticas como reprodutoras de um modelo de dominação e exclusão de classes.

Para Breilh (1990, p. 163) a ciência tem o papel de compreender a determinação e recriar a realidade. A ciência e a realidade interalimentam-se e enriquecem-se em uma constante transformação social e revolução teórica: “[...] A forma desarticulada com que a ciência convencional olha a realidade leva a uma prática igualmente desarticulada e superficial [...].”

Com esses pressupostos iniciamos o Projeto de Prática Assistencial junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC e após sua validação ampliamos e aprofundamos nesta investigação.

Após a organização, sistematização, análise e interpretação dos dados colhidos junto a 16 usuários do serviço de saúde, pudemos perceber que as concepções empíricas evidenciadas advêm da postura diante da realidade, ou seja, do nível de consciência dos sujeitos investigados.

Selecionamos, portanto, como categoria analítica a consciência ingênua e crítica e o processo de conscientização segundo Freire (1980, 1983), Berger e Luckman (1983).

*A conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência-mundo. Tomando esta relação como objeto de sua reflexão crítica, os homens esclarecerão as dimensões obscuras que resultam da sua aproximação com o mundo.[...] A nova realidade deve tomar-se como objeto de uma nova reflexão crítica. Considerar a nova realidade como algo que não possa ser tocado representa uma atitude tão ingênua e reacionária como afirmar que a antiga realidade é intocável. (Freire, 1980, p.26)*

O homem ao aproximar-se da realidade constata-a de uma forma não crítica, percebe-a como algo estável não mutável, não compreende a dinâmica advinda das relações que a determinam. Esta compreensão para Freire (1980) é uma posição ingênua do homem frente ao seu mundo, não há neste nível de consciência uma relação crítica com a realidade que constata e experimenta.

Ao analisar a consciência da realidade vivida, Berger e Luckman (1983, p.41) afirma que :

*[...] A realidade da vida cotidiana além disso, apresenta-se a mim como um mundo intersubjetivo, um mundo que participo juntamente com outros homens.*

*Esta intersubjetividade diferencia nitidamente a vida cotidiana de outras realidades das quais tenho consciência.[...] A realidade da vida cotidiana é admitida como sendo a realidade. Não requer verificação, que se estenda além de sua simples presença. Está simplesmente aí, como factilidade evidente por si mesma e compulsória. Sei que é real. Embora seja capaz de empenhar-me em dúvida a respeito da realidade dela, sou obrigado a suspender esta dúvida ao existir rotineiramente na vida cotidiana[...] (Grifo do autor)*

Acreditamos que a condição da não consciência da determinação do processo saúde-doença, pelos sujeitos do estudo, dá-se pelo fato de que a realidade vivida é a ausência da saúde. Esta é percebida como ausência de recursos para atender as necessidades básicas. Assim, a luta pelo atendimento destas os mantêm no nível de compreensão onde o imediato ao cotidiano é o que determina a realidade vivida.

A prática sanitária desenvolvida atualmente nos serviços de saúde têm sido ineficaz aos problemas apresentados. A consequência é a falta de credibilidade dos serviços de saúde junto aos usuários, o que gera, na maioria das vezes, atitudes de resistência por parte destes às propostas de ações e atividades para promover, prevenir e curar. Os sujeitos cumprem as “normas” estabelecidas pelos técnicos, porém, esgotam antes, as medidas não institucionalizada. Evidenciam dúvidas por não terem sido “convencidos” pelos técnicos das razões científicas para as intervenções propostas e realizadas institucionalmente e da correlação com a realidade vivida.

Associado a estes pressupostos temos ainda um nível de escolaridade baixo na comunidade que contribui para a formação das compreensões expostas.

*Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade, que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração colonial não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate à causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. [...] o que se tem chamado de **medicalização da sociedade**- processo que na atualidade cada vez mais intensifica- é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não ter mais fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder, capaz de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; é a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do deviante [...]. (Gonçalves 1994, p. 106-7) (Grifo do autor)*

As representações analisadas, neste estudo, demonstraram que as concepções, sobre

o processo saúde-doença, ficaram limitadas ao imediato, ao individual, ao conceito de corpo utilitário. As correlações estabelecidas com os determinantes macro-estruturais, apresentaram-se limitadas, porém coerentes com o nível de compreensão dos mesmos.

A saúde e a doença apareceram como opostos de uma mesma realidade, a realidade vivida, onde a doença demonstrou ser o estado mais vivenciado, pois a busca pela saúde deve antes superar a luta pela sobrevivência, através do atendimento às necessidades básicas. Assim, a saúde foi compreendida como algo que se adquire ao consumir os serviços de saúde, apesar de aparecer inicialmente como imprescindível à vida humana, e a doença foi representada como sentimentos de dor e de sofrimento que os impede de trabalhar e acarreta-lhes despesas financeiras.

Para Breilh (1990, p.161-2) a relação do processo saúde-doença com o consumo de bens e serviços, passa por uma rica relação dialética onde o perfil epidemiológico é uma “expressão específica deste conjunto de contradições”. Nesta relação a reprodução social representa o movimento total e o consumo um de seus polos. Em uma sociedade de classes sociais distintas temos que “[...] Na produção as pessoas objetivam-se nos produtos, e no consumo individual os objetos, as coisas, se subjetivizam. A produção regida por interesses das classes dominantes não é só produção de coisas, mas também produção de significados que se decodificam no consumo.”

Refletimos se os sentimentos referidos, nas categorias empíricas, seriam decorrentes da doença como a concebemos, ou, conseqüência de uma realidade determinada pelas condições político-econômico-social não sendo estas percebidas pelos sujeitos.

A concepção, que associa a ausência de saúde pelo não atendimento às necessidades básicas, como alimentação, higiene, habitação e outros, demonstra um nível de compreensão sobre o não atendimento como algo individual e não demonstra percepção da estrutura política-econômica-social que a determina.

As explicações para os adoecimentos vivenciados, nas histórias referidas, reforçam a compreensão ingênua sobre suas determinações. Atribuem as causas destes ao ar contaminado, à falta de cuidados higiênicos com o corpo e com o ambiente, ao tipo de alimentação consumida, a genética, ao estilo de vida e ao não consumo de serviços e tratamentos de saúde. Compreendem que a religiosidade é uma potencializadora de seus efeitos, assim como as características individuais e biológicas são compreendidos como potencializadores do adoecimento.

A percepção da saúde-doença como processo não emergiu do contexto empírico. Assim, essa compreensão de processo associou-se sempre ao contexto analítico introduzido pela nossa ótica.

As concepções de saúde e de doença foram vinculadas a pólos opostos, estados contrários em uma mesma realidade, sem, contudo, haver a percepção de que pólos opostos, justamente por isso, constituem elementos relativos a uma mesma variável, em um mesmo eixo, só que distantes entre si. As concepções focalizaram os espaços em que esses pólos existem, como são percebidos, mas nunca o espaço que os une ou a visão do eixo como um todo.

A determinação destes estados isolados de saúde e doença foi muito mais atribuída às condições individuais, biológicas e genéticas. Os determinantes político-econômico-sociais apareceram discretamente em algumas representações. Contudo, os fatores individuais e ambientais foram mais preponderantes na concepção da determinação da saúde e da doença.

O uso de medicações e de serviços de saúde foram compreendidos como promotores de saúde, porém houve a referência ao uso desses recursos apenas em caso de sinais e sintomas de doença. Antes de buscar a assistência em Serviços de Saúde, promovem cuidados familiares, sendo que somente na não resolutividade destes é que buscam a assistência institucionalizada.

Mendes (1999b, p.242-3) afirma que a prática sanitária não resolutiva gera a perda de confiança e segurança na relação médico-paciente, o que tem levado os indivíduos a buscarem, nas práticas de saúde alternativas, respostas que não conseguem na medicina científica. Atribui esta crise aos modelos de atenção médica super especializada que atua sobre o fenômeno apresentado sem buscar a verdadeira causa do problema para promover junto aos sujeitos a conscientização desta. O modelo da prática sanitária, segundo o autor, está centrado na doença, no diagnóstico e na terapêutica, em detrimento do indivíduo.

Na análise das representações empíricas percebemos que houve validação destes pressupostos pois, os sujeitos caracterizaram a busca por um estado de saúde desejado que é representado como oposto à doença vivida, os cuidados domésticos e o uso de ervas são as medidas que promovem para aliviar os sinais e sintomas apresentados, sendo a busca pela assistência médica desencadeada quando estes não são resolutivos. Não expressam a dúvida quanto à resolutividade da assistência médica, mas verbalizam histórias de

atendimentos não resolutivos, onde o diagnóstico e a terapêutica foram colocados em primeiro plano. Assim, reportam-se aos seus estados de saúde e de doença associando-os aos diagnósticos médicos, resultados de exames e terapêuticas recomendadas, sem refletir sobre as causas e determinantes desses estados.

*[...] As mediações são processos necessários para que se especifique a determinação. Na relação dialética entre o geral, o particular e o individual, ou, dito de outro modo, entre o todo e a parte, as leis do todo ou da dimensão mais ampla determinam os limites dentro dos quais pode operar o poder determinante da parte ou indivíduo; porém, estes também medeiam a determinação, especificando-a. O movimento geral determina os limites do biológico, mas o biológico também participa na determinação, na especificação do movimento. O social, as leis da reprodução social, o sistema de contradições da reprodução social determinam as condições dentro das quais se dá o movimento biológico subsumido. Porém, também as condições naturais do meio e da biologia humana participam na determinação da saúde-doença, seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação do genótipo dos indivíduos, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis em um fenótipo em circunstâncias históricas específicas [...] A vida e as possibilidades da saúde se definem nas grandes determinações estruturais, mas especificam-se nas mediações, para serem concretizadas e tornadas 'visíveis' nos indivíduos. (Breilh, 1990, p.162-3)*

Acreditamos ser o processo de conscientização a possibilidade de transcender a realidade vivida naquela comunidade e ainda que o compromisso dos profissionais para a prática sanitária deve favorecer o processo de mudança para a realidade desejada promovendo a leitura dos problemas de saúde além do fenômeno vivido, relacionando-os às suas verdadeiras causas.

O desenvolvimento da consciência sobre o processo vivido, pelos sujeitos, possibilitará o desenvolvimento de ações e atividades mais amplas para dar conta das transformações sociais necessária para uma vida de melhor qualidade, seja no coletivo ou no individual

Para Freire (1980, p.40)

*O homem não pode participar ativamente na história, na sociedade, na transformação da realidade, se não é auxiliado a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade para transformá-la. [...] A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo.*

O compromisso do profissional para Freire (1983, p.20-5)) é antes de tudo o

compromisso com o homem, onde o caráter técnico das ações não poderá reduzir o homem a um objeto de trabalho, mas sim conciliar a ciência e a tecnologia com o humanismo. A atuação comprometida deverá permitir que o conhecimento empírico seja articulado com o conhecimento técnico e científico para que se construa a realidade desejada.

Para Breilh (1990, p.139) “O maior peso da tarefa contra-hegemônica no campo da saúde recaiu indubitavelmente sobre medicina social (saúde coletiva) e a Epidemiologia como o seu braço ‘diagnóstico’.”

Ayres (1995, p. 46) afirma que a epidemiologia “[...] é a expressão, no plano do conhecimento, de experiências socialmente circunscritas dos fenômenos coletivos de saúde, assim como, de outro lado, essa experiência é profundamente dependente do modo como são objetivadas pelo conhecimento epidemiológico.”

O conhecimento epidemiológico é construído através da aproximação do conhecimento científico e a apreensão da realidade social pela prática sanitária com visão crítica e não contemplativa da mesma.

Para Mendes (1998) as mudanças necessárias nos serviços de saúde para uma assistência eficaz, resolutiva e igualitária deverão ser baseadas em pesquisas que busquem nas evidências empíricas a compreensão da descentralização dos serviços e que estas possibilitem as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença.

O estudo desenvolvido teve como finalidade contribuir para uma prática sanitária comprometida com a realidade onde se insere. Acreditamos que ele pode significar uma contribuição a medida em que nosso compromisso vá além dessa trajetória aqui relatada. Deveremos agir como atores sociais implementando a transformação social junto aos demais atores sociais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACÚRCIO, Francisco de A.; SANTOS, Max A. dos; FERREIRA, Sibelem.G. A aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, EugênioV. (org.) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.3, p.87-110.

ALMEIDA, Maria Cecília. P. de; ROCHA, Semiramis M. (orgs). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez, 1997.

AROUCA, Antônio S. da S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão da medicina preventiva. Tese de doutoramento. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975.

AYRES, José Ricardo. de C. M. Epidemiologia e emancipação. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia, São Paulo: Hucitec, 1997.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa-Portugal: Edições 70, 1979.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. Physis. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.7-11, 1991.

- BERGER, Peter L. e LUCKMANN, Thomas. A construção social da realidade. 5 ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1983.
- BLEGER, José. Psicologia da conduta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
- BREILH, Jaime. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção do pensamento em debate. In: COSTA, Dina. C.(org). Epidemiologia teoria e objeto. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1990.
- BREILH, Jaime e GRANDA, Edmundo. Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez, 1986.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CARVALHO, Ivan G. de e SANTOS, Lenir. Sistema único de saúde: comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1992.
- CARVALHO, Maria Cecília M. (org). Construindo o saber: metodologia científica. Campinas: Papirus, 1994.
- COHN, Amélia. et al. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.
- COHN, Amélia. e MARSIGLIA, Regina. G. Processo e organização do trabalho. In: ROCHA, Lys E. et al. (orgs). Isto é trabalho de gente? : vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, R. J.: Vozes, 1994.
- CUNHA, Káthia de C.(coord). Diagnóstico das condições de vida da população de uma comunidade agroindustrial do oeste do Paraná. Relatório de pesquisa desenvolvido em estágio curricular. Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná.



Cascavel, 1999.

CUNHA, Vinicius. A segurança nos processos de trabalho agroindustriais: estudo de caso em uma comunidade agroindustrial. Dissertação de Mestrado. Curso de Engenharia Agrícola. Universidade estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 1999.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. Rev. Bras. de saúde ocupacional. São Paulo, v.14, n.54, abr./jun. 1986.

DEMO. Pedro. Pesquisa: princípio científico e educativo. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

EGRY, Emiko Y. Elementos teóricos-metodológicos para a intervenção praxica da enfermagem em saúde coletiva. Tese de Livre-Docência. Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo. São Paulo, 1994.

FACHINI, Luis A. Por que a doença? a inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: ROCHA, Lys. E. et al (orgs) Isto é trabalho de gente? : vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, Sonia. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREIRE, Paulo. Conscientização: teoria e prática da libertação. Tradução de Kátia de Mello e Silva. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. Educação e mudança. Tradução de Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martins. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. Educação como prática da liberdade. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa. Coleção leitura. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

GADOTTI, Moacir. História das idéias pedagógicas. 4. ed. São Paulo: Ática, 1996.

GELAIN, Ivo. Deontologia e enfermagem. 3 ed. São Paulo: EPU, 1998.

GIL, Antônio C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1995.

\_\_\_\_\_. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 1996.

GONÇALVES, Ricardo. B. M. Medicina e história raízes sociais do trabalho médico.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

\_\_\_\_\_. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

HARNECKER, Marta e URIBE, Gabriela. Explorados e exploradores. São Paulo: Global, 1979.

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

IYDA, Massako. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Editora UNESP, 1994.

LAURELL, Asa C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, Everardo D.(org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.

LAURELL, Asa C., NORIEGA, Mariano. Processo de produção e saúde. São Paulo: Hucitec, 1989.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens

qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel T. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MAXIMIANO, Antônio C. A. Introdução à administração. 4.ed. ver. ampl. São Paulo: Atlas, 1995.

MENDES, Eugênio V. (org.) A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. Distrito sanitário- o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 4.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999a.

\_\_\_\_\_. Uma agenda para a saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1999b.

MERHY, Emerson E. O Capitalismo e a saúde pública. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1987.

\_\_\_\_\_. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde ( um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo) In: FLEURY, Sonia. (org) Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY Emerson E. e ONOCKO Rosana (orgs) Praxis en la salud: un desafio para lo público. Buenos Aires: Lugar editorial - São Paulo: Hucitec, 1997

MERHY, Emerson E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson E; ONOCKO, Rosana (orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

- MINAYO, Maria Cecília de S.(org). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 8.ed. Petrópolis, Vozes, 1998.
- MOURA, Demócrito. Saúde não se dá: conquista-se. São Paulo: Hucitec, 1989.
- MUCELIN, Carlos A. Resíduos sólidos urbanos: pesquisa participante em uma comunidade agroindustrial. Dissertação de Mestrado. Curso de Engenharia Agrícola, Área de Sistemas Agroindustriais-UNIOESTE-PR, 2000.
- OLIVEIRA, PersioS. de. Introdução à sociologia. 17. ed. São Paulo: Ática, 1996.
- POLIT, Denise F.e HUNGLER, Bernadete P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3.ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.
- ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- \_\_\_\_\_. Uma história da saúde pública. São Paulo - Rio de janeiro: Hucitec - Abrasco, 1994.
- RUIZ, João A. Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- SALA, Arnaldo A avaliação de programas de saúde. In: SCHRAIBER, Lilian.B. (org.) Programação em saúde hoje. 2.ed.rev.aum. São Paulo: Hucitec, 1993.
- SPINK, Mary J.(org.) O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- SILVA, Graciette B. da. Enfermagem profissional: análise crítica. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- TRIVIÑOS, Augusto N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, 1987.

VALLA, Victor V. (coord.) Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania. Rio de Janeiro: Pares/Fiocruz, 1993.

VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular nos serviços de saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

## **ANEXO 1 – PROTOCOLOS DE PESQUISA DA COMUNIDADE**

### **PROTOCOLO DE INTENÇÕES DO PROJETO**

Este instrumento tem como objetivo o estabelecimento de compromissos e princípios que nortearão as relações entre pesquisadores e comunidade envolvidos no Projeto sobre “Qualidade de vida em comunidade: uma conquista por meio de parcerias”.

O presente Projeto será desenvolvido, na comunidade de Rio do Salto, município de Cascavel, nesta fase inicial, por docentes e alunos de Graduação e Pós-Graduação, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, dos Cursos de Enfermagem e Engenharia Agrícola. Esta proposta originou-se de discussões sobre necessidades, interesses e potencialidade de contribuições e parcerias visando ao desenvolvimento de pesquisas, e, futuramente, de atividades de extensão e de ensino, relacionadas às áreas de Enfermagem e Engenharia Agrícola em comunidades, que viabilizassem, simultaneamente, o aprimoramento técnico-científico, o exercício da cidadania e o desenvolvimento de cooperação entre segmentos da Universidade e da comunidade envolvida.

As relações entre pesquisadores, alunos e comunidade envolvidos serão norteadas pelos seguintes compromissos e princípios:

- só poderão participar deste Projeto professores pesquisadores e alunos da UNIOESTE que integrarem sub-projetos institucionalizados.
- todos os sub-projetos deverão respeitar os preceitos ético-legais, inerentes ao desenvolvimento de pesquisas, já recomendados por meio de documentos oficiais, nacionais e internacionais, que preservam os direitos humanos, a integridade, a autonomia e o livre- arbítrio daqueles que participam de pesquisas científicas;
- só serão envolvidas, nos sub-projetos, pessoas que, após consulta e esclarecimentos, tenham manifestado interesse e consentimento livre, ou seja, voluntários;
- todos os responsáveis por sub-projetos deverão esclarecer, aos líderes representantes da comunidade, a finalidade e objetivos, a relevância social, as atividades, os recursos envolvidos, os benefícios prováveis, os riscos, quando existirem, o tempo requerido e a forma de retorno de informações à comunidade;

- todas as atividades desenvolvidas deverão ser previamente explicadas e agendadas de acordo com disponibilidade dos envolvidos, respeitando-se a rotina e os compromissos dos sujeitos das pesquisas;

- todas as técnicas e instrumentos utilizados para coleta de dados deverão ser acordados e consentidos pelos participantes (fotografia, filmagem, análise documental, entrevista, observação, etc);

- deverão ser desenvolvidas somente as atividades que estiverem diretamente relacionadas aos Projetos aprovados. No caso de outras necessidades manifestadas pela comunidade ou sentidas pelos pesquisadores e ou alunos, o assunto deverá ser discutido e decidido em reunião;

- ninguém terá autonomia para introduzir na comunidade pessoas que não integram o Projeto, sob qualquer pretexto, sem antes levar o assunto para discussão;

- ninguém terá autorização ou respaldo no caso de desenvolver atividades que não estejam relacionadas aos Projetos;

- as dificuldades no encaminhamento dos sub-projetos e os aspectos não mencionados neste documento, que gerem dúvidas quanto aos procedimentos adequados, deverão ser encaminhados para análise pelo grupo de pesquisadores do Projeto.

Esse Projeto não se limitará à perspectiva da pesquisa. À medida em que houver o envolvimento com a comunidade e que forem diagnosticadas necessidades e interesses, de ambas as partes envolvidas, voltados à atividade de ensino e extensão, pretende-se incorporar, neste Projeto, essas outras dimensões.

Assim que a comunidade estiver ciente e que a parceria consolidar-se na prática, será feito encaminhamento para formalização desse Projeto multidisciplinar na UNIOESTE, devendo ser eleito um coordenador entre os pesquisadores envolvidos desde o início.

Cascavel, 03 de fevereiro de 1999

Vimos por meio deste documento formalizar nosso interesse no desenvolvimento do Projeto de Pesquisa sobre "Qualidade de Vida de uma Comunidade Agroindustrial", no Distrito de Rio do Salto, por docentes e alunos do Curso de Graduação e Pós-Graduação da UNIOESTE.

Estamos conscientes do início imediato dessas pesquisas que envolverão as seguintes temáticas: percepções sobre qualidade de vida; motivação dos trabalhadores; segurança nas atividades agroindustriais; terceira idade; percepções sobre o processo saúde-doença e lixo.


Já tivemos 4 contatos com a Profª Drª Kátia de Carvalho Cunha que, juntamente com os demais orientadores das pesquisas e pesquisadores, colocaram-nos os objetivos dos estudos e os compromissos de ambas as partes. Houve manifestação de nosso interesse desde o primeiro contato. Ficou acordado que as pesquisas serão desenvolvidas desde que os sujeitos participantes tenham manifestado espontaneamente interesse e disponibilidade.

Todos os aspectos ético-legais que envolvem o desenvolvimento de pesquisas científicas serão respeitados. Apenas os pesquisadores e seus orientadores terão acesso à comunidade, respeitando-se a privacidade da mesma. Os estudos poderão ser documentados por meio de fotos, filmagens e gravações de depoimentos desde que autorizado pelos participantes.

Todas as dificuldades serão discutidas e resolvidas pelas partes envolvidas.

Também estamos cientes que a Profª Kátia de Carvalho Cunha planeja o desenvolvimento de estágio de alunos do 4º ano de Graduação do Curso de Enfermagem, da UNIOESTE, nesta comunidade, tendo como objetivo a elaboração de um diagnóstico, perfil epidemiológico, a identificação de necessidades e priorização das mesmas, bem como o planejamento da assistência requerida. Contudo, tal proposta encontra-se em discussão, pois a implementação está na dependência de condições infra-estruturais que estão sendo por ela estudadas.

Sr. Durívio Chagas Vaz  
Administrador Distrital de Rio do Salto

  
**SUB PREFEITURA DO RIO DO SALTO**  
**DORIVIO CHAGAS VAZ**  
Administrador Distrital

  
Srª Maria de Fátima Dalamaria  
Presidente da Associação de Moradores  
e Amigos De Rio do Salto



## **ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que tenho conhecimento que o trabalho, “Concepções sobre o processo saúde-doença da população de uma comunidade agroindustrial: uma contribuição para a prática profissional”, desenvolvido pela Prof<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves, trata-se de uma pesquisa exigida pelo Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC.

Estou ciente de que o resultado deste será apresentado e divulgado em eventos científicos e periódicos da área, garantindo o sigilo e anonimato da minha pessoa.

Declaro também que estou interessado e disponho tempo para ser entrevistado e que tenho conhecimento de que, a qualquer momento, poderei desistir do compromisso assinado neste documento, sem prejuízos pessoais.

Data:

Participante:

### **ANEXO 3 - RAPPORT**

Eu, sou Maria Marta Nolasco Chaves, vou colher dados para uma pesquisa relacionada com saúde e doença e com a assistência à saúde prestada. Gostaria de saber se o Sr(a) teria interesse e disponibilidade para participar da entrevista. Caso tenha e não se importe, gostaria de gravar as respostas para ficar mais fácil para escrever tudo depois. Se for participar, vou pedir-lhe para assinar um papel dizendo que teve interesse e tempo para participar da entrevista.

## **ANEXO 4 - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS PARTICIPANTES**

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Tempo de residência na comunidade:

Profissão/ ocupação:

Tipo de moradia:

Número de cômodos :

Número de pessoas que moram na residência:

Grau de parentesco dos residentes:

Idade/sexo dos residentes:

Origem da água para o uso doméstico:

Tipo de esgoto usado no domicílio:

Destino do lixo doméstico:

Caracterização do banheiro:

Qual (is) o (s) aparelho (s) elétrico (s) e eletrônico (s) que tem em casa:

Descrição de outro(s) bem (s) que possui:

Rendimento familiar mensal:

Número de pessoas que contribuem para a renda da família:

O(s) membro(s) da família que trabalha (m) tem carteira de trabalho registrada.

Algum dos moradores da residência faz tratamento para a saúde?

Quanta (s) pessoa (s) faz (em) tratamento:

Tipo (s) de tratamento (s):

Local do tratamento:

Os moradores da residência têm usado o posto de saúde local ?

Quando costumam ir ao posto?

## ANEXO 5- NÚCLEOS DE SENTIDO DAS QUESTÕES NORTEADORAS

Fale o que entende sobre saúde.

E1- O principal é saúde....se não tem saúde, como é que vai viver?...Não tem graça. Não tem dinheiro que pague a saúde. Sem saúde não tem felicidade.

E2-...Não sei o quê que é... é quando a gente não está doente, quando está boa...

E3-... a gente tenta evitar que não “teja doença”, mas ela vem. A gente não se escapa da doença

E4-...é o primordial na vida de uma pessoa.... saúde é tudo... a saúde em primeiro lugar, deve ser cuidada, apesar de que no Brasil... médicos ou lugar disponível para o povo... é bem precário em vários lugares a saúde... de repente é as pessoas que não procuram... De repente deixam uma enfermidade tomar conta ...nas últimas eles procuram o médico...deveriam ser mais atenciosas com a saúde.

E5-....Saúde para mim é a gente não ter nenhuma doença.

E6- ...Saúde a gente tem que se tratar... leva no médico... o importante é tratar de higiene...

E7-... a saúde ....tem muita gente que não compreende...Eles dão remédio, dão chá... a gente precisa tomar o remédio que seja acertado... faz tempo que tô sofrendo... As vezes tomo um remédio tomo o outro, não resolve...

E8- É que a gente não sinta nada de dor..... Sempre ter vontade de trabalhar.... Ter disposição para fazer as coisas...Não sentir nada, dor nenhuma...Tem dia que eu fico semanas e semanas na cama não posso levantar... Ter saúde para poder trabalhar...Se a gente não tem saúde não tem vontade de fazer nada...mas assim mesmo eu não tendo saúde eu trabalho.

E9-...estou tendo saúde que não tô nas custas de médico e nada... coma e durma bem... E prevenir...Se cuidar...Na comida prá mim, sei lá no que... Que tem muitas coisas que a gente pode prevenir... Outras não.

E10- ... saúde eu acho que é um tudo... Boa alimentação... a saúde mental... Física, emocional, eu acho que é tudo... Eu entendo saúde por isso, tem que estar tudo em harmonia...

E12- ...o tratamento no posto, vacina...medicamento... É vir ao posto.

E13- ...é fundamental... quando você achar alguma dificuldade você deve ir ao médico e deve se sentir bem à vontade para contar para o médico tudo aquilo que você sente...Então eu acho que a pessoa deve cuidar da saúde o máximo possível...a gente mesmo pode, tem que se alimentar bem e se cuidar o máximo possível

E14- ...saúde é você ter uma água bem tratada... Uma água que nasce de uma fonte... ter um lixo bem organizado, ter uma casa bem limpa e ventilada e ter os cuidados básicos com higiene pessoal...ir sempre ao dentista... procurar sempre fazer exame ... não ter esses cuidados... a saúde vai deteriorar...Ter uma boa vivência, você viver bem se alimentar bem...

E15- ...a pessoa leigo não entende de saúde, ele vai buscar a pessoa que formado para tratar da gente a questão de saúde... uma outra forma talvez da minha interpretação, é uma vivência da pessoa, do cidadão... ajuda ...a prevenção da doença... a questão da higiene ...da alimentação e do bom ambiente...o ambiente psicologicamente é um fator muito importante... Acho que, tendo estes requisitos ajuda muito a rebater qualquer sintoma que bagunçe o corpo... uma vida muito atribulada, que ele não tem uma condição razoável alimentar, higiene, um emprego razoável, claro que ele se sujeita com muito mais facilidade a qualquer “epidemia” ou a qualquer um problema de saúde... as pessoas que estão numa vivência mais carentes é que estão mais atacada...

E16- ... a gente precisava um tratamento sobre saúde mais rigoroso... Muitos não fazem... Falam os médicos em comida, pouco sal as coisas tudo... Só assim mesmo a gente pode caprichar mais em casa no tratamento... Os médico tavam falando, porque a gente não capricha muito... Tem que cortar o alimento, conforme o alimento e não comer tudo conforme o alimento... o alimento pesado... E o negócio de sal pra cortar bastante e a comida e carne pra comer pouco... Ele vai ficar bem mais melhor... Ele se sente bem mais melhor ainda.

E17- Saúde para mim não é só está bem fisicamente ou ter problema de coração, essas coisas... se a pessoa tem uma boa educação ela vai ter uma saúde melhor... ela vai saber preparar melhor os alimentos, ela vai saber separar o lixo... A água que você toma, se preocupar com as pessoas...Com o teu corpo também com a higiene... Acho que está tudo relacionado... a higiene é individual ...da casa também, coletiva. Não adianta eu tomar banho se a minha casa está uma bagunça, virada, tem que ter higiene... Tem que ter mais

cuidados com o banheiro, cozinha e tudo mais... É como um conjunto de coisas, não é só o bem-estar físico, do corpo.

**Fale o que é doença.**

E1-... Desde a comida que a gente come e que não faz bem ao estômago...Qualquer organismo do corpo pode ficar ruim.

E2- ... não sei explicar. A gente não estudou para isso...

E3- ...A gente não sabe nem do quê que vem... Muito veneno de uns anos para cá, que estraga, que traz muita doença...É muito veneno tudo do homem tem um veneno.... Eu vejo lá, eu mesmo planto para colher, se tu não passa veneno tu não colhe nada. Onde que faz mal...Não existe mais saúde como antigamente...

E4- a doença já é um sintoma ... Quando se manifesta uma doença é porque o corpo já tá debilitado, ele deve estar assim fraco e... por isso que manifesta. De repente uma doença também que ... Um acidente já não é... Mas tem doenças que já.... É do próprio organismo fraco... A pessoa não se cuida na alimentação, na higiene...

E5-...Doença.... Sei lá....eu não sei explicar bem certo isso aí.

E6- Doença...Se a gente não tratar, a gente vai se acabando...A gente vai terminando consigo mesmo... é bom a gente vir no médico e se cuidar....Porque pode até morrer...

E7-... Me dói muito os nervos, as pernas, me dói o peito, as vezes tá doendo aqui, as vezes tá doendo a palheta aqui ...As vezes passa aqui... É as vezes me dá agulhada na cabeça...É muitas dores.

E8-...A doença é uma coisa que deixa a gente... mal, não pode fazer nada e não tem “petite” de comer, não tem vontade de sair... Eu mesmo não saio de casa, só quando venho no Posto...Não tem vontade de trabalhar, não tem vontade de comer e sou gorda...Dormir até que durmo mais ou menos, mas tem dia que tô que não agüento comigo.

E9- ... É o que eu sentia. A minha já era uma doença...Dor...É dor, eu quase não agüentava. Tinha dor, dor de estômago... É dor.

E10- A doença é tudo aquilo que... Que prejudica de alguma forma... Se você não está bem, se você está triste, você está doente... Porque alguma coisa não está bem no teu organismo... Porque se você está sentindo dor você está doente... Se você não tem uma alimentação boa você está doente, porque você está deficiente... Eu acho que se você... não

tem higiene você fica doente... A higiene também é fundamental... Para uma boa saúde...

E12- A doença é... tem... vários tipos daí doença doentes tem.... igual a tipo gripe..... Hipertensão....Febre... tem um monte...Tem...cardíaco também...

E13-...Doença.. Sei lá, é tudo aquilo que incomoda você... Tudo aquilo que você acha que tem muita gente que assim sente dor... tem enfermidades ou coisas assim que muitas vezes você nem sabe que você tem...de repente você vai no médico e faz um check-up ou qualquer coisa assim que você acaba descobrindo que você tem alguma coisa que você nem imaginava...Eu acho que doença é uma coisa muito difícil, quem tem na família... Tem muita gente que tem pessoas doentes na família e tal, eu acho que é difícil, muito difícil a doença.

E14- ...Como é que eu explico, a doença é sei lá... a pessoa ao contrário do que eu falei...Você ter uma má higiene... tudo colabora...A criança vai ter verminose, num ter uma boa higiene bucal vai ter problemas dentários e vai agravar para outros problemas até psicológico e...aí por diante.... ter uma vida sedentária assim sempre... todos os dias...Não cuidar da sua saúde eu acho que tudo isso é meio assim fator de doença. ter uma casa mal ventilada, você ter por exemplo... Ter o começo de uma doença e não tratar e vai se agravar para doenças piores... Desde as mais simples para as mais graves... Hoje em dia quem faz sexo assim... que não tem um único parceiro... Não usa camisinha....não se proteger....Então tudo isso é....

E15- ... É um sintoma que prejudica o físico da pessoa, seja mental ou o físico, do corpo... É uma moléstia, é um sintoma.... agora a forma com que ela chega até o corpo da pessoa a gente não tem uma noção mais clara.... Quando a pessoa é carente em todos os sentidos inclusive de compreensão de analisar como que podia buscar um sentido de vida melhor... A carência inclusive financeira, a carência talvez até de compreensão de analisar o que é a vida.

E16- ... vem também como diz muitos que pode ser de uma coisa que provoca de outra... tá vigorando muito, acho que de muito veneno que provoca muitas doenças... tem muito veneno nesses "air"... Passa muito veneno é em pasto é em soja não tem, em verdura é em tudo. Não tem a verdura que tu come, eu mesmo não posso comer, tomate, repolho, essas coisas, essas verduras que passaram veneno, não posso comer, é comer e me dá "disenteria" . Mas me dá "disenteria" que tem que vim pro médico... provocado bastante por causa de muito veneno, de muito tóxico... na água e tudo... Então acho que muitas



doenças, eles falam disso e daquilo, mas provoca disso daí. Porque pode ser, você vê a gente analisa, que muitas coisas o cara come uma coisinha e de repente já... A criança você vê uma vez, num rolava no chão, terra você nem “ponhava” roupa, nada, comia até terra e num fazia nada... Agora a gente vem nesses Posto é duas e três, é cólica é “disinteria” é “gômito”, é uma coisa é outra, mais atrás de médico, já fez tudo aquilo é que...Chega lá no “farmaceutico”, é veneno eles falam. É veneno, é “intoxicado” de veneno, eles falam... E hoje se tu não passar veneno não sai...

E17- ...no mundo moderno...a pior ... é o stress... Tipo as pessoas relacionam assim... eu tô com um problema no coração, tô doendo, tô com uma perna quebrada, tô doendo. De repente ela tem que vê, mentalmente se ela está doente fisicamente ou se de repente só psicologicamente ou também se é um conjunto de fatores. Doença não é só quando o corpo está com algum... Defeito ou tá com algum problema, psicologicamente ou fisicamente também... É quando não aparece, igual você veja. O stress não é alguma coisa que assim... Que quando você vê tá doendo isso, tá doendo aquilo. Doe o corpo todo assim, é uma consequência mental, eu acho assim, psicológica. Deve ser por estar sobrecarregado ou tem muita coisa para fazer, e ele acaba se sentindo cansado ou coisa assim, não tem, o coração está funcionando normal, perfeito... O corpo.... Está funcionando, mas você está bem também...Mas você está cansado, está também com algum problema... Stress para mim é uma doença, nem por isso ela tem sintomas assim, do tipo, você ir num ortopedista e curar ela ou você ir num ... neurologista e curar ela, num gastro e curar...O que você tem é... entendo como uma doença.

## **2.s Já teve alguém com doença na família? Quem ? Com que tipo de doença?**

E1- Olha nasceu uma menina minha... Meu filho teve hepatite todo mês... Na família teve doença mas não é doença grave não.

E2- Só eu que sempre estou com a pressão alta. Só! Qualquer coisa a gente não vai assim no médico quase.

E3- Eu sofri acesso, ataque muitos anos. Já era uma doença grave... Eu andava ali para morrer. Eu morria e ressuscitava. Me dava uns ataques muito feio, mas agora graças a Deus eu “tô” curada e o meu marido deu meningite, faz dois anos. Agora veio começo de derrame, tudo isso é complicação pra gente...

E4- Bom eu posso citar meu filho que... o caçula que hoje está com quatorze anos.

Quando ele nasceu, ele teve assim, uma febre muito... Muito grande. Eu procurei o médico... Quando ele nasceu, assim depois de vinte dias de nascido manifestou essa doença nele e eu só consegui controlar quando ele tinha oito meses. E dava... ele ficou assim tão magrinho, assim. Que ele ficou, assim, quase que com a pele grudada nos ossos e daí eu levei ele até numa junta de médicos, de oito médicos, e não conseguiram nada. Eles não conseguiram descobrir o quê ele tinha e aí depois uma pediatra, aí de Cascavel... que detectou o que ele tinha, daí ela deu o remédio e foi assim.

E5- Teve, eu passei também malária....Passei oito vezes... e a minha patroa passou tempo durante... 20 anos passamos só gastando com ela. Desde a primeira criança que nasceu.... Durante vinte anos só médico, só medico. Depois daí então....Faz uns dez anos para cá, graça a Deus, que diminuiu um pouco a doença, agora depois eu peguei Hasen...Melhor, ela não está bem boa ainda sabe, não está boa... tô doente, porque 1998, o médico me deu alta porque eu estava bom. Repetiu todos os exames. Só que ficou a seqüela. A seqüela não me deixa trabalhar. Não tem como trabalhar...Hoje eu trato da seqüela... Só que o médico me falou que vai uns seis ou sete anos ainda.

E6- Esse daqui (o filho de dois anos) só teve uma alergia quando era bem novinho... Isso só que foi...não foi grave não

E7- Não, só gripe.... Já, como no caso me deu tipo daquela malária... Que dá daquela febre, de eu me cobrir assim... de ferver assim... o quê eu tomo sempre quando me dá isso é o chá da folha de laranja que é bom. Aquele é bom...ele tira na hora.É ... com tremor, esse aí já faz uma base de ...45 anos que me deu isso aí, me deu duas vezes aí terminou. E agora esses dias me deu de novo, até eu ia pro serviço e a mulher não queria que eu fosse, mas que nada, eu tomei o chá e fui... daí ela levou mais um chá, lá, de folha de laranja...

E8- Tipo de doença...Tinha eu que tinha problema...De cabeça quando era mais nova, mas que fez um bom tratamento e melhorei...Problema de útero... Sempre dava “esmorragia”... Problema de cabeça sempre tive uns tempo... Dava acesso, aí foi feito bastante tratamento e melhorei. Já fiz até “gastemo” bastante com ele, mas é isso.

E9- Tinha o (--) O meu marido. É tinha tumor no cérebro, dois tumor. Aí tinha um tumor na mão, acho que era a única doença que é grave... Que fez duas cirurgias na cabeça, e daí o resto tudo é doencinha passageira. Fez... Três cirurgia...Duas na cabeça e uma na mão.

E10- Lá em casa a minha mãe que é hipertensa de vez em quando dá uns “piripaque” por causa da idade... dá uns desmaios. Tem a minha irmã que é deficiente mental... Toma remédio controlado... É depressiva.... Daí teve meu pai que com problema cardíaco... Morreu de problema cardíaco... e um sobrinho meu que... agora ele já está grande... Com treze anos, quando ele era mais novinho ele tinha.... já nasceu com um problema de infecção intestinal... Daí deu um trabalho danado... Por causa da infecção. Ele já pegou essa infecção, eu acho que... a mãe dele tinha essa infecção de bexiga... Teve que ficar internada, teve ameaça de aborto...E daí ele já nasceu com aquela infecção... ele nasceu, só chorava dia e noite assim...Até que a gente levou e descobriu que ele tinha infecção... Aí tinha que cuidar muito da alimentação, qualquer coisinha já fazia mal. Até um ano de idade sempre foi assim... Tá louco sempre no hospital...Procurando médico, mas depois que curou aquela infecção....Não teve mais problema nenhum.

E12- Diabete tem meu vô, minha vó também tem... É a única coisa... Meu pai tem pressão alta também, de vez em quando.... É... Controla com chá caseiro sem precisar tomar medicamento.

E13- Bom, eu tinha meu avô... Que era doente, era um canceroso e... Ele acabou morrendo devido da doença... Ele fez muitos tratamentos e tudo mas...não respondeu.

E14- Ah, na minha família nunca teve, assim... O único problema é meu marido que tem alergia, assim, agora já foi tratado...E já tá praticamente bom... Ele evita tudo que transmite alergia pra ele... E ... ele fez o teste alérgico e tudo que transmite a alergia a gente evita e só.

E15- Tive sim, inclusive a minha mulher. Ela teve problemas, esteve internada em Curitiba... Há dez, doze anos, fez uma cirurgia... cabeça... Onde estive no hospital das Clínicas em Curitiba, ficou internada lá...É e em Cascavel também, fez cirurgias em hospitais em Cascavel, eu nunca ocupei isso, mas a minha mulher teve que ocupar.

E16- Oia eu, a minha esposa eu passei só nove anos de cadeira de roda com ela...Que morreu eu passei nove anos de cadeira de roda com ela.... foi nove anos de cadeira de rodas. Você vê, foi seis derrames... E ficou sem fala dois anos e meio. Eu sofri para cuidar e tudo... Porque não é fácil, você vê... É. A gente já sabe o quê que é sofrer, não é fácil...

E17- Olha da minha família assim... nada sério... O meu sobrinho que tinha um... Problema de adenoíde que acho que é comum, um que tinha assim, um problema de sopro

de coração lá, aquelas coisas... mas que foi sanado já quando criança mesmo... Tipo a minha vó... mãe do meu pai, que ela tinha um problema sério, deu derrame, deu várias vezes... Assim, os mais chegados. Meu vô que morreu com uns trinta e oito quarenta anos e ninguém sabe do quê que morreu, acho que era do coração também, não tenho certeza. Mas no mais assim, problema de câncer, essas coisas assim, nada.

**2.s. Tem alguém com doença na família? Quem ? Com o quê ?**

E1- Não agora não tem. O probleminha que tinha era eu mesmo que agora venho consultar...É pouca coisa por enquanto.

E2- Não, em casa não.

E3- Não doença grave, não ninguém tem. Só que deu esse problema no meu marido... Só de doença, mas...É problema de ficar... deficiente ninguém, graças a Deus... Ninguém. Só que deu essas doenças esses problemas... Esse derrame já é um...É um problema gravíssimo... A gente tem muito cuidado com isso aí, porque é perigoso... Sujeito a voltar de repente... É só isso mesmo, os nossos problemas é esses aí, só que já complica bastante...

E4- Não, no momento não tem não.

E5- Fora eu? A mulher que não anda muito boa, que nem eu falei aqui hoje. Aí, o resto está tudo mais ou menos.

E6- Não.

E7- Não nenhum... Bom, tem a [---] é casada e ela mora lá perto de Curitiba... é filha. Então ela sai uns negócios no braço assim... Dela, que dizem que é da carne do tatu... Quando a mulher tá grávida...Então saía aquelas manchas no braço dela... E foi pro médico, bateram chapa, fizeram do sangue, e nada deu... agora sarou, até ela ia se aposentar mode disso, mas agora... É não deu mais, não sei se é por causa do lugar, porque lá a terra é areia... Aí terminou...

E8- Da minha casa? Só o menino meu que tá com essa fimose, os outros... tudo com saúde

E9- Só ele...O marido.

E10- A minha mãe que é hipertensa...E a minha irmã que tem doença mental.

E12- Doença? Só esses que eu citei...[o avô a avó e o pai].. no mais não.

E13- ...no momento, até dizer doença, doença, não tem ninguém... Mas a minha sogra fez uns exames e ela tinha um problema no útero... Mas ela está em tratamento e está respondendo bem.

E14- Não tem.

E15- Não, assim grave, não. Temos assim, algumas ocorrências alguns casos que corriqueiros, que não sejam ser agravantes... Que depende exatamente do médico sim, depende, mas não é casos assim de alarme.

E16- Olha hoje não tem ninguém. É só eu e ela, que nem você tá falando. Mas hoje não... É que estamos em tratamento, né? Mas os outros não... É pressão alta

E17- ...Hipertensão, que nem, na minha família tem muito... Esse de doença você quer saber também?... o meu tio que tava ontem lá, ele é hipertenso, a minha mãe toma remédio para hipertensão, minha vó toma, a maioria dos meus tios tomam remédio para hipertensão. Na minha casa, dos meus irmãos, não tem ninguém ainda. Eu acho assim que o mais comum mesmo é hipertensão... Minha vó que mora, tipo, há um certo tempo conosco, ela tem problema do coração mas acho que é por causa da idade também. É um problema sério, ela já está com oitenta e nove anos... Então ela toma alguma coisa para o coração por causa da idade, mas nada assim... a minha mãe teve depressão, ela faz tratamento até hoje, faz uns sete anos que ela teve uma crise de depressão enorme, enorme, e a gente já não sabia mais o que fazer, que nem, ela toma medicamento até hoje para depressão. Mas é normal isso aí de doença... Tipo assim, tem o meu padrasto... Ele tem câncer. Não faz parte da família assim, de sangue, mas faz parte e daí ele tem câncer de próstata. Tá fazendo- O que? Desde novembro ele tá fazendo quimioterapia... Faz em Cascavel, mas tá assim, normal... o único problema, a gente percebeu que ele emagreceu um monte e tá perdendo o cabelo. Acho que é por causa dos medicamentos da quimioterapia...

### **O que se deve fazer para manter a saúde?**

E1- Tem que Ter o cuidado... Desde trabalhando no sol quente, deve prejudicar a saúde. A gente trabalha na roça não dá para conservar bem como precisa. Acho que o sol quente prejudica.

E2- Sei lá...Cuidar da limpeza e tudo... Eu acho não sei...

E3- Tem que prevenir, ir no médico seguido...Se prevenindo, mantendo o tratamento

acho que é importante.

E4- Eu acho que primeiro é uma boa alimentação... É essencial. Uma boa alimentação, a higiene, são primordiais... a higiene também... Do corpo, das roupas, da casa, de tudo...

E5- Eu acho que tem que ter limpeza na casa e se cuidar e tomar o medicamentos certo...É, se cuidar não contribuir para muito lixo. Se haver muito lixeiro, lixo, isso aí faz evoluir doença....Fato e se cuidar, se tiver alguma doença tratar cedo... pois se demora ....Que nem eu, o quê aconteceu para mim... Qual o problema que eu fiquei doente, eu fiz algum exame, algum exame foi feito e nunca me acharam nada. Só porque eu falei que eu ...pro médico, que eu tomei pinga desse tamaninho assim num copo[ mostrando o tamanho com as mãos] e ficava bêbado, bêbado, bêbado, tomava um copo de cerveja mudava a voz e era outra pessoa . Aí por causa daquilo ele me mandou fazer exame e deu certo... Eu tomava um copo de cerveja eu ficava outra pessoa virada, mudava a voz e virava tudo.

E6- Ter muita higiene e se tratar... Fazer exames todo mês ou se puder toda semana... Eu acho...fazer exame e ter bastante higiene.

E7- Oia, isso aí... a gente tem que... ver o remédio que nem os antigos, no caso...Porque as doenças de agora num é que nem antigamente mas... as raízes do mato tem muito remédio bom... Então a gente tem que procurar um curador... Que dá um remédio... que nem as pessoas de antigamente usavam, porque antigamente veja a saúde que as pessoas tinham... Porque não tinha médico, não tinha nada e viviam um pessoal...tranquilo... Que nem esse mosquito da dengue... Esse mosquito da dengue... Eu tô achando que é uma comida esse negócio de dá febre nas pessoas aí, que nem deu em mim. É uma comida. Eu comi duas colheres de doce feito de... feito de pêra parece, é , é de pêra, que me deu isso aí...Eu desconfio....ali passado duas horas, mais ou menos que eu comi. Eu me senti isso aí, me tremia o corpo assim... aquela febre, você punha a mão assim e ....eu sentia frio... punha a mão e era aquele calor.

E8- Ah, eu acho que uma boa alimentação... Remédio que dê certo... pega bem... Uma boa higiene... cuidar bem do tratamento... Boa alimentação, higiene, uma limpeza boa... Todo mundo tem que fazer... Limpeza o maior tratamento da gente tem que ser uma limpeza... Dentro da casa, porque acho que o que deixa a gente doente é a sujeira... tirar a sujeira, bem limpo em volta da casa... E a roupa bem limpa, isso é a higiene, cuidar da saúde, né?

E9- Ah, eu nem sei porque ele era um homem [o marido] era saudável, nunca nem em posto, nunca ia consultar, quando atacou, sei lá o quê deve fazer...Ele era um homem saudável que, tá louco! Então sei lá o quê que...O quê que tem que fazer. Porque veio...Ele começou assim de noite pro dia, começou assim... começou a não enxergar , não enxergar... Ia pro “ocologista” e não acharam, sei lá o quê que tem que fazer. Porque muitas coisas você não evita... Que nem ele, que estava bom... De certo já tinha... Com certeza, mas quando... apareceu.... fazia exame e dava cem por cento de visão. Daí não trabalhava só tinha sono e ele era um homem que sempre trabalhou... na roça. Ele trabalhava junto com os irmãos dele. Daí começou a não enxergar, não enxergar...Ele passava, tu passava aqui e ele não te conhecia. Daí ele começava ia nos “ocologista”, Dr.[---]... Que é bom “ocologista”, tudo, Dr.[---], daí mudava ia num no outro, ninguém sabia, daí Dr [---]... que descobriu. Ele tinha tumor no cérebro... Entro os nervos “néticos”, aonde que quando o tumor inchava prendia a visão... [hoje] Enxerga, mas ficou com bastante seqüela...Fez . três [cirurgias], duas na cabeça e uma no braço.

E10- Prá manter a saúde... Eu acho que... sei lá... Tinha que ser a sociedade, todo mundo...Porque de repente a saúde física você cuida...Eu não sei, hoje em dia é muito difícil você ter saúde completamente... Porque a situação do País do mundo... Muita violência, muita miséria, muita fome... Tudo são coisas que assim...preocupam...que...deixam a gente triste... Depressivo... Há muita depressão hoje em dia, a gente vê tanta coisa assim... É difícil que é uma coisa mais de cuidar... Se não tiver uma... uma alimentação boa e tudo... Eu acho difícil...Hoje em dia é difícil... Nem todo mundo consegue...É. Do mundo... Das coisas...O quê que acontece hoje. Tem tanta poluição...Tem tanta coisa assim...que por mais que você queira...Os alimentos hoje em dia... Tudo que produz é com agrotóxico... Senão não produz, é...Químico, é...a carne mesmo é uma coisa que... o frango para ele ser...para você criar um frango de aviário lá ... Aqueles lá vai antibiótico em quantia....Pra ele crescer, senão ele não cresce, ele morre... Tinha que ser uma coisa assim mais natural...

E12- Para manter.... cuidado... Cuidado na comida...Porque se a gente comer... Não comendo muito sal... Colocando pouco sal não vai ter problema de pressão... dificilmente vai ter... É cuidado com a alimentação... ser bem limpo, bem tratado. Higiene também... Com comida, pessoal também...

E13-... Para manter a saúde você tem que se cuidar bem...se você vai no médico você

tem que fazer um tratamento certo, tem que tomar os remédios na hora certa que tem que tomar e tem que levar a risca tudo aquilo que o médico orientar para você. É seguir o tratamento médico.

E14- ...Eu acho que é tomar os cuidados... tomar os cuidados é você prevenir... Tendo higiene, tendo conscientização do que... usar camisinha nas relações, quando é fora ...você tem mais de um parceiro, é orientar os filhos ...Evitar certas ,certos produtos alimentícios que provoca cárie, .tudo isso conta...

E15- Um bom padrão de vida... Ajuda muito... tendo os requisitos mínimos de uma sobrevivência com a família...Uma casa razoável onde morar, um trabalho com dignidade para trabalhar e um salário com dignidade para comprar os alimentos necessários, inclusive o medicamento. Porque... Os postos de saúde fornecem alguns medicamentos, até que o nosso posto de Cascavel está fornecendo alguns medicamentos, é... Básico mas fornece, mas quando uma família ela contrai uma doença mais grave, medicamentos de maiores valores a gente tem que adquirir por conta. Então, eu acho que o padrão de vida da família ele ajuda a evitar a doença, inclusive quando ele tem um estado psicológico bom... É o padrão de vida, o sistema de vida que este padrão vai levar com ele ajuda muito. Porque quando a família, ela está, no desemprego ou aqui no meio rural, sem um ganho ou um poder aquisitivo razoável para poder adquirir os produtos básicos da sobrevivência e o chefe da família não tem aquela harmonia e nem os outros membros da família, ele começa desagregar inclusive a sua saúde, isso dá muito hoje. A baixa renda que vive a nossa gente do interior...Muitos casos sim e quando a pessoa se obriga a trabalhar sem condições físicas. Ele tem que trabalhar e isso vai se agravando. As vezes não tendo condições de fazer um tratamento mais rápido, quando aparece o sintoma... E isso vai as vezes agravando a situação... nós temos hoje a medicina muito avançada. O grande problema é chegar nessa medicina nossa. É muito lento para a população mais carente.

E16- Oia, pra manter a saúde a gente precisa de... como se diz? Um capricho em tudo... Como já nós já tavamos falando antes em comida. Tem que regular a comida, bem menos.. Não comer de noite, bem pouco... Um alimento leviano...É no tipo de alimento, na quantidade e tipo de alimento e ser mais... mais leve, já dorme bem mais sossegado... Não dá a pressão alta também tanto...seria a alimentação também. Porque a alimentação também prejudica muitas coisas. Porque você pode ver “toxica” o fígado... Por exemplo, se você se alimenta de mais pesado daí “toxica” o fígado. Daí o cara vai : Ah, mais não sei o



que...mas as vezes é muita exageração na comida também. Daí o cara: Ah, mas é porque eu tava com fome, mas come menos e come mais vezes porque não faz mal. Porque se você “carrega” demais o estômago e você pode ver que faz mal... Tudo quanto é coisa faz mal, na bebida é a mesma coisa... Então como te dizendo aqui, mas as vezes é demais a comida também.

E17- Olha ao meu ver a primeira coisa é... essencial, é a higiene. Quanto mais você tiver a casa limpa, essas coisas, roupa limpa, alimentação bem preparada... Cuidado com o lixo, essas coisas. Deixar a casa bem arejada, no inverno por causa da meningite, no verão ter a casa aberta também para circular o ar dentro dessas coisas. Eu acho que um pouco é por aí... Principalmente, eu acho que no inverno... Porque a gente tem mania de deixar tudo fechado... O ar não circula e a gente fica mais propenso à gripe, à pneumonia, e a tudo... A doença para mim está relacionado com a higiene que vem junto com a educação. Se a pessoa não tiver uma educação, não precisa ser um nível de quinta oitava, basta ter uma educação básica, de pouco. Manter a casa limpa, manter a casa arejada, aquela coisa assim, como preparar bem o alimento, o que fazer com o lixo essas coisas....A Educação...de como saber tratar o lixo, como saber fazer uma comida adequadamente, como saber limpar a casa, aquela coisa assim. Não adianta você ir lá varrer toda a parede da casa, varrer o chão e não limpar os móveis, não lavar o cobertor da cama...a cada dois ou três meses que seja...a criança vai ter problema de rinite, ter problema de alergia ou alguma coisa assim.

### **3.s. O que você costuma fazer, para você ou outra pessoa da família, para cuidar da saúde ou prevenir as doenças?**

E1- ...Não comer tal coisa que faz mal, não ir no sol quente, não brincar no rio que a água pode fazer mal. Agora que não é criança já pode se cuidar...

E2- Não sei ... Eu não sei explicar assim

E3- ... se manter sempre limpo e cuidado. Tomar sempre algum remédio... remédio caseiro. O remédio combate bastante... chá caseiro... tem muito chá que é bom.

E4- Eu costumo sempre... Lavar bem os alimentos, verduras também, lavar bem... a roupa, é na manipulação de alimentos também, fazer assim bem caprichado bem limpinho, acho que é essencial...A higiene dos alimentos, se não tiver higiene é por ali que entra as doenças...

E5- Primeira coisa... cuidar ter as mãos limpas... Para lavar todas as coisas para

comer, andar bem limpo...É lavar as mãos, as frutas, as verduras o que seja, o que for, tudo bem lavar, lavar, combater a doença

E6- Orientando...Que venha ao posto, fazer exame, e... Ajudando a cuidar da alimentação, da saúde, da água que seja bem tratada.

E7- É tem que cuidar o remédio caseiro. Eu cuido do remédio caseiro...É sempre, remédio caseiro. Porque o remédio de farmácia, ele é caro e tá muito... eles trazem muito... sujeira no remédio... O remédio caseiro é bom... Que nem a Melhoral de antigamente era boa... vinha um remédio bom. Que nem eu, me doía a cabeça eu tomava um e pronto acabou-se... a “meopatia” ... terminou...Aquilo ali, dava uma febre na pessoa assim, faz o número 1...como se diz... É homeopatia, o número um, a febre corta na hora. Então, no caso terminou tudo...Aqueles remédios antigos não vem mais. Então acabou-se... Tem aquele comprimido que vem aí e a gente toma, para uma dor de cabeça, a gente toma e fica com a mesma dor de cabeça...Já o Melhoral de antigamente a gente tomava um e aquilo era pra já que saía com a dor de cabeça e agora ...toma duas, três, quatro, cinco comprimido e não resolve nada... Não vê melhora.

E8- Ah, eu sempre ajudo...Falo que tem que se cuidar...Tem que tomar os remédios direito, ir no médico, sempre que um vai dar um conselho escutar. Só assim eu ajudo, ajudo que eu sempre falo...Falando que os outros precisam de mim, que eu tenho um remédio que eu sei que é bom, eu ajudo, assim...

E9-... num deixo tomar água, assim...Qualquer água, comer as “frutas” sem lavar...Essas coisa...Que eu sempre oriento, que já são grande, que a gente não pode tá cuidando...Que já acabou meu tempo de cuidar...Oriento na água, “fruta”, lavar as mãos...Eles foram ensinados. Isso aí eles fazem porque já foram ensinados de pequeno.... Da água, da comida, lavar a alimentação, as mãos, eles fazem já tão tudo moço, mas foram ensinado...E não comer qualquer coisa que assim que acha... Mas a piazada quando vê uma fruta...Primeira coisa é catar e comer...Sempre ensinei eles... Hoje não são mais crianças...Que criança se vê uma coisa lá, vai lá e come... eu ensinei os meus assim, não comer assim verdura mal cozida, porque geralmente é eu que faço mas quando eu não tô que nem agora tô assim doente, era eles...Fazem a comida...

E10- O quê que eu costume fazer...É sempre estar... em paz e harmonia em casa... É difícil... a gente sempre vem no posto...A minha mãe tomar remédio para hipertensão e eu sempre tenho que estar ajudando senão não toma direito...A minha irmã também eu tenho

que todo dia dar o remédio pra ela senão ela não toma...

E13- ...A gente tenta que se cuidar e...Andar sempre bem orientado de tudo e se prevenir de muitas coisas pra acabar não ficando doente ou pegar alguma doença ou qualquer coisa assim.

E12- Prevenir ?... Ah, orientar...Tomar os devidos cuidados pra num ficar doente...pra...tomar cuidado.

E14- Orientar e tomar precauções...Higiene...é, evitar ter contato...com o que pode fazer mal...

E15-... A prevenção, ela parte de um sistema de vida, agora tem que ter cuidado desde a alimentação...Em todos os sentidos até do trabalho, tendo o trabalho. A alimentação, a bebida... Só acho que tem a parte da higiene...Ela ajuda até afastar um pouco... A higiene é um fator. Um fator muito importante...Quando a família... ela tem. Por isso que aí começa. Se a família ela tem um poder econômico um pouco melhor ela passa a ter uma assistência à higiene ainda melhor. Porque tem condições de adquirir. Porque o que ocorre quando uma família, ela não tem condições de melhorar o seu lar, o seu o estabelecimento, a sua instalação sanitária, eu acho que com consequência disso ela não está melhorando o seu padrão de vida... Então esta questão da higiene eu vejo que está ligado, ligado a questão inclusive, não digo cultural, porque eu não vejo assim. Essa palavra cultural, quando a pessoa não tem poder aquisitivo, não é questão cultural. Pode ser até um pouco uma de orientação...Por falta de conhecimento, agora quando a pessoa tem condições financeiras o conhecimento ela adquire com mais facilidade e isso que tá... Tá acontecendo com a maioria do povo do nosso interior, se descapitalizando, não quer dizer que ele não tenha um padrão de vida razoável. Ele vai manter até que pode. Quando a família, o casal envelhece, que não tem mais condição de trabalhar, uma aposentadoria de cento e cinquenta reais a partir, pra frente... agora ainda não é ainda não é...E ele não tem mais condição de melhorar a sua casa, o seu terreiro, a sua instalação sanitária, enfim, o seu estábulo onde estão os seus animais. Aquilo vai depredando, ele ajuda também a facilitar a doença... Não quer dizer que seja tudo. Ele é mais propício como a família, a pessoa não tem mais condição de trabalhar, a casa está se depredando, os galpões também, o estábulo onde estão das vacas também. A renda só dá pra comer e mal e mal para comprar os medicamentos. Ele não tem mais condições de melhorar a propriedade e ela vai depredando. E isso não é só na questão rural, é na questão urbana também, na grande

periferia, talvez com mais gravidade ainda. Porque lá a questão da higiene é muito mais grave, porque a população está muito mais amontoadada... Então, eu vejo que a questão financeira é o ponto crucial da questão da higiene e a higiene o ponto crucial da questão da saúde.

E16- Pra prevenir a doença...para cuidar da saúde, muitos como diz, a gente não pode fazer.... Extravagância das coisas, de nada, de bebida essas coisas a gente não pode alterar como a gente já tava falando antes...Daí a gente cuida da saúde também. Se cuidar também, não se molhar muito e não sair muito no molhado ou muito sai de pé no chão, muito no molhado...É não sair na terra, no molhado, nesses dias de molhado, que chuva ...Porque daí provoca muita gripe, bronquite tudo dá...Se você não cuidar e não ir bem calçado...Só provoca doença...Isso também é um lugar que a gente tem que se cuidar muito...Porque isso provoca muitas coisas, pode provocar até verme e essas coisas tudo. Provoca doença, provoca amarelão, provoca tudo...

E17-...A alimentação, mas tipo assim, almoço mesmo, apesar de que eu sou meio relapsa, mas é uma coisa assim...Comigo eu não tenho muito cuidado, mas já com a minha mãe, por exemplo, com meus irmãos eu já sou muito preocupada. A minha mãe eu faço ela ir assim, qualquer probleminha eu já ela vai no médico. Faço fazer o tratamento, faço tomar o remédio direitinho, sempre verifico os remédios dela, apesar de que ela é super nova assim...Se tá faltando, se não tá, me preocupo em mandar... Ver com o médico... Indicar, tipo assim...Comer comida também. Meus irmãos também, qualquer coisa que precisa, tento se consigo lá Posto, se não consigo, consigo em um outro posto ou alguma coisa assim. Então eu sou mais preocupada com eles que comigo....Então com eles eu me preocupo mais assim na área de médico mesmo...E comigo assim, a alimentação mesmo, a higiene também. Quem conhecer a minha casa é tudo assim organizadinho, é limpinha. Acho que é isso.

#### **4.O que se deve fazer para evitar doenças?**

E1- Acho que o lixo em volta da casa tem que cuidar. Cuidar da alimentação, Ter capricho, cuidar...

E2- Não sei o que eu vou explicar?... Não sei...

E3- Para evitar é difícil...A doença, ela vem não tem o quê evitar. A gente vem no médico... quando a gente vê já vem a doença...

E4- ... Eu acho que deve ter cuidado...Cuidado na alimentação, na higiene. Não fazer exagero, não extrapolar, que nem com bebida de álcool, cigarro...que nem o álcool mesmo, um pouquinho até é bom... mas o cigarro nem um pouquinho é bom.

E5- ...Para evitar eu acho que deve ser sempre limpo

E6- Mantendo, acho que tudo bem limpo e...cuidando...Fazendo algum exames para ver se as vezes não tem algum começo... Para evitar...Que se esteja comece.

E7-... essas doenças demais no povo....Eu tô achando que é esses negócio de granja passar veneno... passar veneno nas plantas ... Porque a senhora não come uma verdura hoje em dia sem veneno... eu planto as minhas plantas. Agora mesmo plantei um feijão ali... Eu ...desci encomenda ali, e foi daí o meu amigo falou: Olha tem que passar veneno. Eu digo eu não passo veneno.... eu mando eles saírem...Os bichinhos saírem e deixa a planta pra mim. Então vai dá um pouco de feijão ali para mim...Mas eu não passo veneno... eu proseio com eles e eles saem... Eu mando eles saírem ... eles me entendem.

E8- ... cuidar mais da... Falar com o marido não sair... Não andar pelas ruas com outra. Porque eu acho que traz mais doenças prá dentro de casa é o marido... Ser sem vergonha e... andar com cada lixo que acha na rua e... falar prá mocinhas...Que se cuide. Porque tá vendo esse negócio da AIDS como que tá matando.... No mais é isso... Aconselho...se ouve, ouve... Mas tô aconselhando.

E9- É lavar as mãos, comer comida limpa, essas coisas...A higiene...Primeiro lugar acho que muitas doenças é evitada por ali... Muitas vezes é só isso...Porque outros, você não.... Você não evita....Algumas você não evita, vai evitar como?

E10- A gente cuidar...Higiene...Tentar se alimentar bem... E tentar se manter calmo, vê tanta complicação no mundo ...A higiene... Envolve tanta coisa...Desde a alimentação... cuidados com a alimentação...As coisas serem lavadas... Higiene do corpo... Higiene bucal... Envolve tudo a higiene... Alimentação tem que ser bem cuidada, ser bem lavada ainda mais agora... Com tanta coisa, pra se comer um tomate tem que se lavar muito bem ou até mesmo descascar .... Das contaminações das bactérias porque tem ... Tudo tem que... eu acho tem que ser cuidado, muito bem feito...

E12- ...Ter cuidado ... Com medicamentos, com comida.... Sempre ver o remédio que vai tomar...Sempre com receita do médico, não tomar remédio por conta...

E13-... Bom tem doença que não dá de evitar...Tem coisas que acontece...Procurar

sempre se tratar...Sempre dá uma visita no médico de vez em quando...Uma vez por ano ou coisa assim pra prevenir... É pra que não tenha nenhuma doença...

E14- ... ter higiene, ter cuidados de não entrar em contato com coisas que podem trazer a doença... Com aquilo que pode provocar a doença...

E15- ... Eu acho que tem que procurar fazer isso que a gente já tem colocado. É a coisa começa pela vivência, uma vivência da melhor forma possível...Para isso tem que ter a questão do poder, um princípio. Um princípio básico... E tem que ter também, uma questão de compreensão... Nós temos parece que formado cada um com a cabeça que pensa de uma forma... a gente tem algumas orientações públicas sobre... Eu vejo da seguinte forma, a orientação ela é importantíssima, mas eu acho os poderes públicos tem que começar a estar aqui na prática... Porque a palestra seria importante para clarear a minha mente... a informação, mas se eu tiver em uma casa depredada que eu não tenho condição de melhorar e toda a instalação sanitária não tenho condição de melhorar. A palestra vai me colocar numa situação, na parede mais ainda . Porque eu sei que tenho que melhorar e não consigo... Isso não quer que seria contra a informação, ela é muito útil para as pessoas, sempre, sempre... Mas esta informação ela tem que estar amparada por uma questão de condições financeiras... Para que a família possa melhorar a sua condição de vida... Porque se a gente analisar um outro lado da saúde também, as orientações que o agricultor recebe sobre as melhorias da propriedade que é necessário, que tem que fazer isso e aquilo e aquilo... Na teoria ela é bonita, mas se eu na prática não posso fazer nada... E não tem um órgão, uma organização que me empreste dinheiro, com prazo longo, que eu possa pegar esse dinheiro orientado por um técnico para mim fazer uso.... a situação do cidadão, da família vai ser cada vez pior...Então eu acho que a orientação por palestra, ela é importantíssima. Numa escola com os adolescente só se fala e dá o material, se aprende, ... Agora quando a pessoa adulta, quanto ao sistema de vida a orientação, ela é importante, mas ela tem que estar amparada também por parte dos poderes constituídos e como forma de ajudar a família a sair desta situação... promover uma outra forma. Porque eu sei que eu tenho que mudar a minha vida para melhorar esta situação. Eu sei que tenho que mudar ela, transformar minha propriedade, mas eu não tenho condição financeira. E como está indo a marcha, a pessoa não vê uma luz que vai poder mudar o ano que vem. Então é... Tem casos que são preocupantes, que a família deficiente não sai dessa realidade, a não ser quando vem um filho que está com melhores condições e ajuda o pai a sair dessa realidade.

E16- Agora tem muitos....projetos de evitar também as doenças... Fazer tratamento de chá de casa também. A gente...tomar sempre, você...Os chás caseiros, o limão, o mel com o limão também. Ele evita muitas doenças, ele retira muitas... Daí você vê evita também de dar “ pontada pneumonia”...É tudo essas coisas, evita-se , tem, mas tem que... não dá de relaxar, no lugar de água você pode fazer e tomar. Se tu toma um litro de água, toma só um pouquinho e toma um pouco daquele remédio, como nós tem lá sempre que precisa, eu e a mulher. Então você toma um pouco daquele e já evita muita doença. Oia, eu depois que comecei com isso aí gripe já não me deu mais quase. Eu uso limão e mel...E uma colher de mel todo dia quando nós levanta em desjejum. É o melhor remédio, pra bronquite e tudo... É o melhor remédio, corta gripe e tudo que é danado. Eu não tomei injeção, falaram que é para tomar a injeção de velho e gripe. Eu digo: eu quero é nada de injeção....Vacina meu, faço eu o meu remédio em casa... Só remédio caseiro

E17-.... Olha como eu trabalho no posto lá eu vejo assim a primeira coisa a vacina... A assistência... tanto é que eu brigo, brigo, pego no pé, daí a gente montou um esquema lá de vacina nos dias tá... Eu acho que é prevenção. Eu vejo assim que tá... Pra esses é a prevenção mesmo, como eu já falei antes. Com a vacina é prevenção, então tem que vacinar o que tem vacina lá, a febre amarela, é tétano não só para a criança...Mas tem que vacinar, eu falei. Tem a prevenção também de hábitos, de higiene, de cuidados, de alimentação, é aonde inclui tudo... Eu acho que agora me lembrei de mais alguma coisa. Não é só isso também, eu acho assim, que o dinheiro conta muito para uma pessoa ter saúde se não ela não consegue também viver. Ter saúde se ela não consegue comprar, se ela não tem dinheiro para comprar uma boa alimentação, se ela não tem dinheiro para comprar o remédio que o médico receitou. Então uma pessoa para ela está bem de saúde, ela tem que estar bem e estar ganhando ainda, porque uma boa educação e uma boa higiene ela não está bem financeiramente. Senão ela não vai conseguir estar bem de saúde. Daí vem stress, vem depressão, vem... Não posso dar isso para o meu filho, não posso dar aquilo outro, porque não tenho dinheiro. Então eu acho que o fator financeiro também conta pra ter saúde.... as condições, como uma alimentação mais adequada mias eficiente para a criança principalmente. Para ela poder Ter o direito dela ir até um bar comprar um doce. Poder comprar alguma coisa diferente, um leite, uma vitamina, um iogurte. Porque eu acho que o financeiro também conta pra ter saúde.

#### **4.s. Como acha que as pessoas ficam doentes?**

E1- Depende do feito que se cuida. Às vezes não se cuida bem na alimentação. O lixo, o lixo perto da casa. O banheiro mesmo, tem que ter cuidado.

E2- Não sei também, porque se a gente sabia a gente não ficava doente...Evitava para não ficar doente...

E3-... Seria uma coisa eu acho por vez.... Porque...Tem gente que nunca fica doente e tem gente que vive doente...Eu não sei como que vou dizer para evitar...Tem gente que vive doente e tem gente que é sadia, que não tem nada, nunca tem problema nenhum. Então não é tudo que tem... Que é doente...Que nem a mulher ali falou, eles não ocupam quase médico. É uma graça de Deus...Porque tem gente que sofre muito...Com doença e gasta...Gasta, além de sofrer tu gasta.

E4-...É eu acho que é justamente isso, é o exagero muitas vezes do álcool, do fumo a falta de higiene, é por aí...

E5- É porque eu acho que eles facilitam muito... Muita sujeira. Come sem lavar as mãos... não se cuidam...

E6-... eles não se cuidando, é claro que vão ficar doentes...Não tendo acompanhamento médico, não tendo uma higiene, com toda certeza eles vão ficar... vão ficar doentes.

E7- Isso aí é mesmo o vento que traz, que vai derrubando o pessoal... É o vento que traz as doenças. Porque não sei se assistiu o “ratinho”[programa de TV]...Diz que o veneno prejudica 30 Km ao redor. Então, vamos supor, eles passam o veneno ali... Prejudica todo mundo... É com o veneno. Que nem lá no BNH, lá...Para a senhora ver a valeta é para... no barranco ele dá mais de metro de altura. Quando dá uma chuva no verão, que dá aquela chuvona assim que esquento o sol, a senhora sai ali... no... a senhora sente aquele cheiro do veneno, da terra... Sai da terra... E a senhora veja já cavucaram para parear...é mais de um metro já... e ainda tem o cheiro de veneno....

E8- Fumar, esses moços que fumam... Moços que bebe demais. Outros que não cuida da alimentação, só pensam em beber e “fuzarquear”... andar com mulherada... Fuma demais....e anda com droga. Isso que eu acho.

E9- Aí, tem muitos meios... Tem uns que põem na cabeça que tão doente e fica



doente... Tem que fazer o quê... Neurótica, mas sei lá como que eu acho... Sei lá... Eu já no meu caso, eu já não fico doente porque eu não penso em nada... Que tem gente que diz que tá doente e fica... Mas eu como não gosto de doença eu já nem penso mais... Sei lá tem tantos meios... Tem muitos tipos de pessoas também... Tem umas que diz que tá doente e tá! Num tá... É fica doente e nem está, sei lá tem muitos tipos de pessoas...Conforme a cabeça da pessoa. Tem outras que são doentes que...Facilita ela ficar doente...Porque tu pensa, né? ... Às vezes eu vejo tanta coisa e num... nem é tanto.... tem gente que tu conversa...As vezes nem é tanto, faz um bicho... Está bem sadiazinha, passeia, come bem, dorme bem... Porque o doente que é doente... Tu já vê...Porque, o meu marido não tem ânimo, ele num sai ... num tem ânimo... De ir na casa de um vizinho, nada, ele num... ele nada... Direto em casa, sai só por precisão, atrás de médico, senão nem sai... então já é...

E10- ... a pessoa tem que tentar...Fazer o quê pode o que não pode... Tem muitos meios de ficar... A poluição...O ambiente em que vive... Como no Rio de Janeiro tem muita... Muita violência... A pessoa fica depressiva... Tem o problema financeiro... Hoje em dia é o que tem muito... Na minha casa mesmo... É um problema sério, meu irmão tem magistério... minha irmã fez magistério, a que é casada... E mora lá junto, ela não tem emprego e depende... depende de trabalhar e então o que ela está fazendo tá ganhando muito pouco... O meu irmão começa a ter gastrite nervosa... é mais isso... Mas tem as pessoas que... não tem higiene...

E12- .... mais é psicológico. A maior parte...Muitos é... Difícil que teje doente mesmo... Mais é psicológico...põe na cabeça que está doente...

E13- ...isso a gente não pode dizer...Porque doença é coisa que muitas vezes ela vem sozinha e você... não você não tem como evitar para ficar doente, é alguma coisa que não compensa.

E14- ... eu acho que...muitas, muitas doenças vem, às vezes, da própria natureza da pessoa já de, como diz? de familiares, que já tem... já é genético isso, sei lá...E muitas contraem a doença por não tomar cuidado. Por exemplo, como fumante, quem toma bebida de álcool... Ele pode virar um alcoólatra, vem outros problemas de rim, de fígado, e por aí. E a mulher numa gravidez mal cuidada, numa,... aí numa casa , por exemplo, mal ventilada ela vai ter problema de ter um ,uma contaminação... algum vírus, alguma coisa que leve essas doenças...

E15- Olha é difícil, é difícil... Eu acho que são muitos os sintomas e é uma resposta

assim mais científica... O abalo psicológico do cidadão é um ponto que parece... um ponto crucial para que a pessoa ficasse doente. As vezes a pessoa é doente psicologicamente e não é no físico... Então isso é muito ruim... Talvez nem seja todos os casos... Mas algumas eu acho que é. Tem a doença que ela é independente do estado psicológico... Eu até entendo assim, eu acho que elas entram no corpo de uma pessoa, agora o lado psicológico... A gente entende que ela colabora muito, talvez, pra pessoa se abalar e facilitar até a pessoa se achar que seja dente ou se julgar... Porque se a pessoa, por exemplo, tem aí... Tem problema de higiene, em seu sistema de vida, e tá com problema de verminose, isso não é uma questão psicológica ou uma febre amarela ou o mosquito da dengue, que está aí agora... Então, não é uma questão psicológica ... Tem casos que é.

E16- ... Aí depende tem muitos jeitos... As vezes é o destino da pessoa também trazer essa tragédia de ficar doente ... Você vê que daí, se é para você passar esse trecho ali. As vezes você vê ele hoje tá bom, quando ele perceber, amanhã ele tá doente... Mas as vezes é o destino dele passar esse trecho... E daí diz: é eu sou azarado, é isso é aquilo... Mas não é nada disso aí e outro que daí ele tem que fazer numa dessa... Também tem que pensar naquele lá em cima... Porque tem muitos que não pensam... É que não tem só esse negócio de remédio não... O remédio, se você não pensar em Deus e num ter fé, nada vale o remédio, sabia? Porque o remédio que a gente toma em casa também tem que ter fé em Deus, porque aquele é o primeiro remédio, que todo dia antes de deitar e levantar, eu me "joeio" na frente de Nossa Senhora de Aparecidinha de Jesus, faço minha reza tudo e peço para o dia correr bem e tudo e o remédio que eu colher eu vou lá "coie" em nome de Deus, as folhas tudo. Que eu faço, tenho remédio eu dou remédio pra um e outro certo... eu tenho tudo e do mato tudo eu "panho". Eu faço e dou muitos remédios pra turma aí. Que eu faço remédio, eu sei... Claro e daí eu tenho muitos. Depois eu vou te contar... Daí a gente dá esse remédio com fé em Deus e Nossa Senhora, se tu tiver fé, tomou "miorou". Sai já outra pessoa já.

E17- Como elas ficam... Eu acho que... Doença física? De repente são pobres coitados, outra coisa tipo assim... Tem pessoas que são muito preocupadas, qualquer coisa elas estão no médico, já tem pessoas que elas não consultam nunca. Tem pessoas aí... Nós mesmo no posto tem... a gente faz, remaneja o arquivo assim, cada três anos a gente tira aquele que não consulta. Tem pessoas lá que há três anos nunca consultou o médico. Tem quem nem tem ficha no Posto. Então eu acho assim, que de repente é um descuido delas

mesmas procurarem. Eu vejo por mim mesma, porque espera estar bem mal pra você ir. Eu acho que o doente descuidar por não procurar de repente, outras porque elas nunca procuram estar informadas. Tipo assim, Ah, nossa a febre amarela mata ? Mata, mas tem vacina no Posto, mas elas não estão nem aí, não estão preocupadas. Não tem informação se tem ou não tem pra prevenir e também a falta de cuidado com o corpo com a alimentação... eu acho, que a assistência e prevenção também... Porque se você busca informação você está buscando prevenção, pra evitar também, igual eu falei... Tipo no caso o meningite, tem muitos que não sabe que você tem que deixar a janela aberta no inverno por causa da meningite. Não só no inverno como no verão também, mas principalmente no inverno, porque tem mania de deixar tudo fechadinho. Ah, é frio então deixa fechado. Acaba ficando doente por falta de informação. Daí elas mesmas não buscam isso. Eu acho que é um dos fatores: a falta de informação pra prevenir a doença, acho que é em primeiro, depois o ... Tipo assim aquela coisa de consultar pelo menos uma vez por ano daí fazer o preventivo... A situação de vacina, daí tem as mães que não estão nem aí. Isso aí tem as conseqüências.

##### **5. Que tipo de recurso costuma procurar quando tem problemas de saúde?**

E1-...Tem que procurar o doutor, a gente faz o remédio caseiro, mas às vezes não ajuda bem... O posto de saúde... Agora tem muitos que fazem, a pastoral da igreja procura ensinar.

E2- Primeiro é o Posto de saúde

E3- O recurso é ir ao médico... Nós procuramos o posto... Nós que somos mais pobre já procura o posto, porque pagar consulta já é mais difícil.

E4- ... Eu tô procurando agora o posto porque tive esse problema, da minha coluna, mas eu nunca fiquei doente, nunca precisei. Eu tive três vezes internada, porque eu tive três filhos, os três são cesárias. Então são as únicas três vezes que eu tive que procurar um hospital, mas no mais a minha saúde é perfeita.

E5- O posto, né?

E6- O posto de saúde o médico,

E7- Eu procuro o médico sempre... quando me ataca bastante, eu procuro o médico...

E8- Ah, eu procura o médico.

E9- É o SUS... É o Posto... o serviço público

E10- É o posto.

E12- Primeiro eu procuro chá caseiro... daí se não resolve...daí vou pro médico.

E13- Bom a gente procura sempre vir ao médico... E tentar ... sei lá os melhores recursos possíveis.

E14- ... a gente procura ...a medicina... O único meio que a gente procura... é o médico.

E15- ... o Posto de Saúde porque...Tendo em vista que o poder do nosso pequeno agricultor está cada vez mais miserável... E não tem a mínima condição de procurar um médico particular. Tem que ir em busca dos Postos de Saúde, saúde pública... Em primeiro lugar.

E16- A gente o primeiro recurso a gente tenta os remédios em casa... E se não dê em casa a gente vem “precura” o médico... medicação é difícil, mais só os remédios caseiros e agora também já proibiram esses comprimidos e a gente quase num usa comprimido... Então é remédio caseiro que a gente usa mesmo.

E17- Olha os meus problemas graças a Deus nunca foram muito sérios ... vou para o Posto de Saúde mesmo... ando tendo uma dor nas, eu catei, consultei com o médico lá e o médico me pediu exames, aí eu fiz. Daí deu alterado lá, um absurdo de reumatismo. Aí eu não me conformei... Daí eu fui e consultei com um médico aqui[Cascavel] e ela pediu pra mim fazer uns exames e me disse que os primeiros estavam errados, realmente não tinha colesterol, nem tinha taxa de reumatismo. Aí o médico achou que eu tinha problema cardiológico, então eu fui fiz os exames lá, fiz eletro e outros exames, daí viu que eu não tinha nada também. Eu vou, tá com dor eu fui lá, daí não tinha nada e é falta de exercício mesmo...Mas se eu sinto alguma coisa eu vou no Posto de saúde mesmo e o médico de lá que atende.

5.s. Quando você ou alguém da família tem algum problema de saúde qual o cuidado que costumam tomar? Fazem uso de medicamento ou procuram alguém na comunidade para ajudá-los? Fale sobre isso.

E1- a gente sempre procura alguém para ajudar a gente, para ajudar melhor... na comunidade.

E2- Primeiro a gente chama lá no vizinho, primeiro... É, para vê o quê que acha... É saber o quê que a gente faz... Primeiro a vizinha sempre...

E3- Não a gente procura é o médico, é a primeira coisa... Porque o vizinho, ele te ajuda... Mas remédio ele não tem, ele não sabe para o quê que usa, o quê que vai te tratar... Não tem o remédio em casa para combater. A gente procura é o médico.

E4- Eu primeiro procuro já diretamente um médico... porque eu acho que é a via mais certa... Não adianta eu ir na vizinha ou na comadre pedir chá... Acho que tem que procurar o médico, orientação médica... Se você procurar ele vai te orientar direitinho...

E5- A gente procura sempre a [---] aí, que é a nossa...É a funcionária, é ela que... É sempre a primeira pessoa que nós procura. Senão a [---] da farmácia...

E6- Eu procuro o médico já, se a gente já está doente. Vai tomar algum remédio e fazer mal? Daí não adianta... As vezes toma algum remédio e prejudica mais a saúde do que melhorar.

E7- Nós procuramos os da comunidade para ajudar... Porque as vezes nós precisa de um carro... E a pessoa as vezes não tem taxi... Então a gente procura na comunidade para ajudar... Para levar também para o hospital

E8- Eu procuro alguém... Procuro o médico... Prá saber... Sempre venho com a [---]... Essa é a enfermeira melhor que nós temos aí é ela.

E9-... sei assim o problema que tem eu faço, meus remédios... remédios caseiros. primeiro eu faço meus chás, se não der ponto eu procuro. Se não melhorou vai pra frente, se melhorar fica em casa...Quando a gente vê que é pouca coisa... Num que é.... Se vê que é grave...mas... Os meus graças a Deus... Mas, se não, se é por pouca coisa a gente fica em casa.... Porque muita coisa você não precisa estar procurando... Tipo uma gripe assim, uma diarreia, pouca coisa... Mas quando o sintoma já é mais assim, febre essas coisa, aí não... Procuro ajuda... o médico.... Dor de cabeça, quando é com febre assim... Que tu vê.... Aí num dou nada e...Mas quando é pouca coisa... Procuro fazer o chá... fazer uma comidinha que também coma... Prá ajudar, daí eu faço... Quando não dê ponto age... Vai pro médico, mas os meus graça a Deus sempre é uma gripe...

E10- É principalmente o uso de medicamento... alguma pessoa da comunidade que ajude...oriente... a gente sempre procura...Vir no posto, pega medicamento...ajuda assim dos vizinhos das pessoas a gente tem sempre aquela ... Quando tá doente sempre tem... As

peças se visitam, um vai ver o outro. Vai ver como tá... Essas coisas assim... Se precisa de alguma coisa ...A gente sempre faz isso aqui... Sempre ajuda... Como pode ajudar...Um ajuda o outro, é isso...

E12- ... é difícil eu procurar alguém da comunidade, sempre é... vem pro posto.

E13-... É sempre vem ao médico e depois usa o medicamento.

E14- ... eu tomo o medicamento que eu tenho...que eu já...que eu já tive, assim...por exemplo, meu marido tem problema alérgico... Então ele toma o remédio que o médico passou ... Que já foi bom para ele e que é prá aquilo... Faz exames primeiro de sangue, prá ver... eu nunca costumo tomar remédio sem saber ou perguntar para alguém, assim... que foi passado através de receita médica... Ou coisa assim. Eu evito tomar remédio, chá, muita coisa assim, sem ter certeza... do efeito dele.

E15- Olha pelo conhecimento as famílias, elas tem um conhecimento também, até sobre ervas. Ervas vegetais... Naturais, nos primeiros sintomas se usa muito ervas... Elas são boas, depende só de acertar as doses e... Uso em chás, da forma que for indicada... Cada um tem uma forma de usar... Se essas ervas não fizerem efeito, aí tem que se procurar o médico... normalmente, as pessoas quando começa a dar uma dor de barriga, num vão no médico o nosso povo aqui do interior ele não vai no médico assim...por qualquer coisinha não. De primeiro ele procura fazer um chá de erva ou usa o medicamento assim que não é... Coisa que ele mesmo pode comprar livremente numa farmácia... Sem receita médica... Um Anador, ou outra coisa. Ele usa esse remédio, normalmente a grande maioria antes de ir para o médico.

E16- Agora a gente faz, quando um que tá doente assim a gente “precura” dá os remédios de casa e se as vezes não dê o remédio de casa a gente “precura” o recurso... O Posto...

E17- ... eu acho assim, se eu trabalho na área de saúde, então tipo, a minha família já fica meio assim... Antigamente, eu lembro que antes de eu começar a trabalhar, quando eu era criança ainda, tipo, a gente tomava remédio por conta em casa. Ah, o vizinho indicava, é bom a gente tomava... Mas a partir do momento que eu comecei a trabalhar na área da saúde, aí já lá em casa a gente foi cortando. Tanto os meus irmãos que moram aqui como a mãe, coisa assim. Então a gente não toma medicamento, por exemplo se não for receitado, não toma. Se falar: ah, isso é bom pra isso então vamos tomar? Não, a gente não toma.... É

o vizinho falava: compra esse remedinho que é bom pro estômago. A gente ia na farmácia e comprava. E hoje em dia não. Tipo assim, hoje em dia é tudo com receita e tudo... A minha mãe mesmo, ela nem toma nada que não seja estritamente indicado, pra você vê ela toma um pra depressão, ela toma um pra pressão, ela toma pra hormônios. Então, tipo assim, é só o indicado pelo médico mesmo. Não tenho mania de tomar nada por conta. Tomo por conta o chá... Eu nem sou muito fanática, tipo a minha mãe, a minha irmã... A minha mãe, ela inventa, ela está sempre com aqueles chás dela lá em cima do fogão, mas medicamentos assim...É tudo bem controlado pelo médico mesmo.