

**FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI**

**SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIAS RURAIS  
EM UM MUNICÍPIO DE MATO GROSSO DO SUL**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2012**

**FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI**

**SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIAS RURAIS  
EM UM MUNICÍPIO DE MATO GROSSO DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)**

**MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**CAMPO GRANDE-MS**

**2012**

Ficha Catalográfica

Grossi, Fabiana Regina da Silva  
G877s Saúde e Doença: um Estudo das Representações Sociais de Famílias  
Rurais em um Município de Mato Grosso do Sul / Fabiana Regina da  
Silva Grossi; orientação, Luciane Pinho de Almeida. 2012  
105 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom  
Bosco, Campo Grande, 2012.

1. Saúde da família rural 2. Política da saúde 3. Saúde pública  
I. Almeida, Luciane Pinho de II. Título

CDD – 362.1

A dissertação apresentada por FABIANA REGINA DA SILVA GROSSI, intitulada “SAÚDE E DOENÇA: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIAS RURAIS EM UM MUNICÍPIO DE MATO GROSSO DO SUL”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi .....

## **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida.  
(orientadora/UCDB)

---

Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho (UNIPÊ)

---

Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

---

Profa. Dra. Sonia Grubits (UCDB)

Campo Grande, MS, ..... de ..... 2012.

Ao meu filho André, que veio durante esta caminhada para trazer luz e fazer aflorar o mais puro sentimento de amor.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Isabel e Rubens, que estiveram sempre presentes, apoiando e incentivando durante a execução deste trabalho, sendo fundamentais, além de permitirem ser quem sou com dignidade.

Ao meu marido Rogério, que se esforçou em muitos momentos para a concretização deste trabalho e pelo companheirismo.

À minha irmã Janaine, pelo que significa, estando presente em todos os momentos da minha vida, desejando sempre o melhor.

À querida Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida, pela paciência e confiança depositada na minha capacidade, apoiando e acreditando neste trabalho.

Aos professores do mestrado, por contribuírem para o meu conhecimento.

Às amigas Kelly, Carla, Leandra e Karimi, pelo companheirismo e amizade dedicada a mim durante os últimos anos.

Às amigas Glaucia e Josiane, por estarem sempre presentes para ouvir e compartilhar os momentos difíceis.

A todos os pacientes e funcionários da Estratégia de Saúde da Família da área rural, que puderam participar da pesquisa, contribuindo para que o trabalho se materializasse.

*As nuvens mudam sempre de posição, mas são sempre nuvens no céu. Assim devemos ser todo dia, mutantes, leais com o que pensamos e sonhamos; lembre-se, tudo se desmancha no ar, menos os pensamentos.*

(Paulo Beleki)

## RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo analisar as Representações Sociais de saúde e doença e sua articulação com as políticas públicas para frequentadores da Estratégia de Saúde da Família num município rural de Mato Grosso do Sul, podendo auxiliar na construção de novas políticas públicas de saúde para populações rurais e melhores condições de vida. A pesquisa utilizou o método qualitativo. A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2011, no dia de atendimento médico, em uma sala previamente definida na Estratégia de Saúde da Família. O instrumento para a coleta de dados foi à entrevista semiestruturada, na qual participaram 19 pessoas, sendo 15 mulheres e 4 homens, com idade entre 20 e 40 anos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas por meio da teoria das Representações Sociais. Os dados sociodemográficos da pesquisa revelaram que quanto ao grau de escolaridade há predominância do ensino fundamental, enquanto a renda familiar tem uma média de R\$ 1.134,00. Doze mulheres possuem ocupação “do lar” e três homens são motoristas. As representações sociais apresentadas nos resultados dessa pesquisa demonstraram que os participantes, em sua maioria, mostraram que saúde é fundamental e importante, estando associada a bem-estar ou estar bem, considerando as condições de saúde relacionadas aos serviços a que possuem acesso. Alguns entrevistados relataram que não adotam medidas de prevenção como combate às doenças, não tendo papel ativo nesse processo, em especial os homens. Já a doença aparece como algo negativo e que pode atingir muito a vida das pessoas, associando-se para alguns dos participantes ao câncer, ao uso de medicamento e quando se está com dor. Além disso, a maior parte dos entrevistados não faz relação das suas condições de vida com as doenças que surgem. Os entrevistados consideram bons os serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família Rural, já que costumam compará-los a outros serviços. As visitas domiciliares são normalmente realizadas apenas pelos Agentes Comunitários de Saúde. O transporte oferecido nessa região foi considerado ruim. Para essas pessoas, o atendimento médico é fundamental, sendo esse profissional o detentor do saber. Espera-se alcançar benefícios em relação à formulação de futuras políticas públicas para as comunidades rurais, de modo que favoreça a permanência do homem no campo.

Palavras-chave: Saúde. Doença. Representação social. Políticas Públicas. Área Rural.



## ABSTRACT

This study aimed to analyze the social representations of health and illness and its relationship with public policy goes Strategy for Family Health in the Rural Municipality of Mato Grosso do Sul, which could aid in the construction of new public health policies for populations rural and better living conditions. The research used the qualitative method. Data collection was conducted from April to September 2011, on health care, in a room previously defined in the Family Health Strategy. The instrument for data collection was the semi-structured interview, which was attended by 19 people, 15 women and 4 men, aged between 20 and 40 years. The interviews were recorded and transcribed verbatim and analyzed by the theory of social representations. Sociodemographic data of the survey revealed that the degree of schooling is more of the elementary school, while family income has an average of R\$ 1.134,00. Twelve women have occupied "home" and three men are drivers. Social representations presented the results of this research showed that participants mostly showed that health is fundamental and important, being associated with welfare or well-being, considering the conditions of health related services that are accessible. Some respondents reported that they do not adopt prevention measures such as fighting disease, not taking an active role in this process, especially men. Since the disease appears as something negative and capable of much people's lives, linking up to some of the participants to cancer, use of medication and when it is in pain. Moreover, most respondents do not regard their living conditions with diseases that arise. Respondents consider good the services offered by the Family Health Strategy Rural, since usually compare them to other services. Home visits are normally made only by the Community Health Agents. Transportation offered in this region was considered bad. For these people, the medical care is crucial, being the holder of this professional knowledge. Expected to achieve benefits in relation to the formulation of future policies for rural communities, so that favors the permanence of man in the field.

Keywords: Health. Disease. Social representation. Public policy. Rural area.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 SAÚDE E DOENÇA: CONTEXTUALIZANDO A QUESTÃO DA SAÚDE NO BRASIL</b> .....	14
2.1 DISCUTINDO SAÚDE E DOENÇA E SEUS SIGNIFICADOS .....	15
2.2 UM BREVE PERCURSO SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL .....	19
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO .....	24
<b>3 POLÍTICAS DE SAÚDE: DISCUTINDO A SAÚDE EM ÁREAS RURAIS</b> .....	27
3.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	28
3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ÁREA RURAL .....	30
<b>4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: SAÚDE E DOENÇA</b> .....	33
4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	34
4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA .....	37
<b>5 OBJETIVOS</b> .....	40
5.1 OBJETIVO GERAL .....	41
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	41
<b>6 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS</b> .....	42
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
6.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	43
6.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	44
6.4 ANÁLISE DE DADOS .....	45
6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	45
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	46
7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES .....	47
7.2 PRINCIPAIS ATIVIDADES DE SUSTENTO DA FAMÍLIA .....	50

7.3	SOBRE SAÚDE .....	51
7.3.1	Representações sociais da saúde .....	52
7.3.1.1	Saúde como tudo .....	52
7.3.1.2	Saúde como bem-estar e não sentir dor .....	53
7.3.1.3	Saúde como boa alimentação e a prática de atividade física .....	54
7.3.1.4	Saúde representada de forma dicotômica .....	58
7.3.1.5	Saúde como capacidade de trabalho .....	58
7.3.2	Considerações sobre os serviços oferecidos .....	59
7.4	SOBRE DOENÇA .....	61
7.4.1	Representações sociais da doença .....	62
7.4.1.1	Doença como algo negativo .....	62
7.4.1.2	Doença como câncer .....	62
7.4.1.3	Doença associada ao uso de medicamentos .....	63
7.4.1.4	Doença como sensação corporal .....	64
7.4.1.5	Doença associada à religiosidade .....	65
7.4.1.6	Doença como gasto financeiro .....	66
7.4.1.7	Doença como incapacidade de fazer atividades diárias .....	67
7.4.2	Experiências com o adoecimento .....	68
7.4.2.1	Adoecimento na família .....	68
7.4.2.2	Enfrentamento das doenças .....	69
7.4.2.3	A naturalização das doenças .....	71
7.4.2.4	Condições de vida e adoecimento .....	73
7.5	SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	75
7.5.1	O uso dos serviços da Estratégia de Saúde da Família .....	78
7.5.2	Sugestões ou reclamações relacionadas à Estratégia de Saúde da Família .....	81
7.5.3	Valoração das visitas domiciliares .....	83
7.5.4	Gênero e cuidados com a saúde .....	87
7.5.5	Acesso ao transporte e cuidados com a saúde .....	89
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>105</b>
	<b>ANEXO .....</b>	<b>111</b>

**1 INTRODUÇÃO**

---

O interesse por esta pesquisa surgiu pela minha experiência profissional nesse local, visto que, desde 2007, quando se iniciou os trabalhos na área rural, percebeu-se uma diferença na maneira de pensar a saúde e a doença entre a população urbana e rural. Isso fica mais evidente tratando-se de uma atuação profissional na área da psicologia, que ainda é um campo não esclarecido para muitos, onde o trabalho foi realizado.

Dessa forma, este estudo pretende colaborar para novas políticas públicas específicas para a população rural, ajudando na promoção da saúde e na maneira de pensar as questões relacionadas à prevenção de doenças. Para isso, foi necessário um percurso teórico que tratou, inicialmente, de como estava à saúde desde o começo no Brasil até os dias atuais. Portanto, trabalharam-se os aspectos relacionados ao novo sistema de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF). Posteriormente, foram tratadas as questões relativas ao conceito de saúde e doença, que foi alterando-se conforme a época e o contexto. A teoria das Representações Sociais embasou os resultados que se pautaram na saúde e doença e nas políticas públicas de saúde na ESF Rural.

Segundo o Censo Demográfico 2010, o município na qual foi realizada a pesquisa obteve um rápido crescimento econômico devido à reforma agrária por receber migrantes de todo o país. A área da unidade territorial é de 1.927.951 km<sup>2</sup>, porém, a população se constitui por um total de 4.011 pessoas, sendo 1.921 mulheres e 2.090 homens. O total de endereços urbanos é de 789, enquanto rurais é de 1.262; afirmando que há a prevalência de pessoas na área rural, sendo na sua maioria homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Diante desse contexto, verifica-se a importância de trabalhos que têm como foco as regiões rurais no Brasil. Em consequência dessa realidade, verificou-se a necessidade de uma pesquisa que focalizasse a maneira característica de pensar saúde e doença com essa população. Em um primeiro instante, a proposta foi o estudo das Representações Sociais de saúde e doença dessas pessoas. No decorrer das entrevistas, constataram-se o surgimento e a importância dos assuntos relacionados às políticas públicas de saúde.

Inicialmente, nos Capítulos 2, 3 e 4, na Fundamentação Teórica, debatem-se os significados de saúde e doença, de acordo com contexto da época, o percurso da saúde pública no Brasil e o atual SUS vigente. Em seguida, discutem-se as políticas de saúde, a ESF e as

políticas de saúde nas áreas rurais. No capítulo seguinte apresenta-se a teoria das Representações Sociais que embasa os resultados, além das Representações Sociais em saúde e doença.

O Capítulo 5 descreve os objetivos geral e específicos, enquanto o capítulo seguinte apresenta os procedimentos metodológicos que pautaram a pesquisa.

O Capítulo 7 traz os resultados e a discussão desse trabalho, na qual foram divididos em: dados sociodemográficos, principais atividades de sustento da família, sobre saúde, sobre doença e sobre a ESF. Por último, temos as considerações finais sobre a análise realizada.

**2 SAÚDE E DOENÇA: CONTEXTUALIZANDO A QUESTÃO DA  
SAÚDE NO BRASIL**

---

## 2.1 DISCUTINDO SAÚDE E DOENÇA E SEUS SIGNIFICADOS

Fontes (1995) coloca as mudanças que vêm ocorrendo em todos os setores da sociedade humana. Essas mudanças, invisíveis e que afetam os paradigmas culturais e científicos, nos forçam a transformar pensamentos e conceitos. A tecnologia e o desenvolvimento acontecem, de maneira que torna o mundo um só, como uma aldeia global. A própria religião, mercados financeiros e os seres humanos começam a rever suas opiniões. Assim, cria-se a consciência do homem quanto à realidade biopsíquico-mental que o integra.

Para Vilela e Mendes (2000), o conceito de saúde pode variar de acordo com o contexto social, além de sofrer variações ao longo do tempo. Na Grécia antiga, os homens utilizavam os mitos para explicar os fenômenos naturais e a origem da doença. O xamanismo era um dos rituais desenvolvidos para lidar com a doença e consistia em uma pessoa (o xamã), que era capaz de fazer adivinhações, diagnósticos de doenças e realizações de curas, por meio da comunicação com os espíritos. Para a filosofia chinesa, a saúde é vista como um equilíbrio, apenas existe doença quando há a perda desse equilíbrio e a energia não circula apropriadamente. O desequilíbrio pode ocorrer quando a dieta é sofrível, há falta de sono ou de exercício, existe desarmonia na família ou na sociedade e quando há um desequilíbrio emocional.

A medicina científica apenas foi sistematizada com Hipócrates (460-370 a.C.), no século 5 a.C. Ele estabeleceu a divisão entre o sobrenatural (o curandeiro bruxo) e o natural. A qualidade de vida, para ele, era dada aos fatores ambientais e sociais. A saúde era a harmonia entre os hábitos físicos e mentais, e a inter-relação destes com o ambiente. Por causa da grande importância dos trabalhos de Hipócrates, este ficou intacto durante mais de 2.000 anos (FONTES, 1995).

Nos dias atuais, segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é definida não apenas como ausência de doença, como se pensava há algum tempo, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997). Mas Segre e Ferraz (1997) discordam de tal afirmação. Defende-se a ideia de que tal visão se torna ultrapassada para o atual momento. Talvez na época em que foi formulada estivesse de acordo. Falar em “perfeito bem-estar” é bastante utópico, além de ser algo difícil de caracterizar. Até que ponto nós podemos afirmar que uma pessoa que não se alimenta com recursos de acordo com nossos padrões terá uma qualidade de vida pior do que uma pessoa bem-alimentada?



Porém, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, então, resultado das formas de organização social da produção, podendo provocar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Dentre as definições de saúde, temos para Silva, C. (2004, p. 37) que:

O termo saúde expressa a qualidade de vida de uma população que ocupa um determinado espaço na sociedade, seja geográfico, seja econômico, cultural ou social. Falar de saúde implica, portanto, inter-relacionar seus determinantes políticos, econômicos culturais e sociais e a inserção, na política de saúde, de novos espaços sociais como os da educação, meio ambiente, previdência, emprego, habitação, alimentação e nutrição, lazer e esporte.

Contudo, para a autora, o entendimento em relação a esse conceito de saúde não necessita a negação dos serviços médicos, que podem se juntar às políticas sociais, contribuindo assim na qualidade de vida da população, ou seja, a saúde não é representada apenas pelos atendimentos médicos, mas sim por outros motivos, como os sociais que vão influenciar nas condições de vida.

Para Ferreira (1994), a saúde e a doença podem estar associadas a uma construção social. Isso depende de como a doença é classificada segundo a sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Isso significa que o saber médico está totalmente articulado com o social, já que ele constrói um diagnóstico a partir das sensações descritas pelo paciente, ou seja, pelos sintomas. Por meio dos aspectos notados objetivamente pelo médico é que temos os sinais.

A saúde vai depender do nível de vida da população, que é influenciada pelos fatores socioeconômicos e socioculturais, que qualificam o desenvolvimento. O nível de instrução do povo reflete nas atividades de educação sanitária, que são fundamentais em saúde. Porém, a saúde também influencia o nível de vida do povo (DALLARI, 1993).

Conforme Duarte (1994), dentro da cultura ocidental moderna, as representações sobre o humano, quando se trata de saúde-doença, se caracterizam pela confluência do dualismo entre corpo e mente. Pelo fisicalismo hegemônico nos demais saberes científicos é que surgiu a noção específica de doença mental. Com a insatisfação de alguns pelo termo, surge ainda,

mais tardiamente, o termo saúde mental. Mais recentemente, em alguns meios específicos dos saberes sobre o humano, surge a utilização do termo psicossocial, tentando dar conta de responder a outras ordens de insatisfação com aquela categorização. Na tradição médico-filosófica, utilizava a expressão físico-moral para caracterizar perturbações que fizessem parte dos dois planos.

Nesse sentido, Duarte (1994) mostra que a ideia de “nervos” surge como código de expressão privilegiado das classes populares brasileiras, e isso diz respeito às perturbações físico-morais. Essa expressão não pode ser usada sem propagar, implicitamente, o modo cultural de reconhecer tais perturbações, que são afetadas pela modernização individualista.

Segundo Fontes (1995), a prevenção é muito falada, porém, na prática, ela pouco acontece. A saúde no mundo ocidental passa a ser vista como mercadoria e reproduz o modo de produção capitalista, tornando-se um bem de consumo. Nesse sentido, a saúde pode ser adquirida a partir da compra de produtos, como a simbologia e o ideário de bem-estar físico, psíquico e outros. Citamos os medicamentos, os produtos dietéticos e outros tantos produtos e serviços oferecidos pela mídia contemporânea. Assim, para que o indivíduo seja saudável, conforme o modo capitalista, é necessário que ele consuma esses tipos de produtos que estão na mídia. A prevenção é deixada para um segundo plano, já que as influências naturais e sociais deixam de ser abordadas.

Dessa forma, os indivíduos mais atingidos, geralmente, desprovidos socioeconômica e culturalmente, que são os mais enfermos, acabam influenciados pelas propagandas e acreditam que podem ter saúde, enganados pelo *marketing* farmacêutico. Porém, essas pessoas fazem esse tipo de investimento e, por outro lado, não possuem os bens necessários à higienização mental, social e física, nem ao menos têm um saneamento básico ou nutrição adequados, fatores que podem deixá-las em um permanente estado de doença (FONTES, 1995).

As representações que os indivíduos têm em relação à doença estão diretamente relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal. Se existe qualquer tipo de alteração na qualidade de vida, como não conseguir trabalhar, comer, dormir ou realizar atividades cotidianas, isso pode sugerir uma doença no indivíduo. As sensações desagradáveis que apontam um estado doentio no indivíduo são descritas como fraqueza, cansaço e mal-estar. Estes são percebidos como sintomas. Nessa linha, temos associado um sintoma sempre presente às várias sensações, que é a dor (FERREIRA, 1994).

A autora define dor como uma experiência subjetiva, que todo mundo relata já ter vivido, porém, só quem sente é que pode informar sobre ela, apesar de podermos deduzir pelo comportamento, postura e expressões faciais que o indivíduo mostra. A dor é então influenciada por vários elementos, como a vivência cultural do doente, o seu repertório linguístico, o seu domínio (ou não) de termos médicos, as suas crenças e representações sobre corpo e doença, as suas experiências individuais em geral e suas experiências e sua memória específica quanto à sensação de dor.

Rabello (1994), sob uma abordagem antropológica do processo saúde-doença, coloca a importância que têm os cultos religiosos na interpretação e no tratamento da doença, além de ressaltar os aspectos positivos do tratamento religioso quando comparados aos serviços oferecidos pela medicina oficial. Para chegar à saúde, ao passar pela doença, corresponde-se a uma reorientação mais completa do comportamento do doente, transformando a expectativa que o sujeito percebe seu mundo e relaciona-se com os outros. Realiza-se uma reorganização da experiência de mundo do sujeito doente.

Para esse autor, estudar os rituais de cura significa estudar como são desmontados determinados cenários e outros são criados; é compreender como diferentes modelos religiosos de cura são transformados, de modo que permitam imagens e práticas de ressignificação da experiência do doente. Afirma-se então, que, em um contexto popular urbano, há uma grande variedade de serviços religiosos de cura disponível, que são muito usados pelos indivíduos em episódios de doença. Assim, a cura aparece como realidade, necessitando-se continuamente de confirmação no cotidiano do doente e dos membros do seu círculo de apoio.

Canguilhém (1978) afirma que definir o doente apenas é possível a partir do próprio indivíduo. Se existe algo absurdo, porém, que satisfaça esse indivíduo, para ele, não é considerado doença. Portanto, não se deve limitar a doença de uma média estabelecida, mas sim na medida do possível das condições do sujeito examinado. Para ele, “O doente é doente por só poder admitir uma norma. O doente não é anormal por ausência de norma, e sim por incapacidade de ser normativo.” (p. 148).

O conceito de saúde, para Chammé (1997), é uma condição que ultrapassa a situação de saúde de uma mera aferição do estado de adoecimento. Existe uma investigação do corpo em sua dimensão biopsicossocial e seu portador passa a ser visto com totalidade dinâmica e integrada ao ambiente que o cerca.

Em seu artigo 3º, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) estabelece que:

[...] A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990a).

Para Dallari (1993), uma maneira de se conhecer e planejar saúde são as expressões numéricas que podem facilitar a visualização da situação sanitária. Isso implica conhecer quantos doentes existem na população, quanto uma doença mata mais que a outra, quanto é maior o prejuízo econômico causado ao Estado pela falta de lazer da população e pelos problemas de trânsito, esses refletidos no nível da saúde, ou seja, a diferença desses valores de uma região para a outra no mesmo Estado. Apesar de existirem falhas no sistema estatístico, deve ser reconhecido que as estatísticas em muito ajudam para a elaboração de diagnósticos sanitários, podendo orientar as atividades que o Estado desenvolve, garantindo, assim, a saúde para o povo.

A autora também garante que o nível de vida e saúde dos brasileiros é influenciado pelo estágio de desenvolvimento econômico do ambiente em que estão inseridos. Dessa forma, podemos facilmente entender por que o nordestino vive em um meio mais contaminado que o habitante da região Sudeste brasileiro, que possui quatro vezes mais residências ligadas à rede de esgotos que a região Nordeste.

A saúde e a doença tiveram algumas maneiras de serem analisadas, de acordo com a época e o contexto inserido. Podem ser vistas sob vários olhares e pontos de vista. Ainda hoje, existem algumas maneiras de ver a saúde e a doença, que serão trabalhadas no decorrer deste trabalho. Por outro lado, ainda serão discutidas a saúde e doença na área rural, por ser essa a temática essencial ao desenvolvimento de nossa discussão.

## 2.2 UM BREVE PERCURSO SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Bertolli Filho (2004) relata que a história da saúde pública no Brasil colônia se caracterizou pela ausência de serviços de saúde e médicos capacitados. Os profissionais

tinham grande dificuldade para exercer a profissão pelo imenso território e por causa da pobreza da maior parte dos habitantes que aqui viviam. Além disso, poucos eram os portugueses que aceitavam se transferir para o Brasil, desestimulados pelos baixos salários e com medo do que aqui enfrentariam. Assim, as epidemias assolavam a população, poucos eram os que podiam pagar por atendimento médico e a maioria das pessoas preferia tratamentos de curandeiros. A única solução era o isolamento dos infectados, cuja prática era aceita por todos. Podemos reforçar essa ideia, com o que Dallari (1993, p. 7) afirma:

No passado apenas poucas pessoas buscavam isoladamente cuidados para recuperar sua saúde. A grande maioria dos doentes era recolhida aos hospitais, mantidos por organizações religiosas ou de caridade. Assim, enquanto não se conheceu a influência exercida pelo ambiente sobre a saúde, ou seja, enquanto só se reconhecia o aspecto individual da saúde, as pessoas só se preocupavam quando a doença se manifestava. O que acontecia era interessante: como as pessoas doentes não conseguiam trabalhar, as pessoas sadias resolveram recolher os doentes para que eles não ficassem expostos e incomodando os demais com seu aspecto doentio.

No Brasil, a saúde sempre apresentou uma estreita relação com o modo de produção vigente, no qual o setor econômico exerce influência marcante. A cultura do café, que aconteceu a partir do final do século XIX até a metade dos anos de 1960, apresentava o sistema de saúde preocupado com o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis, trabalhando para a erradicação ou controle de doenças que prejudicavam as atividades de exportação. Após esse período, com o início da industrialização, surgiu a previdência social. Pelo grande número de operários, pensando na capacidade produtiva do trabalhador, aparece o Instituto de Aposentadorias e Pensões, que, em 1966, unificou-se no Instituto Nacional de Previdência Social (VILELA; MENDES, 2000).

Após a proclamação da República em 1889, a ideia era modernizar o Brasil a todo custo. Porém, o país continuou tomado pelas epidemias. Nesse período, surge uma nova teoria da medicina moderna elaborada por Louis Pasteur e Claude Bernard, desenvolvida na Europa sobre bacteriologia e fisiologia, provando que grande número de doenças infecciosas era causado por micróbios específicos. Aos poucos, surge uma área científica voltada para o estudo e prevenção das doenças, além do desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Tem início, então, a saúde pública. O Estado começa a fazer parte da área da saúde de forma global e não apenas em períodos de surto epidêmico, criando uma “política de saúde”. O pensamento era combater as enfermidades que reduziam a vida produtiva ou “útil”

da população, pois essas pessoas constituíam o capital humano, necessitando de proteção da saúde coletiva.

Devemos lembrar que o Brasil tinha características típicas de um país de passado colonial, com investimentos na expansão da produção e beneficiando a elite econômica, enquanto a maior parte era a parcela pobre da sociedade. A população dessa época vive com baixos salários, adoecendo com facilidade, mal alimentada e com vida produtiva resumida, sendo difícil a superação da pobreza nacional (BERTOLLI FILHO, 2004).

Para Santos e Batiston (2010), no final do século XIX e início do século XX, o Brasil era o país das oligarquias, em especial do café. As pessoas que não conseguiam sobreviver no campo corriam para as cidades, formando uma nova classe média. As principais cidades já tinham algumas fábricas, oficinas, além de comércios e serviços. Essa população trabalhava muito para ganhar pouco e viver mal. Um exemplo disso foi a Revolta da Vacina em 1904, quando as pessoas reagiram às precárias condições de vida da população e à vacinação obrigatória. O Estado, com a finalidade de atender aos interesses das elites produtoras e para garantir o sucesso da industrialização, investe nas ações em saúde, que seriam prioritárias para manter boas condições da força de trabalho, com boa capacidade para produção. Essas ações eram para tratar de epidemias, como a febre amarela nos portos, adoecimento dos operários das linhas férreas e outras.

Em 1923, por iniciativa do Governo Federal, foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, que garantiam o direito à assistência médica para os trabalhadores e seus dependentes. Esse sistema era sustentado pelo salário do trabalhador, empregador e governo (SCLIAR, 2002). Segundo Silva, C. (2004), com a revolução de 1930, Getúlio Vargas assume o poder e com ele se estabelece uma nova fase para a saúde pública nacional, na qual os estados perdem autonomia no campo político e da saúde. São criados o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e da Saúde Pública, que seria responsável pela política nacional de saúde. Assim, o Ministério da Saúde cria várias medidas na área trabalhista, que repercutem na assistência médica individual oferecida no âmbito federal, que era então prioridade na saúde pública.

Na década de 1930, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram unificadas nos Instituto de Aposentadorias e Pensões, que agrupavam o trabalhador por categoria e era administrado pelo governo. Quem tinha mais benefícios quanto à assistência médica mais recebia, ou seja, quem mais contribuía (SCLIAR, 2002). Com a industrialização e

urbanização, passam a existir o proletariado e a classe média, que expandem o consumo interno e estimulam o surgimento de instituições relativas ao trabalho e saúde, por meio do “populismo”. Essa era uma maneira de fazer pela população o que era reivindicação, criando a ilusão de redistribuição de renda. Essa urbanização e industrialização trazem para a saúde uma modificação no quadro nosológico, que significa a parte da medicina que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo, passando a dar importância às doenças de massa, que são resultantes das condições de vida e de trabalho (SILVA, C., 2004).

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões, responsável por todos os trabalhadores e seus dependentes. Fica claro que são beneficiados apenas os trabalhadores que tinham registro em carteira. Por último, na década de 1970, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SCLIA, 2002).

A saúde estava sendo vista com descaso por parte da classe dominante, já que, no início do século XX, apenas se preocupava com epidemias, tendo prioridade a força de trabalho, para produzir cada vez mais para as indústrias. O que podemos citar como mudanças foram as tentativas dos trabalhadores com “carteiras assinadas”, a partir de 1923, para obterem o direito à saúde, e eles próprios pagavam pela maior parte desse benefício. Devemos lembrar que, durante todo esse período, os trabalhadores rurais ficaram excluídos de qualquer direito à saúde.

Com a ditadura, a saúde pública estava um caos, prevalecendo os interesses dos grupos privados, sendo sustentados pelo Estado, além do modelo distorcido sobre a medicina e a saúde apoiado, por exemplo, no modelo hospitalocêntrico, que baseia-se no uso desmedido de recursos tecnológicos disponíveis e com baixa resolução e tem como foco a doença. Só então, em 1978, é que começa a ser questionada, efetivamente, a situação da saúde no país (SANTOS; BATISTON, 2010).

A partir das péssimas condições de saúde da população, impulsionadas pelos profissionais da área, no final dos anos de 1970, surgem associações que darão início à Reforma Sanitária, que buscava encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional (BERTOLLI FILHO, 2004).

Segundo Cohn (1989), a experiência italiana foi a que mais marcou a Reforma Sanitária no Brasil. A autora afirma que a noção dessa Reforma está associada a movimento. Isso significa que é um processo, fenômeno dinâmico e inacabado, sendo também difícil demarcar o seu início. Sabe-se que os estudos datam como o início do movimento meados dos anos de 1970, com a criação de uma série de instituições empenhada na universalidade e equidade da assistência à saúde. São exemplos dessas instituições: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, de 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, de 1979.

Um marco importante para a saúde foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, União Soviética, entre 6 e 12 de setembro de 1978, da qual originou a Declaração de Alma-Ata. Nela foram definidos alguns pontos em relação aos cuidados primários da saúde, nos quais se via uma necessidade urgente de ação por parte de todos os governos, dos trabalhadores no campo da saúde e o desenvolvimento da comunidade mundial, com o objetivo de promover a saúde, ressaltando a necessidade, nos países em desenvolvimento, de espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Firmava-se então, um compromisso por parte de todos em relação à promoção da saúde, tendo como meta, atingir um nível aceitável em saúde de todos os povos até o ano 2000 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Já nessa época, com mais conhecimento, trabalhavam-se novos caminhos para a compreensão de saúde. Concebia-se o processo saúde-doença como parte integrante do social. Outro marco, nesse contexto, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde e convocada pela presidência da República, realizada em março de 1986. A saúde, finalmente, foi trazida para um amplo debate público (COHN, 1989).

Santos e Batiston (2010) relatam que a aposta do Movimento Sanitário era o processo de descentralização e municipalização do sistema de saúde com a participação popular. Por isso, com o surgimento de um sistema único de saúde – SUS, a prioridade era a participação popular, sendo vista como um verdadeiro motor de avanço, contrastando as forças que resistiam e lutavam pelo fracasso e fim do sistema público de saúde.



## 2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

Para Stroebe e Stroebe (1996), o modelo biomédico foi dominante durante muitos séculos. Ele focaliza-se unicamente nas causas biológicas da doença. Os fatores comportamentais não são considerados como causadores de doença e não fazem parte do processo diagnóstico. O modelo biomédico, então, não pode oferecer ações preventivas, que são objetivos principais do SUS e ações necessárias para reduzir a incidência de doenças crônicas.

Para o atual modelo, biopsicossocial, os fatores relativos ao estilo de vida e o estresse psicossocial são determinantes significativos da doença e da saúde, ou seja, muitas doenças podem ser resultado de uma interação de fatores sociais, psicológicos e biológicos. De acordo com esse modelo, o diagnóstico médico deve considerar a interação de fatores citados, tanto na avaliação da saúde quanto para fazer recomendações ao tratamento (STROEBE; STROEBE, 1996). Entende-se que esse deve ser o modelo utilizado para as práticas em saúde do SUS.

O SUS foi estabelecido pela Constituição de 1988 e passa a existir no Brasil como um novo sistema de saúde, diferente, não sendo, portanto, sucessor dos outros. Ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios em todo o território nacional. Podemos afirmar que:

O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990b, p. 9).

O SUS norteia-se em alguns princípios doutrinários (BRASIL, 1990b), quais sejam:

- a) universalidade: essa é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, esta é dever do governo municipal, estadual e federal, cujo indivíduo passa a ter direito a todos os serviços públicos de saúde;
- b) equidade: é analisar cada caso, de acordo com a complexidade, e atender sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão será atendido conforme suas necessidades

até o limite do que o sistema pode oferecer para todos, lembrando que todo cidadão é igual perante o SUS;

- c) integralidade: a pessoa deve ser tratada, como sendo indivisível e integrante de uma comunidade. O homem é um ser integral, biopsicossocial e deve ser atendido dessa maneira. A prevenção, promoção e recuperação são ações indivisíveis e não podem ser compartimentalizadas.

Conforme Cohn e Elias (1999), as diretrizes e modalidades operacionais previstas para o SUS foram regulamentadas pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1991, conhecidas como a Lei Orgânica do SUS. Dentro da Constituição Federal de 1988, a saúde é contemplada como um direito social e dever do Estado, sendo o SUS, de universal acesso, igualitário no atendimento assistencial e equânime na distribuição dos recursos.

O Brasil é um país territorialmente extenso, possuindo várias peculiaridades, cabendo aos usuários e equipes definir a capacidade em termos de estrutura e recursos financeiros, organização social, conflitos e contradições locais (BRASIL, 2009a). A gestão, então, se adapta a cada local, com suas diferenças regionais, não havendo um padrão único e imutável para isso. É o gestor que define um caminho próprio, com jeito particular de desempenhar cada função. O modelo assistencial de saúde deve sofrer mudanças, desenvolvendo ações caracterizadas de cada local, não sendo um sistema simplificado. Devem ser incorporadas as práticas alternativas aos serviços de saúde, as tecnologias populares e as ações de promoção de saúde (BRASIL, 1990).

Referindo-se ao mesmo assunto, Mendes (2001) reforça a afirmação anterior, já que o Brasil possui uma grande extensão territorial e um considerável número de habitantes. Por isso, existem, entre suas regiões, claras diferenças econômicas, sociais, culturais, demográficas e sanitárias e, dentro delas, diversos grupos sociais. Daí é que surge a necessidade da descentralização, mostrando ser a forma mais viável para a implantação de políticas públicas. O Brasil é, então, uma referência já que seus municípios possuem autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais e infraconstitucionais bem-estabelecidas.

A participação popular da comunidade em relação ao SUS deve se realizar por meio da fiscalização e do controle da execução das políticas de saúde. Ela se dá por intermédio de

entidades e movimentos que representam a sociedade (BRASIL, 2010c). Podemos considerar então, de acordo com Silva, C. (2004), que um importante aspecto do SUS é o usuário ser o legítimo financiador do sistema com pagamento de impostos.

Dallari (1993) afirma que, para que todos os brasileiros possam desfrutar da saúde como direito, é necessário o conhecimento, por eles, das condições de saúde em que vivem. Dessa forma, torna-se fundamental que, apesar da má qualidade das informações estatísticas, procurem conhecê-las, para interpretá-las adequadamente e atuarem, assim, para sua melhoria. A autora conclui também que a saúde do brasileiro é precária, e em todas as regiões existem sempre brasileiros que não possuem acesso à saúde, não se encontram em boas condições física, mental e social e estão doentes.

Devemos lembrar que, apesar das falhas existentes no SUS, este pode ser considerado um grande avanço na saúde dos brasileiros. Hoje, a população do Brasil pode ser atendida gratuitamente e em vários locais, além de poderem participar dos programas de prevenção a doenças oferecidos pelo Governo. É claro que ainda temos muito o que avançar, como fazer valer os direitos de todo cidadão, mas como já foi citado acima, o SUS pode ser considerado um dos melhores do mundo.

**3 POLÍTICAS DE SAÚDE: DISCUTINDO A SAÚDE EM ÁREAS  
RURAIS**

---

### 3.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa foi uma estratégia que Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do SUS por meio da atenção básica. Ela foi iniciada em 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994, as primeiras equipes foram formadas, incorporando a ação dos agentes, sendo uma proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas. Assim, a saúde da família representa uma “porta de entrada”, sendo o primeiro contato com os serviços de saúde e organiza a referência e contrarreferência para os diferentes níveis do Sistema (COSTA; CARBONE, 2004).

A ESF investe em ações de atenção à saúde, reabilitação, promoção e prevenção. As equipes trabalham para uma comunidade específica, dando atenção a essa população, realizando, também, visitas domiciliares. Isso faz com que se reduza a ida das pessoas aos hospitais e evita internações (BRASIL, 1994).

O PSF, atual ESF, é uma tática de reorganização de ações como promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde da população, tendo como foco as famílias que a constituem. Foi criado com o objetivo de transformar o modelo tradicional assistencial de saúde, no qual os trabalhadores esperavam passivamente o paciente em sua procura pelos serviços, para um serviço de saúde dinâmico, cujos profissionais também vão ao encontro da população, sobretudo pela visita domiciliar (BOURGET, 2005).

O PSF se torna ESF em 2006 e foi implantado em Mato Grosso do Sul em 1998, possuindo oito equipes em sete municípios, atingindo cerca de 27.600 pessoas nesse ano de 1998. A saúde da família possui um quadro amplo de profissionais em Mato Grosso do Sul. Conta com mais de 4.000 Agentes Comunitários de Saúde, que são a linha de frente da estratégia, totalizando 400 médicos, 400 enfermeiros, 400 cirurgiões-dentistas, 400 auxiliares de saúde bucal, 30 técnicos de saúde bucal e 800 auxiliares e técnicos de enfermagem, que somam um total de 6.000 trabalhadores da saúde executando as atividades nas ESFs (CORREIA et al., 2010). Tais dados mostram que houve um aumento em relação aos serviços de saúde no Brasil depois da implantação do PSF. O que é necessário saber é se essa equipe atua corretamente para contribuir com a melhoria das condições de saúde dos brasileiros.

A ESF surge, então, para uma nova orientação do modelo assistencial que prevaleceu por tanto tempo em nossa sociedade. Esse modelo tinha como características a exclusão,

centrado na doença, individualizado e segmentado. Essa estratégia trabalha com maior proximidade das famílias, com atenção primária e em local específico (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2005).

Conforme Bourget (2005), o número de famílias a serem cadastradas deve cumprir as recomendações oficiais, sendo um número variável de 600 a 1.000 famílias por equipe, que corresponde a uma população de 2.500 a 4.000 habitantes. Porém, o número de famílias que podem ser cadastradas depende da região onde a ESF é instalada. Para atender essa população, a equipe mínima de profissionais para atuar deve ser constituída por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de Enfermagem e 4 a 5 Agentes Comunitários de Saúde.

Para Costa e Carbone (2004), as equipes de saúde da família devem ser capacitadas para identificar a realidade epidemiológica e sociodemográfica das famílias adscritas; reconhecer os problemas de saúde prevalentes, identificando quais são os riscos que a população está exposta; planejar o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde e doença; atender a demanda tanto programada quanto espontânea; saber utilizar o sistema de referência e contrarreferência; promover educação em saúde, melhorando o autocuidado dos indivíduos e incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas aproximados.

Na ESF, o que podemos ver como fundamental é o olhar por parte dos profissionais que transcenda o biológico. Para isso, devem-se analisar as dimensões biopsicossociais das famílias, conhecendo a história de cada paciente. Nesse contexto, será refletido o mundo desse paciente, como foi construído o indivíduo que conhecemos hoje por essa história (COSTA; CARBONE, 2004).

Para conseguir mudar as práticas tradicionais de assistência em saúde, Santana e Carmagnani (2001) afirmam que todos devem ter compromisso e responsabilidade, desde os governos federal, estadual e municipal, cada um dos respectivos gestores, as equipes multiprofissionais, até a sociedade civil, que conta com as comunidades organizadas a favor de cada família e cidadão. Nesse caso, a ESF favorece esse processo, de modo que cada parte atuante é sujeito do processo, estabelecendo-se, assim, novas relações.

Porém, Camargo-Borges e Japur (2005) revelam que, no contexto de saúde, a interação de profissionais e usuários, muitas vezes, ainda se encontra ajustada como esse profissional sendo detentor de uma capacidade para educar o usuário para um melhor

comportamento em saúde, enquanto esse usuário é alienado do saber. Dessa forma, essa relação em nada colabora para uma transformação do sistema de saúde, pois se deve considerar o usuário como um portador de saber específico, no qual sua ação ganha sentido para ele.

### 3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ÁREA RURAL

Para falar em saúde rural, devemos lembrar como ela era tratada desde a República Velha. Bertolli Filho (2004) ressalta que o meio rural era deixado para segundo plano e só recebia atenção quando problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinada à exportação. No ano de 1918, o Brasil contava com 20 milhões de pessoas no campo, e a maior parte se encontrava atingida pelos parasitas intestinais. Além disso, a população rural piorava o quadro pelo uso do álcool e subnutrição.

Notamos que em 1946, a prioridade do governo do presidente Gaspar Dutra foi a organização racional dos serviços públicos. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde por Getúlio Vargas. O Ministério tentou, nos primeiros anos de atuação, combater as doenças do interior, como a doença de Chagas, a malária, o tracoma e a esquistossomose, além de tentar promover a educação sanitária da população rural. Em 1956, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais, cujas áreas rurais ficavam sob a responsabilidade, quase que somente, do Ministério da Saúde. Nesse período, podia-se ver uma prática que não deixa de ser comum nos dias atuais, a interferência política e as práticas clientelistas, que atrapalhavam as técnicas sanitárias (BERTOLLI FILHO, 2004).

Para Cohn e Elias (1999), em 1970, tentou-se universalizar a assistência médica, estendendo-a, inclusive, às áreas rurais. São exemplos dessas experiências o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, e, em 1980, surgiu o PREV-SAÚDE; todavia, nenhuma dessas propostas saiu do papel.

O que ainda podemos ver na área rural são pessoas que resistem em procurar o centro de saúde e dependem de benzedores ou curandeiros. Uma das grandes dificuldades encontradas são as distâncias que afastam essa população de hospitais ou centros de saúde. No entanto, o maior número de doenças está na zona rural, ou seja, mais pessoas se encontram doentes. (SCOTNEY, 1981).

Gomes e Rozemberg (2000) realizaram pesquisa com moradores da região rural da cidade de Friburgo, estado do Rio de Janeiro, e relatam que a maioria deles sofre de dores nas pernas, decorrentes de problemas circulatórios e de dores na coluna, que são causados pela cansativa jornada de trabalho, capinando, por exemplo, por um longo tempo em pé. Outras queixas foram doenças cardíacas e hipertensão arterial.

Percebe-se que aquele ideal do trabalho familiar e rural que o agricultor tinha para si e para seus filhos está sendo abandonado para se criar um novo. As pessoas que nascem no campo, ao se tornarem jovens, acabam seduzidas pelas imagens espetaculares do universo urbano, como fartura de produtos estrangeiros, festas, carros importados, aquisição financeira mais rápida e outros. A realidade agora é estranha e mutável. Isso faz com que se tenha confronto de ideias e que esses moradores tenham estresses, gerados por situações novas e ameaçadoras (GOMES; ROZEMBERG, 2000).

Para Dimpério et al. (2009), as ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde devem ter, como princípio precedente, a informação sobre a realidade do contexto em que se pretende atuar. Para que haja um melhor desenvolvimento rural no sentido do bem-estar ou saúde, são necessárias a atuação multiprofissional e participação social na criação, implementação e controle de políticas de desenvolvimento. Levando em consideração que o meio rural e urbano são campos de completas diferenças de atuação, é preciso conhecer o homem do campo, e, assim, pesquisar quanto a sua percepção das políticas públicas e ações, às quais estão submetidos, sendo o homem o centro da extensão rural.

No meio de problemas existentes na zona rural, Scotney (1981) apresenta alguns fatores positivos. A população rural se mostra mais autossuficiente, contando com a sua capacidade e esforço, pelo medo da doença e por vontade de aprender mais rapidamente como melhorar. Entende-se que nessa população, as pessoas se conhecem melhor, conversam mais entre si e têm mais facilidade para trabalhar juntas dentro da comunidade. Em consequência disso, existe mais confiança entre eles, podendo um ajudar ao outro, e mais confiança nas pessoas que trabalham na saúde. Com a união da população rural, muito se tem conseguido por meio do trabalho coletivo.

A incidência de moléstias é maior e mais séria na zona rural do que nas cidades. Morrem mais crianças, e maior número de pessoas em idade de trabalho estão doentes, principalmente na estação das chuvas, quando o trabalho na roça é mais necessário. Entretanto, a população do campo (quando confia no pessoal de saúde) pode ser conduzida a um esforço



comunitário conjunto em prol de esquemas para melhorar a saúde. (SCOTNEY, 1981, p. 45).

Nos estudos realizados por Kassouf (2005), que se baseou nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, dos adultos pesquisados (40 a 60 anos), 8,5% do meio rural avaliou a saúde como ruim ou muito ruim, contra 6,3% na área urbana. Na área rural, as pessoas, geralmente, procuram os serviços de saúde porque já estão doentes, enquanto na área urbana, elas procuram para exames de rotina e prevenção. Além disso, reafirma que o atendimento em saúde está voltado ao tratamento de doenças nos postos de saúde e hospitais, sendo prioridade a prevenção de doenças e o modelo de saúde da família.

Abreu, Pordeus e Modena (2005) concluem que o morador do meio rural necessita de um corpo forte para trabalhar. As condições objetivas de vida determinam as Representações Sociais de saúde. O que vai determinar a manutenção desse corpo é a utilização dos serviços médicos, sendo esse corpo a única fonte de subsistência para grande parte dos indivíduos nessa sociedade capitalista. Então, pelo entendimento das Representações Sociais, peculiares do meio rural, o planejamento de ações em saúde deverá ser menos alienante e mais humano. Essas pessoas devem ser consultadas e escutadas em suas demandas em saúde.

O processo de envelhecimento da população rural se assemelha ao da população urbana. Porém, alguns fatores são diferenciais. Estes vão além dos aspectos quantitativos e dimensionais, sendo a realidade rural predominante pela pobreza, isolamento, baixos níveis educacionais, residências mais precárias, limitações de transporte, problemas crônicos de saúde, distância dos recursos sociais e da saúde, entre outros (MORAIS; RODRIGUES; GERHARDT, 2008).

Para a construção na produção de novos sentidos, devem ser consideradas as especificidades da assistência local desejada, com valorização da proximidade entre os atores sociais envolvidos, facilitando, assim, a abertura de espaços de conversação e consensos, tendo como principal ferramenta o diálogo (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2005). As políticas públicas em locais específicos, como nas comunidades rurais, devem ser construídas com conhecimento destas e conversa com a população envolvida.

## **4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: SAÚDE E DOENÇA**

---

## 4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A expressão “representações sociais” surgiu do conceito das representações coletivas. Conforme Minayo (1998), Émile Durkheim (1858-1917) foi o primeiro autor a utilizá-la, referindo-se a categorias de pensamento pelas quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Para Durkheim, essas categorias não são dadas *a priori* e não são universais na consciência, e surgem unidas aos fatos sociais e são passíveis de observação e interpretação. Então, as Representações Sociais são um grupo de fenômenos reais, dotados de propriedades específicas que se comportam também de forma específica. Assim, para o autor,

É a sociedade que pensa, portanto as representações sociais não são necessariamente conscientes do ponto de vista individual. Assim, de um lado, elas conservam sempre a marca da realidade social onde nascem, mas também, possuem vida independente e reproduzem-se tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social. (DURKHEIM, 1978 apud MINAYO, 1998, p. 199).

Conforme Silva, L. (1998), não há como falar no conceito das Representações Sociais sem abordar Durkheim. Elas, para ele, não são como as representações individuais, mas fazem parte de um contexto integral, ou seja, da cultura de uma sociedade. Fenômenos como regras, mitos, moral e ciência são impostos às consciências individuais, coercitivamente, e, portanto, fenômenos coletivos, impostos à consciência individual.

O primeiro a introduzir o conceito de representação social foi Serge Moscovici, em *La Psicanalyse: Son Image ET Son Public* (1961), em seu estudo pioneiro das maneiras como a psicanálise adentrou na França. O próprio autor reconhece a importância do trabalho de Durkheim, iniciado com as representações coletivas. (MOSCOVICI, 2009).

Para Minayo (1998), a expressão Representações Sociais é a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento, além de ser filosófico. Esses conteúdos são de extrema importância e material de estudo, que atravessam a história e diferentes correntes de pensamentos sobre o social. Podem ser definidos pelas ciências sociais como categorias de pensamento, de ação e de sentimento e que vão expressar a realidade, explicando, justificando ou questionando.

Moscovici (2009) ressalta que, em nossa cultura, algo muito comum são as explicações que as pessoas encontram nos horóscopos, cura pela fé ou no consumo de

remédios miraculosos. Isso não é frequente em pessoas excluídas da sociedade, mas, sim, na população em geral, inclusive aquelas pessoas mais informadas. Em casos como de doenças, há muito mais facilidade em acreditar nas explicações populares do que nas científicas. Eis o porquê da necessidade de uma perspectiva teórica para iluminar esses fenômenos, que são parte da cultura em que nos encontramos e da vida em sociedade.

As Representações Sociais são fenômenos complexos e sempre ativos que agem na vida social. Elas são como sistemas de interpretação, que conduzem a nossa relação com o mundo e com os outros, tendo o papel de orientar e organizar as condutas e as comunicações sociais. Tem também papel de intervir na difusão e assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (JODELET, 2001).

Conforme Minayo (1998), o campo das Representações Sociais é importante para o estudo e pesquisas das Ciências Sociais, pois mostram os atores em relação ao senso comum, ideias, imagens, concepções e visão de mundo. Essas concepções podem se manifestar em condutas e chegam a ser institucionalizadas, então, devem ser analisadas por meio da compreensão das estruturas e comportamentos sociais. A melhor maneira de se conseguirem essas análises é pelo senso comum, que é a forma de conhecimento e interação social.

Semin (1998) afirma que as Representações Sociais são inicialmente pontos de balizamento, fornecendo uma posição ou perspectiva a partir da maneira que um indivíduo ou um grupo observa e interpreta os acontecimentos e situações. Elas fornecem pontos de referências na qual uma pessoa se comunica com outra, deixando-lhe situar-se e situar o seu mundo. Com apenas uma palavra ou frase, como a pergunta inicial, mobiliza-se uma representação social.

As Representações Sociais se tornam importante em nosso cotidiano por nos guiar “[...] no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma decisiva.” (JODELET, 2001, p. 17).

Podemos considerar que as Representações Sociais são elaboradas e coletivamente compartilhadas. As Representações Sociais podem ser processos de comunicação em desenvolvimento nos grupos sociais, ou o resultado desse processo, decorrendo sempre de um procedimento de comunicação e discurso. A partir de um grupo, é que se cria um objeto

representado, que será dado significado e realidade. As Representações Sociais é uma imagem de um objeto sempre em movimento na ideia das pessoas, fazendo parte, também, a prática interativa de um grupo. Assim, nessa interação que se expressa e confirma as crenças subjacentes, sendo as Representações Sociais uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem (ABRIC, 1998).

Jodelet (2001) apresenta os processos de formação das representações explicando sua estruturação. O processo de objetivação é decomposto em três fases, e a construção seletiva e esquematização estruturante manifestam o efeito da comunicação e das pressões ligadas à atribuição social dos sujeitos, sobre a escolha e a organização dos elementos que constituem a representação, e a outra é a naturalização.

Para Ordaz e Vala (2000) a objetivação faz a análise através das quais um conceito é objetivado, um fenômeno é pensado de forma objetivada, quando ele adquire materialidade e passa a ser a expressão de uma realidade vista como natural.

Outro processo é a ancoragem, que assegura a incorporação das representações no social e intervém ao longo desse processo. É ela que dá coerência, aprofundando a representação e o objeto em uma rede de significações, permitindo assim situá-lo aos valores sociais. Nesse processo, há um trabalho de memória, na qual um pensamento já constituinte se apoia sobre um pensamento constituído, enquadrando essa novidade a esquemas antigos, ou seja, conhecidos (JODELET, 2001). O processo de ancoragem é a transformação do não familiar em familiar, na qual as representações sociais depois de constituídas tornam-se funcionais (ORDAZ; VALA, 2000).

Por outro lado, a ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente. Assim, dá continuidade à objetivação. A naturalização das noções lhes dá valor de realidades concretas, diretamente legíveis e utilizáveis na ação sobre o mundo e os outros. De outra parte, a estrutura imagética da representação se torna guia de leitura e, por generalização funcional, teoria de referência para compreender a realidade (JODELET, 2001, p. 39).

Wagner (1998) coloca a teoria das Representações Sociais em dois sentidos, sendo que, a primeira diz respeito às Representações Sociais serem socialmente construídas por meio de discursos públicos nos grupos. A forma como as pessoas pensam e o conhecimento que têm do seu universo é o resultado de processos discursivos e, portanto socialmente construídos. Já o segundo sentido é aquele criado pelo grupo. Se esse grupo trata a loucura

como possessão demoníaca, a mesma se torna um fato em seu mundo. O autor ainda afirma que “Uma representação é mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas; ela compreende também seu comportamento e a prática interativa de um grupo.” (p. 11).

Vários são os autores e vertentes nas Representações Sociais, porém a pesquisa será orientada, sobretudo, ao trabalho de Denise Jodelet. O que se pretende neste trabalho é que se realize um diálogo em torno da questão da saúde e doença, sua articulação com as políticas públicas sob o prisma das Representações Sociais de nossos sujeitos de pesquisa.

## 4.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA

Os estudos em saúde e doença têm se mostrado como destaque nas pesquisas em Representações Sociais. Conforme Abric (1998), a teoria das Representações Sociais é vista com sucesso pela renovação nos interesses pelos fenômenos coletivos e pelas regras que regem o pensamento social. O estudo do “senso comum” e do pensamento “ingênuo” aparece, então, como essencial. A maneira que o indivíduo ou grupos têm para agir ou tomar posição é fundamental na compreensão da dinâmica de interações sociais e para clarificar os determinantes das práticas sociais.

Para Heilborn (2003), as condições sociais dos sujeitos são distintas, e, assim, se entrelaçam determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional. Com isso, são feitas as condições de existência e produz a experiência social dos sujeitos, que determina sua apreensão do mundo e as vicissitudes de sua trajetória existencial.

Minayo (1998) ressalta que as Representações Sociais de saúde e doença nas sociedades capitalistas são marcadas por relações sociais que se fazem a partir da diferenciação de classes, da desigualdade na distribuição e atribuição de riquezas, portanto, a concepção de saúde e doença está marcada por esse tipo de contradição. Dessa maneira, as contradições se refletem nas representações de classes trabalhadoras e que se subordinam à visão dominante, e a reinterpretam de forma característica de acordo com suas condições de existência e dos seus interesses específicos. Podemos citar, também, que, nas classes dominantes, o médico é o principal agente da prática e agente do conhecimento.

O conceito de saúde e doença não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Refletem a conjuntura social, econômica, política e social. Isso dependerá de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Aquilo que é considerado saúde e doença podem variar muito (SCLAR, 2007).

Para Serpa (2007), os trabalhos em Representações Sociais têm ganhado destaque no campo da saúde. Isso acontece porque, para trabalhar as questões relacionadas à saúde e a doença, é necessário compreender quais os sentidos que as pessoas dão a esses conceitos. Assim, facilitam-se as intervenções e propostas de ações em saúde e prevenção, conhecendo, também, as questões sociais e econômicas a ser estudada. Também é destacado pelo autor, que a questão do cuidar está mais relacionada a atributo do sexo feminino. Por outro lado, é importante destacar que estudos vêm comprovando que os homens têm apresentado grande dificuldade em cuidar da própria saúde.

Camargo-Borges e Japur (2005) mostram a importância de uma prática sensível às interações, à escuta e à permanente negociação entre uma equipe de saúde e a comunidade. Trabalhar com o processo de saúde e doença situado e contextualizado facilita a criação de uma rede de relações em que se constroem necessidades por meio de um processo dinâmico e dialógico entre as pessoas envolvidas.

Ramos e Gutfreind (2007, p. 38) revelam, em relação à saúde e a doença, que:

Acredita-se que a cultura de um grupo, bem como o seu meio social, são fundamentais para se entender o conjunto de crenças, hábitos e práticas, de uma determinada comunidade e como ela atua diante dos estados considerados saudáveis em oposição aqueles considerados como uma manifestação de doença.

Lembrando ainda que, para os mesmos autores, as pessoas não apenas recebem a cultura, mas interagem com sua comunidade em todos os segmentos, seja com a família ou com o Estado. Assim, elas influenciam e são influenciadas na transmissão e reconstrução das comunidades culturais nas quais estão inseridas, modificando-as também. A cultura é, então, um fator determinante nas Representações Sociais de saúde e doença. Salienta-se a importância desta pesquisa nessa comunidade, por suas características peculiares.

Em estudo realizado por Gomes e Aguiar (2006) sobre as Representações Sociais de saúde e doença em um PSF na área rural em município da Bahia, conclui-se que o PSF, atual

ESF, é um espaço de reconstrução do processo saúde-doença, podendo desmistificar conceitos e valores que foram reforçados na cultura local, na qual o modelo de atenção tinha ênfase na cura das doenças e não na prevenção. Portanto, verifica-se a necessidade de reconstrução dessas Representações Sociais de saúde e doença dessa população reformulando as estratégias de intervenção nesse local de pesquisa, a favor de um sistema de saúde em defesa da vida.

Verificamos assim, a importância dessa pesquisa em Representações Sociais de saúde e doença em uma ESF, que pode ser aproveitado como local para a reconstrução desse processo, na qual vem sofrendo alterações ao longo do tempo.



## **5 OBJETIVOS**

---

## 5.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as Representações Sociais de saúde e doença e sua articulação com as políticas públicas de atenção a saúde de moradores da área rural e frequentadores de uma ESF Rural de um município de Mato Grosso do Sul.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sociodemográficas dos participantes, como: idade, sexo, renda familiar, estado civil, nível de escolaridade, ocupação profissional e tipo de propriedade rural.

Verificar quais as estratégias utilizadas como enfrentamento de doenças, assim como as necessidades da população no enfrentamento de doenças.

Analisar as opiniões sobre o atendimento que recebem na ESF.

## **6 METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS**

---

## 6.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa realizada utilizou o método qualitativo. Para Minayo (1998), esse método permite uma compreensão profunda e detalhada dos fenômenos estudados, como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo então, um método adequado para uma pesquisa em Representações Sociais.

A pesquisa qualitativa, geralmente, é direcionada ao longo do seu desenvolvimento, não costuma enumerar ou medir eventos, nem a empregar instrumental estatístico para analisar os dados. Além disso, os dados são descritivos e o contato é direto e interativo do pesquisador com a situação pesquisada. O pesquisador costuma entender os fenômenos segundo as perspectivas dos participantes da situação estudada e, a partir daí, interpreta os fenômenos estudados (NEVES, 1996).

Esse foi o melhor método encontrado para a presente pesquisa, visto que, para trabalhar com as Representações Sociais, os entrevistados devem falar livremente, enquanto tais dados são interpretados posteriormente, sem que existam dados para serem medidos, mas sim falas para serem explicadas.

## 6.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi realizada em uma sala, definida previamente, da ESF Rural e reservada para tal fim, em um município de Mato Grosso do Sul. O instrumento utilizado para a realização da pesquisa foi entrevista semiestruturada, com questões que pudessem remeter às Representações Sociais dos usuários da ESF com relação à saúde e à doença, como também aos serviços da ESF, além de itens referentes a dados sociodemográficos (APÊNDICE A). Triviños (1987) afirma que, na entrevista semiestruturada, aparecem questionamentos básicos, que oferecem campos de interrogativa e são apoiados em campos e hipóteses que interessam à pesquisa. Esses novos campos de interrogativas são hipóteses que surgem conforme as respostas do informante, ou seja, essas questões não nasceram *a priori*.

Segundo Boni e Quaresma (2005), na entrevista semiestruturada existem perguntas abertas e fechadas combinadas, com a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. A qualquer momento o entrevistador pode intervir a discussão para o assunto que interessa,

fazendo perguntas adicionais, ou caso tenha fugido, voltando para o objetivo inicial. Santos e Candeloro (2006) corroboram afirmando que nesse tipo de entrevista, existe a confluência de perguntas que são previamente elaboradas, com questões que surgem a partir das respostas dos entrevistados.

Após encaminhada uma solicitação de concordância para a realização da pesquisa na ESF Rural, explicando os objetivos, foi realizada a autorização e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco. Assim, os frequentadores da ESF Rural foram convidados a participarem da pesquisa.

Na sala reservada, foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a cada participante, de forma simples e acessível (APÊNDICE B). O usuário pôde aceitar e assinar o termo, antes de iniciar a entrevista. Ficou claro que ele tinha o direito de não querer participar ou desistir da entrevista em qualquer momento, sem implicações futuras.

As entrevistas foram gravadas, conforme autorização dos participantes, e transcritas na íntegra.

### 6.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

A proposta inicial para a presente pesquisa era selecionar 20 pessoas, sendo 10 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Porém, a coleta de dados foi realizada com 15 mulheres e 4 homens. Esse fato se deve a uma dificuldade de encontrar homens na ESF Rural para a realização do estudo. Percebemos que as mulheres são predominantes na ESF, enquanto os homens raramente aparecem. Mostrou-se, conforme dados do município, que a população masculina é maior do que a população feminina. Assim, nesse caso, as mulheres se mostram fortemente presentes na procura da ESF Rural na qual foi realizada a pesquisa.

Dessa forma, só foi possível realizar as entrevistas com um menor número de homens, ou seja, os que compareceram. Vale lembrar que os homens que frequentaram a ESF Rural, no período da coleta de dados, eram, em sua maioria, funcionários da prefeitura, que trabalhavam próximo à ESF, facilitando assim a procura pelos serviços. Os participantes do sexo masculino e feminino tinham idade entre 20 e 40 anos. Foi escolhido o dia de consulta médica, pois é o mais frequentado na ESF. Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente,

conforme a frequência no serviço de saúde, desde que atendesse a idade como pré-requisito, ou seja, o participante deveria ter entre 20 e 40 anos.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2011.

## 6.4 ANÁLISE DE DADOS

As falas dos participantes foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o referencial teórico das Representações Sociais. O material foi lido para identificar os temas que surgiram em cada questão. As categorias, que foram assinaladas como temas, surgiram a partir das verbalizações dos sujeitos participantes dessa pesquisa. Os relatos sobre saúde e doença foram dispostos de acordo com cada tema surgido. Posteriormente, foram analisadas as questões sobre a ESF. Assim, foi possível trabalhar as falas dos participantes sobre questões sociodemográficas, as Representações Sociais de saúde e doença e as políticas públicas de saúde.

Para manter o anonimato dos entrevistados, eles foram identificados pela letra “E”, seguida de um número de identificação de acordo com a ordem das pesquisas realizadas, durante todo o processo da análise.

Os dados sociodemográficos obtidos com a realização das entrevistas foram demonstrados em forma de tabela, posteriormente analisados e discutidos. A análise dos relatos teve como embasamento a teoria das Representações Sociais.

## 6.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Para a viabilização deste estudo, seguiram-se as preconizações do Conselho Nacional de Saúde, para pesquisas com seres humanos, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, estabelecidas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, tratando-se de investigação não invasiva e que não envolve qualquer tipo de manipulação que atente contra a ética em pesquisa e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (ANEXO) (BRASIL, 1996).

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

## 7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa são frequentadores de uma ESF Rural em um município de Mato Grosso do Sul. O estudo teve como propósito analisar as Representações Sociais de saúde e doença, ao lado das políticas públicas de saúde dessa população.

Iremos neste primeiro tópico, considerar os dados sociodemográficos da pesquisa. Em seguida, foram classificadas e analisadas as entrevistas por meio de alguns temas e de acordo com o significado do que foi proposto.

A fim de melhor conhecer o perfil e a realidade dos participantes da pesquisa, algumas perguntas foram realizadas, como idade, sexo, profissão, estado civil, renda familiar, se possui carro, plano de saúde, filhos e número de pessoas com quem mora.

No Quadro 1 são apresentados os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. Pode-se observar que entre as principais atividades desenvolvidas pelos participantes estão: motoristas (6), tratoristas (2), serviços gerais (2), agente comunitária de saúde (21), campeiros (2), merendeira (1), cultivos de lavoura (2), auxiliar de serviços gerais (1), capataz de fazenda (1), jardineiro (1), assistente administrativo (1), corretor (1), produtor de leite (1) e vendedora (1). Procurou-se investigar as atividades exercidas por todos os membros da casa. Destaca-se aqui que a maior parte das atividades apresentadas é desempenhada pelos homens, mostrando que ainda há uma relação do homem como aquele que sustenta a família. O papel desempenhado pelas mulheres, como cuidar da casa, da família ou dos filhos não são lembrados, pois não são geradoras de renda. Assim como as atividades próximas a casa, como cuidar da horta ou dos animais, por exemplo.



**QUADRO 1 -** Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa

<b>Entrevistado</b>	<b>Idade (ano)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Renda familiar (R\$)</b>	<b>Ocupação profissional</b>	<b>Possui carro</b>	<b>N. pessoas com quem mora</b>	<b>N. filhos</b>
E1	28	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	Casado	1.000,00	Doméstica	Não	3	1
E2	23	Masculino	Ensino Fundamental completo	Solteiro	1.500,00	Motorista	Sim	2	0
E3	32	Masculino	Ensino Fundamental completo	União estável	1.400,00	Motorista	Sim	3	1
E4	27	Feminino	Ensino Médio incompleto	Casado	1.800,00	Do lar	Sim	5	3
E5	24	Feminino	Ensino Fundamental completo	Casado	650,00	Do lar	Não	4	2
E6	30	Masculino	Ensino Superior completo	Solteiro	1.700,00	Motorista	Sim	4	0
E7	22	Masculino	Ensino Médio completo	Solteiro	250,00	Desempregado	Não	4	0
E8	20	Feminino	Ensino Superior incompleto	Solteiro	2.000,00	Estudante	Sim	5	0
E9	35	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	União estável	900,00	Do lar	Sim	3	2
E10	27	Feminino	Ensino Fundamental completo	Casado	1000,00	Do lar	Não	3	1
E11	39	Feminino	Alfabetizado	Casado	760,00	Do lar	Não	3	1
E12	23	Feminino	Ensino Superior incompleto	Casado	1.050,00	Do lar	Não	3	1
E13	21	Feminino	Ensino Médio completo	Casado	750,00	Do lar	Não	2	0
E14	22	Feminino	Ensino Médio completo	Casado	993,00	Do lar	Não	2	0
E15	31	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	Casado	900,00	Do lar	Não	4	3
E16	34	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	Casado	1.000,00	Do lar	Sim	4	2
E17	23	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	Casado	900,00	Do lar	Sim	4	2
E18	40	Feminino	Não alfabetizado	União estável	1.000,00	Do lar	Não	5	5
E19	40	Feminino	Ensino Fundamental incompleto	Casado	2.000,00	Vendedora autônoma	Não	5	3

Observa-se no Quadro 1 que, das 19 pessoas entrevistadas, 4 são do sexo masculino e 15, do sexo feminino. Há uma prevalência de pessoas do sexo feminino que frequentam a ESF Rural, conforme já discutido. Em relação ao estado civil, 4 dos participantes são solteiros e 12, casados e 3 vivem em união estável. A idade dos participantes da pesquisa ficou entre 20 e 40 anos, já que este era um pré-requisito para o estudo.

Quanto à escolaridade, seis entrevistados tinham ensino fundamental incompleto, quatro com ensino fundamental completo, um participante com ensino médio incompleto, três com ensino médio completo, dois com ensino superior incompleto, um com ensino superior completo, um alfabetizado e um não alfabetizado. O que se percebe é que há uma predominância de pessoas que cursaram apenas o ensino fundamental, sendo esta uma característica específica de moradores da região rural, já que frequentar a escola nesse local torna-se muito complicado, principalmente pela distância e difícil acesso.

Quando se trata da propriedade rural em que vivem, dez dos entrevistados moram em fazendas não próprias e nove vivem em sítio, sendo seis próprios e três não próprios. Devemos destacar que essa é uma região na qual predominam grandes propriedades rurais. Porém, apenas quem vive nessas propriedades são os trabalhadores e funcionários dessas fazendas, enquanto os proprietários vivem nas grandes cidades. Compreende-se que quem sofre as consequências do difícil acesso a essas propriedades são os trabalhadores rurais. Dos participantes da pesquisa, somente oito possuem carro. Aproveitando o destaque anterior, percebemos que muitos moradores se veem obrigados a adquirir um carro, já que moram em uma região na qual se torna dificultoso chegar nos lugares sem um transporte próprio. Assim o carro torna-se uma questão de necessidade e prioridade.

No que se refere à renda familiar, os resultados apresentaram uma variação de 250 reais a 2.000 reais, tendo uma média de 1.134 reais. Em relação às mulheres, doze delas possuem como ocupação “do lar”, uma estudante, uma doméstica e uma vendedora autônoma. Podemos perceber um maior número de mulheres que não trabalham fora de casa, já que nessas localidades fica difícil trabalhar por morarem em áreas isoladas. A minoria trabalha informalmente, enquanto somente os homens saem de casa para a atividade de sustento da família. Dos homens, temos três motoristas e um desempregado. A renda dessa população é abaixo de 2.000 reais, o que caracteriza uma falta de perspectiva profissional. Vale destacar o pequeno número de entrevistados do sexo masculino.

Com esses dados, percebe-se também que as formas de organização das famílias ainda se configuram em um patriarcalismo, no qual o homem exerce uma influência maior sobre os outros membros da família, em especial, sobre as mulheres. Isso é mostrado nas informações de que os homens costumam sair para trabalhar e sustentar as famílias, enquanto as mulheres ficam em casa e cuidam dos filhos.

Por último, na análise dos dados sociodemográficos, 11 dos entrevistados não possuem nenhum tipo de plano de saúde, 4, o PAX Primavera<sup>1</sup> e 4, a Caixa de Assistência dos Servidores de Mato Grosso do Sul<sup>2</sup>. Pelas entrevistas, todos os participantes utilizam o SUS.

## 7.2 PRINCIPAIS ATIVIDADES DE SUSTENTO DA FAMÍLIA

O Quadro 2 apresenta as principais atividades profissionais da família dos entrevistados.

---

<sup>1</sup> O PAX Primavera é um plano de assistência familiar que atua com serviços funerários, porém, oferece pequenos descontos nos serviços de saúde em locais conveniados.

<sup>2</sup> A Caixa de Assistência dos Servidores de Mato Grosso do Sul é um plano de saúde para os funcionários públicos estaduais e, no caso do município em estudo, aos servidores municipais, ou seja, apenas quem pode adquirir são os funcionários públicos e seus familiares, e, para se beneficiar desse plano, é descontada uma porcentagem do salário.

**QUADRO 2** - Principais atividades profissionais da família dos entrevistados

Entrevistados	Principais atividades profissionais da família
E1	Serviços gerais
E2	Motorista de ônibus
E3	Motorista de ônibus e agente comunitária de saúde
E4	Campeiro
E5	Campeiro
E6	Motorista de ambulância, merendeira e tratorista
E7	Cultivo de lavoura
E8	Motorista de ônibus e auxiliar de serviços gerais
E9	Motorista de ônibus
E10	Capataz de fazenda
E11	Jardineiro
E12	Assistente administrativo
E13	Motorista de ambulância
E14	Serviços gerais
E15	Corretor
E16	Tratorista
E17	Tratorista
E18	Cultivo de lavoura e aposentadoria
E19	Produção de leite e vendas

Conforme o Quadro 2, muitas pessoas já não têm mais a terra ou o trabalho no sítio ou na fazenda como principal atividade da família. Algumas que vivem nesses locais buscam outros tipos de atividades, de forma que estas não sejam necessariamente nas propriedades rurais.

Entende-se que muitos manifestam a vontade de ir para a cidade, já que se acredita que a vida nesta é de maior acesso aos vários benefícios e menos exclusão social. Nota-se uma ilusão em relação à vida que se leva nos grandes centros, pois, hoje, a maioria das pessoas no campo tem acesso à televisão, ou seja, à mídia, sendo ela criadora de uma fantasia de que na cidade as condições de vida são melhores.

### 7.3 SOBRE SAÚDE

As Representações Sociais para Viana, N. (2008) representam sempre ‘alguma coisa’, formam ‘universos de opinião’, que são tanto quanto as classes, culturas e grupos. A partir

disso, pôde-se observar como os participantes da pesquisa compreendem e imprimem significados à saúde.

### 7.3.1 Representações sociais da saúde

#### 7.3.1.1 Saúde como tudo

Para Santos e Almeida (2005), a representação social é designada como saber de senso comum, saber ingênuo ou natural, que não é igual ao saber científico, porém tem tamanha importância para a vida social, merecendo atenção de estudo.

A Representação Social de saúde aparece várias vezes sendo “tudo” para os participantes:

*Ah é fundamental. Saúde é tudo, praticamente. Sem saúde, a gente não é nada. (E5)*

*Saúde é tudo, tudo de bom. É poder... Assim, ter uma vida normal, feliz. E poder viver bem. (E7)*

*Saúde? O que significa? Tudo! (E10)*

*Saúde pra mim é tudo. Saúde pra mim é primeiro lugar. (E13)*

*Ah saúde pra mim, acho que saúde é tudo. (E17)*

*Saúde é... Boa, porque saúde tem que ser coisa boa, porque saúde é tudo nessa vida. Se tem saúde, é importante, é bom. (E19)*

A Representação Social de saúde para os entrevistados acima, refere-se ao que se tem de mais importante na vida, sendo tratada de forma positiva e fundamental para viver, sendo uma construção da Representação Social de saúde generalista. Apenas para o participante E7, além de ser “tudo”, está relacionada também com felicidade. Essas opiniões aparecem em trabalhos como o de Silva, A. (2009) com clientes de academias de ginástica em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no de Serpa (2007), com portadores de hipertensão arterial e diabetes que frequentavam o grupo de apoio em uma Unidade Básica de Saúde e os que não frequentavam, na qual vários entrevistados também possuem a Representação Social de saúde como tudo em suas vidas.

### 7.3.1.2 Saúde como bem-estar e não sentir dor

Podemos analisar os relatos de entrevistados que consideram a Representação Social de saúde como “bem-estar” ou “estar bem”, mostrando que este é um julgamento que nos remete ao conceito de saúde como ao que é colocado pela Organização Mundial de Saúde em 1948, em que saúde é definida como completo bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997). Porém, como já mencionado no referencial teórico, para Segre e Ferraz (1997), esse conceito está ultrapassado, já que se torna utópico e que evidencia uma separação entre o físico, mental e social. Um estudo realizado com professores do ensino fundamental de Jequié, Bahia, por Guimarães et al. (2005), mostrou que 71,5% dos entrevistados consideram saúde como bem-estar, assim como nesta pesquisa, conforme mostrado no relato abaixo:

*Saúde é bem-estar. Tem que estar bem, porque se sentir alguma coisa, tem que correr pra procurar o médico e ver o que aconteceu. Ainda mais hoje em dia que tem muita doença ruim. (E1)*

Com isso, percebemos que esse conceito de saúde relacionado a “bem-estar” ainda se encontra muito presente em todas as populações, assim como no presente estudo. Ainda no relato E1, outros aspectos são lembrados, como “sentir alguma coisa” já significa não ter saúde, precisando procurar o médico, valorizando esse profissional. Podemos verificar que a entrevistada também aponta a existência de “doença ruim hoje em dia”, que pode ser explicada pela maior facilidade que temos para diagnosticar doenças na atualidade, como o câncer, por exemplo.

A representação social de saúde, para alguns entrevistados, além de “estar bem”, significa “não sentir dor”. Isto pode se relacionar ao modelo biomédico, no qual o foco se dá nas causas biológicas da doença. Destacamos também, que “levantar e não sentir nenhuma dor” significa fazer as atividades diárias normalmente, sem que algo incomode. Podemos ver em alguns relatos:

*Saúde pra mim? Ah é estar bem, levantar e não sentir nenhuma dor. (E2)*

*Saúde pra mim acho que é você estar bem. Sem estar sentindo nada. Eu acho que é saúde. Você estar se sentindo bem mesmo, sem estar sentindo nada. (E9)*

*Ah saúde, pra mim, eu acho que é... É assim, está de bem com a vida. E você não ficar só em medicamento. Se você ficar só em medicamento direto e você está sempre sentindo alguma coisa, você não está bem de saúde. Eu acho assim. (E11)*

Serpa (2007) coloca um ponto importante em considerar a saúde como “não sentir dor” ou “não sentir nada”, já que muitas doenças são assintomáticas, como as crônicas. A mesma autora encontrou respostas parecidas com a população pesquisada portadora de hipertensão arterial ou diabetes. Também Lima (2005), em estudo com portadores de diabetes Melito, mostrou esses resultados, explicando o fracasso encontrado nos programas de prevenção de doenças crônicas como diabetes, cuja patologia pode evoluir sem apresentar sintomas durante muito tempo e o paciente não aderir ao tratamento e à prevenção necessária. No relato E11, a participante coloca a Representação Social de saúde também relacionada à felicidade, quando coloca “estar de bem com a vida”. Além disso, para a mesma entrevistada, fazer uso de medicamento significa não ter saúde.

### 7.3.1.3 Saúde como boa alimentação e a prática de atividade física

Encontramos a Representação Social de saúde associada à alimentação em alguns relatos. Percebemos o assunto divulgado constantemente na mídia e na percepção das pessoas nos dias atuais. Tal fato pode estar colaborando para as influências das ideias da população.

*Acho que você tem que... Você tem que estar bem. Consigo mesma... Alimentação. Acho assim... (E4)*

*Eu acho, no meu dizer, que saúde é você ter uma boa alimentação, você ser saudável e sempre procurar por onde não fazer coisa errada para não prejudicar mais pra frente. Pra mim é isso, eu acho. (E6)*

*Saúde pra mim é... Eu acho que a saúde é tudo pra pessoa. Você saber se alimentar, você saber se cuidar, se tem higiene. A saúde é tudo, porque você pensa uma pessoa todo dia está no médico. Você entendeu? Dependendo de medicamento, todo dia tomando. E a saúde, eu acho que, no meu pensamento, vai do que você come. Tem um fator muito... Porque, se eu “ponhar” um combustível ruim no meu carro, ele vai dar problema no motor, não vai? Então, se eu “ponhar” uma coisa ruim na minha vida, fritura, muita coisa, vai dar algum problema em mim. Vai acumulando aquilo. Então, eu acho que a saúde depende muito da gente mesmo também, ter uma boa saúde. (E15)*

*O que é saúde pra mim? Significa problema de se alimentar bem. Assim, não muito lá, aquelas coisas, bastante também, sempre no limite. Água durante o dia, bem puxado um pouquinho, caminhar um pouquinho. Eu quase não faço, porque eu estudo, mas daqui pra lá dá uns dois km e eu vou a pé. A respeito da comida, minha comida é magra, sal muito pouco também. (E18)*

Podemos considerar nessas afirmações dos entrevistados que a Representação Social de saúde é algo muito importante e fundamental como se alimentar de maneira correta. Também no relato da participante E15, que relaciona a se cuidar e ter higiene, saúde é o mesmo que não procurar o médico frequentemente e tomar medicamento, o que já foi encontrado em outros relatos colocados no sentido da doença. A mesma entrevistada ainda chama a atenção para o fato de se colocar como ativa para alcançar a saúde, quando faz a comparação da comida e do corpo humano, com o combustível e o carro, ou seja, alimentar-se bem para proporcionar boas fontes de energia e assim manter a saúde. As Representações Sociais para esses entrevistados versam o fato de os bons hábitos alimentares estarem presentes nos assuntos da mídia e pelos profissionais da saúde.

Os hábitos alimentares estão entre os comportamentos promotores de saúde e, portanto, preventivos de doença. Um aspecto determinante no estilo de vida saudável é uma alimentação racional e que leve em conta a variedade de nutrientes e a forma correta de ter uma alimentação saudável. A saúde e a doença são influenciadas diretamente e de forma inegável pelo comportamento alimentar (VIANA, V., 2002). Em estudo realizado por Rivera e Souza (2006) com crianças em uma comunidade rural, o arroz e feijão têm sido presentes, pelo menos, uma vez ao dia pelos escolares. Isso mostra que os alimentos tradicionais ainda integram a dieta básica dessa população rural estudada. Portanto, essa comunidade consegue conservar parte do hábito alimentar tradicional, o que não ocorre com a população urbana, já que está mais exposta aos produtos industrializados e aos *fast-food*.

Os relatos que relacionam a saúde com o comportamento alimentar estão em consonância com o modelo biopsicossocial e se mostram de maneira positiva, já que a pessoa pode ser responsável pelo comportamento e se empenhar para promover a saúde.

Quando questionada sobre a existência de desconforto em alguma parte do corpo, uma entrevistada revela não sentir dor, porém ela acredita que isso só aconteceu porque ela começou a praticar caminhada. Um estudo realizado por Aveiro et al. (2004), com mulheres osteoporóticas, mostrou que a prática de atividade física, composta de caminhada,



alongamento e fortalecimento do músculo quadríceps, realizado por 12 semanas, três vezes na semana, contribuiu na melhora da qualidade de vida e redução da dor. A participante E15 consegue ver que a prática de uma atividade física traz uma considerável melhora em sua vida, tendo uma participação e se esforçado para conseguir se sentir melhor e diminuir a dor, sem medicamentos, o que não ocorre com muitos entrevistados nesta pesquisa. Nesse caso, a Representação Social de Saúde é relacionada à prática de atividade física, como a caminhada.

*Não, não sinto não. Antes de fazer caminhada eu sentia, acordava toda dolorida, doía meu pescoço e não sei o que. Mas depois que a gente faz caminhada, você dorme mais leve, acorda mais leve. Você não tem essas coisas de doer não. (E15)*

Podemos citar uma entrevistada que quando questionada sobre a atitude adotada para a obtenção de saúde, relatou mudar o estilo de vida:

*Já. Eu mudei meu estilo de vida, porque eu era mais nova, tive colesterol e teve que mudar totalmente o estilo. Só. Procurei o posto de saúde. (E8)*

É interessante observar como a entrevistada (E8) teve uma atitude ativa perante a doença, quando se refere à mudança no estilo de vida por um problema de colesterol. Ela conseguiu perceber que, mudando as suas atitudes, teria uma vida melhor e mais saudável. Quando revela que teve um problema de colesterol, provavelmente mudou a alimentação e começou a praticar atividades físicas, conseguindo atingir uma melhor qualidade de vida. Nesse caso, a Representação Social de saúde está associada a um estilo de vida mais saudável. Sartorelli e Franco (2003), em estudo com diabéticos, afirmam que a mudança no estilo de vida e prevenção demonstrou uma redução de 58% da incidência dos casos de diabetes por meio do estímulo à dieta saudável e prática de atividades físicas. Porém, diferenças sociais, econômicas e culturais podem influenciar nos desfechos desses programas de prevenção, não sendo uma tarefa fácil. A entrevistada E9 revela estar sempre ruim, sendo natural usar a medicação até que se encontre ruim novamente.

Podemos salientar como uma das entrevistadas (E15), quando responde a pergunta sobre alguém doente na família, apresenta a Representação Social de Saúde intrínseca na relação alimentação e prática de atividade física. O cuidado deve ser a partir desse binômio para se obter a saúde necessária. Aquele que não se disciplina para isso, de acordo com a entrevistada E15, é relaxado e não está preocupado em manter sua saúde. Devemos ressaltar que esse é um relato isolado no local onde foram realizadas as entrevistas. Rique, Soares e

Meirelles (2002) reafirmam a importância de uma dieta adequada e a prática de exercícios físicos para a prevenção de doenças, em especial, a redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares.

*Já, minha família é uma família que tem muitos tipos de... Assim, minhas irmãs todas, minha mãe com 30 anos, na minha idade já tinha tirado o útero. Mioma. Mas, assim, por isso que eu já me preocupo tanto com a minha saúde. Minha mãe teve câncer, meu pai tem problema de coração, minha mãe tem problema no coração, minha mãe é hipertensa, minha mãe tem diabetes, entendeu. Então eu já sou... Já não como o que eu sei que no futuro pode me deixar com diabetes. Na minha casa refrigerante não entra. Só suco de laranja, suco de couve com limão, suco de beterraba, porque eu tenho três filhas, eu vi o sofrimento da minha mãe. Agora pensa eu ver o sofrimento das minhas filhas. Então, ninguém lá em casa é gordo, obeso, todo mundo... Devido a alimentação, faz exercício físico, todo mundo. Eu ando 8 km mais meu marido e minhas filhas, toda tarde. Nós quatro. Porque é complicado você ver uma pessoa doente por causa de “relaxismo”. Isso eu não quero pra minha família não. (E15)*

A entrevistada E15 coloca seu histórico familiar de doenças, ressaltando a importância de se adotarem atitudes de prevenção para que ela e as filhas não tenham as mesmas doenças pela qual a mãe passou. A mesma mostra atitudes de prevenção de doenças para as filhas, para que elas não passem pelas mesmas doenças que a família já viveu. Merece destaque a afirmação da entrevistada quando relata que essas doenças são “relaxismos” das pessoas, que podem evitar as doenças, mas preferem não ser ativas, ou seja, se a pessoa assume uma atitude de prevenção, ela pode impedir tais enfermidades.

A promoção da saúde constitui um modo de ver a saúde e a doença, o que pode ajudar a romper com a hegemonia do modelo biomédico. São necessárias mais ações de estratégias cotidianas para a promoção de saúde, promovendo a autonomia de pessoas, indivíduos e profissionais, para que a saúde possa ser entendida como resultante das condições de vida. Destacam-se cinco estratégias que podem ser trabalhadas na promoção de saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A articulação entre esses campos de ação representa uma força maior que poderá impulsionar transformações na realidade de saúde da população (HEIDMANN et al., 2006).

Entende-se, então, que a promoção de saúde e prevenção de doenças é a melhor forma de conseguir resultados positivos em saúde, e uma das formas para serem alcançadas é por

meio de políticas públicas de saúde, ressaltando que várias já existem, por exemplo, a saúde da mulher, saúde do homem e saúde do adolescente. Porém, essa realidade não faz parte da população pesquisada, pois os cuidados com a saúde estão, na maioria das vezes, encarregados de outras pessoas, como os profissionais da área da saúde, cuja maior parte da população pesquisada não possui papel ativo para o alcance de melhores condições de vida. Por isso, orientar essas pessoas para a prevenção seria uma solução para essa população se cuidar, não dependendo apenas dos profissionais dessa área.

#### 7.3.1.4 Saúde representada de forma dicotômica

A saúde é demonstrada de forma dicotômica física/mental por três entrevistados. Isso não é considerado algo novo, já que durante muito tempo ela foi definida dessa maneira fragmentada e sem muitas objeções. Na atualidade, ela é ainda tratada dessa maneira, como nos relatos a seguir:

*O que é saúde? Acho que você estar bem, já esta com saúde. Se alguma coisinha que você tiver te incomodando, você já não... Já te agrava tudo. Pode ser talvez você está com algum problema que não seja assim físico, mas já, se você tiver com um problema assim fora, já abala a mente aqui, dá transtorno tudo. (E3)*

*Eu acho que... Como é que eu posso dizer. Acho que é assim, tipo o bem-estar da gente, assim... Você está bem, o corpo está bem, a mente, saúde está boa. (E12)*

Nos relatos acima, fica clara a fragmentação existente entre corpo e mente como se fosse possível essa separação. Porém, apesar dessa divisão, verifica-se nas falas que a saúde é a união de corpo e mente, na qual os dois devem estar bem para ter saúde.

#### 7.3.1.5 Saúde como capacidade de trabalho

Nesses depoimentos nota-se a representação social como boa capacidade de trabalho, como disposição para a vida e para o trabalho, já que vivemos em uma sociedade capitalista, e para a sobrevivência nesse sistema, é necessário o trabalho. O homem para produzir necessita da condição fundamental, ou seja, a saúde. Para Souto (2003, p. 30), “[...] é um verdadeiro capital a disposição do homem, razão porque passou a constituir pré-condição não somente

para o crescimento, mas principalmente para o desenvolvimento econômico [...]”. Essa definição se encontra presente tanto nos referidos relatos como nos apontados a seguir:

*Ah saúde é quando a gente está bem. Estando com saúde você tem disposição pra fazer tudo. E não estando é muito ruim. (E14)*

*Olha, saúde... Ai, meu Deus, deixa eu ver. É quando não está bem. Quando não está bem pra trabalhar, passa mal. Acho que é isso. É estar bem, pelo menos pra conseguir trabalhar. (E16)*

“Poder trabalhar” ou “ter disposição” apareceram como resposta para dois entrevistados conforme citados. A força de trabalho tem muita importância para essa população, já que, no local da pesquisa, há a predominância de trabalhos pesados e a força física torna-se fundamental para a sobrevivência de muitas famílias. Essa reflexão sobre saúde associada à força de trabalho nas áreas rurais já foi abordada nos referenciais teóricos, quando Abreu, Pordeus e Modena (2005) ressaltam que o homem rural necessita de um corpo forte para trabalhar. Essa é a representação social de saúde para alguns moradores dessa região, visto que, na área rural, a força física é sinônimo de produção e trabalho, e quando ela não está presente, não há como sustentar a família.

O que podemos entender a partir dos relatos acima, é que a doença traz prejuízos para esses entrevistados, já que não é possível trabalhar ou fazer as atividades diárias quando não está com saúde. O trabalho é colocado como uma tarefa importante, na qual a força física é o principal instrumento para consegui-lo.

### 7.3.2 Considerações sobre os serviços oferecidos

Conforme Travassos e Martins (2004), o funcionamento dos sistemas de saúde no Brasil é representado pelo centro da utilização dos serviços de saúde. Essa utilização constitui-se por todo contato direto com os serviços de saúde, como: consultas médicas e hospitalizações. Assim como, todo contato indireto: realização de exames preventivos e diagnósticos. Dessa forma, quando existe a procura dos serviços de saúde, essa utilização, é resultante da interação do comportamento do indivíduo que busca cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

Consideramos que seis entrevistados relacionaram as suas condições de saúde aos serviços de saúde ali oferecidos e a não ter um plano de saúde particular. Em pesquisa realizada por Goldbaum et al. (2005), no município de São Paulo, foi revelado que os locais nos quais a ESF é realmente implementada, a população apresenta condições de saúde melhores por frequentarem mais esses serviços, em especial onde a renda e escolaridade são menores. Por outro lado, Pinto e Soranz (2004) relatam que os planos privados de assistência à saúde são apenas mais um fator de geração de desigualdades sociais no acesso a serviços de saúde e na utilização deles, já que apenas quem possui é uma parcela específica da população brasileira e com as seguintes características: pessoas de maior renda familiar, inseridas em determinados ramos de atividade do mercado de trabalho; pessoas que avaliam seu estado de saúde como “muito bom” ou “bom”; moradores das capitais/regiões metropolitanas, locais em que o acesso à rede credenciada de prestadores de serviços e o número médio de prestadores por operadora é superior àquele observado nos municípios de menos de 80.000 habitantes. Dessa forma, esses participantes limitam suas condições de saúde a esses aspectos, estando a Representação Social relacionada ao antigo conceito de saúde como ausência de doença, o qual não leva em consideração a educação, o lazer, a moradia e outros, conforme estes relatos:

*Bom, a gente está com seis anos que veio pra cá. A gente morava em T. e agora está aqui. Pelo menos saúde, pra cá, é bem melhor, porque lá onde a gente morava a cidade cresceu. Para ir no posto tinha que madrugar, pediatria, essas coisas... Era horrível. Exame então, nem se fala. Como a gente morou lá, as condições de saúde eram precárias, negócio de saúde, essas coisas, pra cá a condição de saúde está ótima. Ainda mais no município daqui, porque N. quase eu não vou. É mais aqui na Gleba e J. (E1)*

*Para mim, no momento é 100%, porque aqui tem atendimento, tem tudo. (E6)*

*As minhas condições mesmo é igual fala, sem um plano é difícil. Então, assim, só falta um plano mesmo, porque eu não tenho nenhum. Mas, ainda bem que, tudo o que a gente quer, geralmente, consulta, tem aqui. Considero estável. (E9)*

*É, mais ou menos. Aqui na gleba era bem melhor antes. Eu morava aqui perto. Antes era bem melhor. Agora, tipo assim, às vezes está bem, às vezes você vem aqui passa pelo médico e não tem o remédio e você precisa e não tem. Aí você vai na farmácia e também não tem. É complicado. (E14)*

*Minhas condições de saúde não são tão ruins, perante a muitos lugares que a gente vê, mas não é o melhor. No caso, assim, exames, tem muita coisa que a gente precisa que tem muita demora, é muito lento. Mas eu sou uma*

*pessoa bem saudável. Eu sou uma pessoa que regularmente, durante o ano, faço um check-up, me preocupo com o meu preventivo, com tudo. Então, tem questão na minha família de câncer. Então não descuido não. (E15)*

*Olha, mais ou menos, eu acho que, eu acho que poderia até ser melhor se a gente pudesse pagar um plano, se pudesse pagar um plano de saúde bom. Mas, assim, não chega a ser ruim não. Porque a gente tem aqui o posto, tudo o que a gente precisa a gente consegue, exame, uma coisa ou outra. O atendimento não é ruim não. (E16)*

Essas falas revelam que existe uma associação entre uma boa condição de saúde e os serviços que essas pessoas utilizam, ou seja, se os serviços de saúde oferecidos caminharem bem, a saúde também caminha, na concepção dessas pessoas. A E1 relata o que se pode encontrar nos serviços públicos de saúde, como a espera para ser atendido, falta de acesso a exames e condições de saúde precárias, que mostra que os serviços de saúde prestados no município não são ruins, pois estão sendo comparados a outros lugares, onde se encontram piores. Nos relatos E9 e E16, as condições de saúde sendo relativamente boas, porém não deixam de comentar sobre a necessidade de um plano de saúde particular, ou seja, se eles tivessem o plano, estaria melhor. Isso indica que os serviços de saúde oferecidos são bons, quando comparados a outros, mas não excelentes, já que revelam o desejo de um plano de saúde particular. Essas afirmações só vêm a confirmar a Representação Social de saúde relacionada aos serviços de saúde oferecidos. Na interpretação desses entrevistados, a saúde pode ser melhor com a existência de um plano de saúde particular.

A falta de remédios, citada por E14, também representa a falha que existe nesse serviço, mostrando que ele não se encontra tão bom. Observamos que as Representações Sociais de saúde para os moradores dessa área rural não estão associadas a atitudes que eles mesmos podem ter para a promoção da saúde, mas sim aos serviços oferecidos. Para eles, se o remédio não é encontrado, a saúde se encontra em risco.

#### 7.4 SOBRE DOENÇA

Com o objetivo de buscar informações sobre a representação social de doença, outras perguntas foram realizadas em relação ao tema. Assim, foram provocados alguns questionamentos, para que melhor se explorasse o assunto, fazendo com que os pesquisados se expressassem mais sobre o que foi escolhido para investigação.

## 7.4.1 Representações sociais da doença

### 7.4.1.1 Doença como algo negativo

Foi perguntado para os participantes qual o sentido de “doença”. As Representações Sociais que versam sobre a doença aparecem relacionadas a algo “ruim”, “péssimo”, “que faz muito mal”, “triste” e “maligna”. Ressaltamos aqui apenas três dos oito depoimentos:

*Pra mim é algo que faz muito mal. A pessoa falou que está doente, já... (E3)*

*É ruim. (E10)*

*Acho que é a pior coisa. Minha vizinha mesmo, esses dias, estava com um problema lá e eu vi que ela não tava boa, é muito ruim. (E14)*

Nessas falas, podemos analisar que para os pesquisados a doença é relacionada a algo negativo e que pode atingir muito a vida da pessoa, de modo que quando esta diz que está doente, já é logo associado ao que é ruim. Essas respostas foram também encontradas na pesquisa de Ramos e Gutfreind (2007) em comunidade do Rio Grande do Sul, quando mostram que isso traduz uma realidade coletiva quando as pessoas demonstram sentimentos semelhantes e estados físicos e psicológicos compartilhados por esse grupo.

### 7.4.1.2 Doença como câncer

Em alguns relatos dos entrevistados, encontramos a doença relacionada com o câncer, a qual, os sujeitos da pesquisa afirmam ser doença ruim, outros reforçam que “doença mesmo” é o câncer. Conforme já comentado, esta é uma doença que assusta e preocupa as pessoas, visto que é uma enfermidade maligna, que tem sido descrita desde a antiguidade e é caracterizada por uma nova formação celular e pela capacidade de disseminação rápida. Com os avanços tecnológicos nas últimas décadas, os diagnósticos de câncer puderam ser melhores realizados, sendo mais diagnosticados em todas as regiões do Brasil. (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004). Em consequência disso, apresenta-se nos depoimentos dos sujeitos dessa pesquisa, a doença principalmente associada ao “câncer”:

*Doença? Doença mesmo... Vamos ver... É aquela doença que está dando agora, o câncer, que agora está vindo muito forte... (E1)*

*Doença? Doença pra mim é muita coisa. Tem doença que você não espera e acontece na sua vida, não tem como você prever. Tipo um câncer, uma coisa. Você não tem como lutar com ele, ele que vem. Mas tem muitas doenças que você mesmo trás pra você, entendeu? (E15)*

Muitos participantes da pesquisa colocam a doença relacionada com câncer, citando inclusive a doença como aquela que aparece de forma repentina, aparecendo de surpresa. É interessante o relato da participante E15, que coloca o câncer como uma doença que a pessoa não consegue lutar, esperando o pior. Para os entrevistados, o câncer é a pior doença que existe, aquela na qual a cura é a mais difícil ou impossível. Isso significa que não existem atitudes preventivas para essa doença, segundo essa fala. Ao mesmo tempo, coloca a existência de outras doenças que existem quando a pessoa não se previne contra elas.

#### 7.4.1.3 Doença associada ao uso de medicamentos

Alguns dos entrevistados relacionam a doença com remédio/medicamento. Essas afirmações nos levam a identificar que as Representações Sociais relacionadas à doença remetem a quando a pessoa está tomando medicamentos. Como mostram esses relatos:

*Sei lá... É algo que você, tipo, você vai ao médico, aí passa remédio, exige você fazer um tratamento, um acompanhamento. (E2)*

*Doença é uma coisa assim que você está tratando e... Ave Maria! Você tem que ficar só ali naquele medicamento, aí é doença. Eu não sei se é assim. Será que é certo isso? (E11)*

*O significado da doença é a pessoa ter um problema grave, a pessoa ser medicada direto ou internada direto, assim, meio que seguido. Pra mim, isso é significante. (E18)*

As Representações Sociais inerentes nessas verbalizações demonstram uma supervalorização do medicamento, visto que eles acreditam na necessidade do medicamento para a cura de muitas doenças, ou seja, só está doente quando está tomando algum tipo de remédio. Porém, os participantes não costumam citar outras formas de cuidado, como a prevenção de doenças sendo uma maneira de evitar muitas patologias.

Quando questionados sobre o que é “estar doente”, Mais uma vez, há respostas associadas a “achar o médico certo” e “remédio certo”, como mostrado na pergunta anterior.



*Estar doente? Ai... É quase a mesma coisa. Às vezes você está doente, às vezes você tem que achar o médico certo, o remédio certo pra você. E é duro, ninguém quer doença, ninguém quer ficar doente nem nada. Se a gente pudesse, teria uma saúde de ferro pra nunca ter nada. (E17)*

*O que é estar doente? É ter um problema grave, que sempre tem que tá medicando, às vezes internado. Isso que é significativa pra mim. (E18)*

Nas respostas dos participantes E17 e E18, a Representação Social de doença relacionam-se com tomar remédio ou estar internado, em tratamento médico. Essa é a solução achada por eles para curar a doença, além de mais uma vez ser citado o médico como a pessoa mais importante para ajudar nessa cura, tendo ele grande responsabilidade em relação a essa solução. Notamos a confiança que é depositada nesse profissional quando o entrevistado fala em achar o médico certo: a representação do médico como pessoa que encontra o recurso do problema e que trará a cura. Dessa forma, as representações apresentadas demonstram que se o profissional é bom trará com certeza a cura e se não for um bom médico, não sanará a doença. Isso mostra como é colocada em jogo a competência desse profissional para agir sobre a cura das doenças.

#### 7.4.1.4 Doença como sensação corporal

Temos as Representações Sociais de doença de três participantes como “algo que debilita”, “mal que atinge o corpo” e “quando está sentindo algo”. A doença é considerada por todos, segundo Souto (2003), como um evento indesejável e que pode levar à morte. Ela acarreta incapacidade, podendo ser temporária ou permanente, total ou parcial. As consequências não são mutuamente exclusivas e podem ocorrer na mesma doença de forma sucessiva ou concomitante, encontrados nas falas dos pesquisados:

*Doença é uma coisa que debilita a gente. (E8)*

*Ai, doença, é quando você realmente não está bem, sentindo alguma coisa, alguma dor. Isso pra mim, eu acho que é... Assim, não aquela coisa grave, mas você está vendo que não está bem. Pra mim você já está doente, já não está legal. (E9)*

*Doença eu acho que é assim, o mal que atinge o corpo. Mais ou menos isso. (E12)*

Assim, os enfoques preventivos também visam a evitar a morte ou o sofrimento provocado pela doença (SOUTO, 2003). Essa não é ainda uma realidade percebida por todos. Muitas pessoas não conseguem ver a prevenção de doenças como benefício próprio. Ainda falta conscientização da população para um maior comprometimento com a própria saúde. A prevenção de doenças e a promoção de saúde causam benefícios em todas as esferas: individual e coletiva. A doença vem mais uma vez relacionada a algum incômodo que precisa, necessariamente, ser percebido no corpo. Se não está sentindo nada nesse corpo, a doença não é percebida. As doenças silenciosas, ou seja, que não demonstram sintomas, podem ser as mais perigosas, visto que demoram a ser descobertas, e muitas vezes nem são encontradas.

Quando questionados sobre o que é “estar doente”, outros dois participantes, E1 e E10, responderam à pergunta como “sentir mal” e “não estar bem”. A representação de “estar doente”, para eles, relaciona a doença com o físico, ou seja, “alguma dor” e “sentir algo”, até mesmo como machucado visível, revelado nas respostas de seis entrevistados. Novamente, os entrevistados não consideram a doença que se manifesta silenciosamente:

*Estar doente? Tipo você não estar bem, te incomoda, está sentindo alguma dor... algo desse tipo. (E2)*

*Estar doente? Quase a mesma resposta. Quando você não está bem, aquele dia você não está bem. Está com dor. Aí está doente. É assim, eu acho assim. (E11)*

*Estar doente pra mim é quando algum fato ocorrido ou chegar com alguma “machucadura”, alguma coisa na família. (E6)*

A doença tem significado de dor nas referidas respostas e se relaciona ao sofrimento. Nesse sentido, podemos perceber que o cuidado se volta para a enfermidade apenas quando há uma manifestação em forma de dor, que leva ao sofrimento, e também se relaciona ao fato de essa população ter pouco acesso a programas de prevenção. O significado da doença tem sentido apenas quando ela pode ser percebida, antes disso não há necessidade de atenção, segundo essas pessoas.

#### 7.4.1.5 Doença associada à religiosidade

Outra Representação Social sobre o que é doença está ligada à questão divina. “Deus exerce poder sobre a doença” e a “mesma pode ser um desígnio dele”, segundo algumas

respostas encontradas nos depoimentos dos investigados. Essa forma de pensar leva a uma preocupação, pois se a doença é um desígnio de Deus, nada se pode fazer contra ela. Mais uma vez, menciona-se sobre a responsabilização da doença para outros, de forma que a pessoa nada pode fazer para melhorar suas condições de saúde. Vejamos nos seguintes relatos:

*A doença? Ah... Eu acho que é uma prova de Deus, a gente não fica doente porque a gente quer. Então, acho que a gente tem que buscar melhora. Tem que buscar... Passar por essa provação. Acho que para isso que existem os médicos. (E5)*

*Eu peço a Deus todos os dias, que Deus livre a gente da doença porque é muito duro uma pessoa que tem doença. Ainda mais se é uma doença crônica, que não tem cura, é mais difícil ainda. (E17)*

Há muito tempo, desde a Idade Média, a doença é vista dessa maneira, como sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade evidenciava o pecado (SCLIAR, 2007). Os estudos de Andrade e Nóbrega-Therrien (2005), com homens sobre a AIDS, revelam que, no caso dos que realizaram o exame e receberam um resultado negativo, isso se devia a “sorte” ou desígnio de Deus. Essa análise vem ao encontro do que foi colocado anteriormente quanto à prevenção. A dificuldade em se compromissar com o autocuidado, principalmente em relação ao sexo masculino.

De acordo com os sujeitos entrevistados, a questão da religiosidade se encontra ainda muito presente nos moradores da área rural estudada nessa pesquisa. Sabemos que o grau de instrução e a renda familiar são baixos de grande parte dos entrevistados. Esses fatores podem influenciar para uma crença maior na religiosidade, que pode muitas vezes atrapalhar o tratamento das doenças, pois o paciente pode acreditar mais no “poder de Deus” do que no tratamento passado pelo profissional. Dessa maneira, percebemos que algumas pessoas procuram algum profissional apenas quando já existe uma doença agravada.

#### 7.4.1.6 Doença como gasto financeiro

Temos o conceito de doença que faz referência ao “gasto financeiro”. A entrevistada E16 expressa a questão financeira como um empecilho para o enfrentamento à doença. Aponta-se também que quando alguém se encontra doente em áreas rurais de difícil localização e acesso, tem que procurar tratamento na área urbana, pois na ESF Rural não

existem médicos especialistas. Além disso, quando acontece essa situação, necessita-se da compra de medicação, o que significa também um gasto financeiro, visto que as condições econômicas dos moradores dessa comunidade não são favoráveis, como podemos ver em seu relato:

*Doença... Doença não é bom não. Doença é gastar o que não tem, porque a gente que é pobre depende muito do posto e tudo, não tem muito. Muitas vezes a gente tem que está correndo pra gastar. (E16)*

O relato acima mostra que, muitas vezes, o atendimento no posto de saúde não é suficiente quando está com alguma doença. Sendo assim, existe a necessidade de procurar outros serviços de saúde e comprar alguma medicação que não se encontra no posto. Por isso a Representação Social de doença como gasto financeiro. O fator financeiro agrava-se com a condição socioeconômica que esses moradores enfrentam. Ou seja, ter gastos financeiros para o enfrentamento da doença gera um desconforto no orçamento familiar, que se agrava com as condições de dificuldades financeiras que as famílias rurais enfrentam. Pode-se observar isso associada à renda familiar das pessoas entrevistadas e aqui neste estudo apresentados nos dados sociodemográficos.

Dessa forma, as condições financeiras modestas para suprir todas as despesas familiares e quando têm-se os gastos com saúde, esses tornam-se extras que muitas vezes podem repercutir na estrutura da vida familiar.

#### 7.4.1.7 Doença como incapacidade de fazer atividades diárias

Muitos sentidos são parecidos para os participantes da pesquisa. A Representação Social de quatro participantes revelaram “estar doente” relacionado com “se sentir incapaz”, “não conseguir fazer as coisas mais básicas”, “não ter ânimo” e “não ter disposição”.

*Estar doente? É você se sentir incapaz de fazer alguma coisa. Pra mim é estar doente. (E3)*

*Estar doente... Acho que é não conseguir fazer as coisas mais básicas que a gente pode fazer. (E8)*

*Ahh não está bem. Não ter ânimo pra nada. Vontade só de ficar deitada. (E14)*

*Estar doente pra mim... É você não se sentir bem, você não ter disposição, você não ter prazer, entendeu? (E15)*

Para esses entrevistados, de acordo com os relatos, estar doente é não fazer as atividades básicas do dia-a-dia, tarefas que só eles podem fazer. Existe, então, a valorização da capacidade de realizar essas atividades, de modo que, a doença impede que isso aconteça, causando danos na vida dessas pessoas. Resultados parecidos também foram encontrados nas pesquisas de Serpa (2007) com pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes, já mencionados anteriormente. Ou seja, essas representações compactuam com as representações de saúde, no que dizem respeito à estar bem, ter saúde é poder ter força para trabalhar diariamente e estar doente é justamente o contrário, não estar bem para executar o trabalho diário.

## 7.4.2 Experiências com o adoecimento

### 7.4.2.1 Adoecimento na família

Alguns participantes quando questionados sobre a existência de alguém doente na família, citam o câncer, já que essa sim, na opinião dos sujeitos entrevistados, pode ser considerada uma doença, por ser avaliada grave:

*Sim, meu pai. Meu pai que não está bem. O médico falou que provavelmente está com câncer de próstata, entendeu. Mas ele está se tratando. (E11)*

*Sim, minha mãe. Minha mãe tem câncer de mama, está em tratamento já há três anos. (E15)*

*Meu pai. Meu pai morreu agora em Junho, dia nove de Junho com câncer, câncer na face. Ele sofreu muito, meu pai. Nossa Senhora! Foi um ano e cinco meses, um ano e seis meses se alimentando pela sonda. Meu pai, no começo ele ficou, assim, até bom, mesmo se alimentando pela sonda, porque aí ele perdeu essa bochecha. Aí ficou com aquele curativo, no começo ele tinha esperança, nos primeiros meses ele tinha esperança. Só que a gente sabia que não ia ter cura mais... (E17)*

A entrevistada E15 para de falar quando se mostra triste com o assunto. Temos então, o câncer relacionado à tristeza, ou seja, a doença quando se trata de um câncer é geralmente

vista de forma grave e remete à angústia. No relato de E17, a Representação Social de doença está relacionada a sofrimento. Nesses dois relatos percebemos como a doença é algo que atinge a vida das pessoas, de modo que, quando ela é comentada, as pessoas acabam vendo uma dificuldade de cura. Só se considera a doença quando faz sofrer e deixa triste, pois doenças que se apresentam no cotidiano não são levadas em consideração, como a Gripe, que pode ser uma doença mais comum.

O câncer é um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Conforme estatísticas mundiais, de 2000, surgiram cerca de 5,3 milhões de novos casos em homens e 4,7 milhões em mulheres, e 6,2 milhões de pessoas morreram por essa causa, correspondente a 12% do total de mortes por todas as causas (BRASIL, 2003). Medidas efetivas de prevenção primária e secundária podem reduzir substancialmente o número de casos novos de câncer e prevenir muitas mortes atribuídas à doença. (BRASIL, 2010b).

#### 7.4.2.2 Enfrentamento das doenças

As formas de enfrentamento de doenças se destacaram entre participantes por estarem relacionadas ao uso de medicamentos. Quando questionados sobre a existência de alguma doença e o que faziam, colocaram o uso da medicação como forma de combater a doença, sendo um hábito comum nessa população, conforme Nascimento e Sayd (2005), já que as propagandas de medicamentos que são realizadas hoje no Brasil se contradizem com a atual Política Nacional de Medicamentos, na qual o uso de produtos farmacêuticos deve ser racional, ético e correto, recomendando um maior controle das propagandas de medicamentos de venda livre. Percebe-se que os interesses econômicos de expansão do mercado e acúmulo de capital se sobrepõem aos interesses da cidadania e da saúde pública. Também ressaltam o aspecto cultural que se arraigou entre pacientes, prescritores e no conjunto da sociedade, que coloca o medicamento como fator essencial em qualquer terapêutica, segundo os seguintes relatos:

*Agora estou com labirintite. Fui ao médico em D., ele passou um remédio pra eu tomar e eu vou pegar hoje aí no posto. (E10)*

*Ah eu já... De cisto essas coisas, bronquite. Só assim, mas sério, sério não. Graças a Deus. Olha, no começo eu sofri muito, porque quando eu fiquei com bronquite, essas coisas, eu fiquei muito atacada. Então eu gastei muito*

*com farmácia, porque vai ao médico, o médico passa uma coisa, não melhorava. Ia no outro, aí até que chegou o médico o Dr. W. lá de N., que ele é pediatra e pneumologista. Então, aí eu consultei com ele e passou um remédio e agora, graças a Deus, eu estou até bem. Mas antigamente eu gastei bastante. Nossa! Eu procurei o posto, mas aí, assim, o médico passava remédio, mas não era suficiente, porque eu tinha que usar aquela bombinha. E pra eles não... Eles passavam outros tipos de remédio que não era aquilo que eu tava precisando. Aí foi que deu certo lá. Aí resolveu bem, graças a Deus. Melhorei bem. Cem por cento. (E17)*

Nas falas das entrevistadas E1 e E11, quando questionada sobre a existência de alguém doente na família, mais uma vez, temos a figura do médico como o profissional mais importante para a cura das doenças, de forma que, apenas com a sua atuação, existe a cura. A participante E1 revela a existência de um câncer de útero, o que pode significar a falta do exame para prevenção. Também analisamos que quando E1 fala “secou o útero” e “queimou a ferida”, demonstra a maneira como a entrevistada enxerga o tratamento que foi realizado para o câncer. Pelo seu relato não se sabe exatamente qual foi o tratamento, mas pode apresentar uma conotação de cura, ou seja, queimar para desaparecer a ferida. No relato E11, fica clara a dificuldade de acesso à comunicação através do uso do telefone. Em alguns casos, populações da área rural ainda possuem dificuldades de acesso ao telefone.

*Sim, minha mãe tem, teve câncer no útero. Ela fez tratamento muitos anos, agora que ela está bem. Só que o dela, o médico falou pra ela que tem a laranja pequena, média e a grande, a dela estava média. Daí ela fez... Secou o útero, fez... Queimou a ferida, não precisou tirar nada. Ela fez o tratamento em T. e em B. (E1)*

*Ah o meu pai. Meu pai não anda muito bem. Meu pai teve um problema assim, um problema na próstata. E o médico assim... A gente está na fazenda fica difícil até da gente ligar. Agora até que eu estava conseguindo, fazer uma ligação eu estou conseguindo. Eu acho que está com câncer na próstata, meu pai. Agora eu não sei que tipo que é o médico falou. Aí eu tenho que ligar pra lá pra eu saber como está, se fez o diagnóstico, se deu alteração mesmo ou não. Não sei como que está. Esses dias eu liguei e minha mãe falou que estava bem, que estava em medicamento. Agora eu não sei. Tem que tentar ligar, está na caixa de mensagem o celular. (E11)*

Chama a atenção o relato de E1, respondendo a pergunta sobre o uso de alguma medicação, que descreve que tomava remédios toda vez que sentia qualquer tipo de dor, e que essa medicação eram antibióticos. Percebe-se que essa representação é uma maneira de fugir da dor, já que, pelo relato, ela incomoda cada vez que surge, a ponto de existir a necessidade de medicação como uma maneira de sair dela. Além disso, armazenar antibióticos em casa

revela um hábito mundial, porém pouco estudado, fazendo parte de um costume social arraigado também entre os brasileiros. Essa sobra ou reserva se torna disponível em caso de precisão, não necessitando de outra despesa financeira e tempo gasto na busca do remédio. Além disso, essa medicação, geralmente, não é tomada como recomendam a bula ou as prescrições médicas, mas sim parcialmente, o que explica a sobra (reserva) dela (MARLIÈRE; FERRAZ, 2000). É claro que a automedicação trouxe consequências:

*Antigamente eu tomava muito Amoxicilina, Diclofenaco, mas agora não tomo mais não. Não podia sentir nada que tomava. Agora por causa do meu estômago, tenho problema no estômago, eu não tomo mais essas coisas. Só se doer muito, se estiver muito gripada, alguma coisa assim... Mas eu não tomo mais não. (E1)*

A automedicação ainda se encontra presente na população. Assim, nota-se que para os entrevistados, a medicação é a principal maneira para solucionar a dor, já que para essa população, geralmente relaciona-se a doença com a dor. Na verbalização de E1, a dor pode levar o indivíduo a se automedicar, sem procurar uma recomendação médica ou identificar o real problema pelo qual está passando. Esse fato pode trazer consequências, como problemas de estômago, relatada pela referida entrevistada.

A automedicação pode trazer vários problemas para a saúde, não sendo uma prática aconselhável. Uma pesquisa de Arrais et al. (1997) sugere que a automedicação no Brasil é praticada principalmente por mulheres entre 16 e 45 anos. A escolha dos medicamentos é feita primeiramente por recomendações de pessoas leigas e seguida do que foi prescrito na última visita ao médico.

#### 7.4.2.3 A naturalização das doenças

É importante observar como muitos entrevistados consideram normal sentir certas dores, de modo que a doença só existe quando é grave, sendo que outras doenças são naturalizadas. Os sujeitos da pesquisa costuma sentir dor na coluna e não procuram o médico por isso. O número de pessoas que relatou esse tipo de desconforto é considerável, tendo em vista o total de entrevistados. Podemos concluir que, na área rural, o trabalho “pesado” é muito presente, entre homens e mulheres, e, muitas vezes, a mulher não sai para trabalhar fora de casa, mas realiza tarefas com a terra ou com os animais e as atividades domésticas. Esse



fato pode causar esse tipo de desconforto na coluna, conforme revelado. Como os entrevistados percebem que essas dores ocorrem com várias pessoas que convivem ali, acham que ela é normal, não necessitando procurar um tratamento para isso. O que chamou a atenção foram as respostas “dor nas costas” e “dor na coluna” de vários participantes, quando questionados sobre sentir desconforto em alguma parte do corpo:

*Sim. Coluna. (E3)*

*Às vezes eu sinto nas costas. Mas não procurei o médico por isso. (E7)*

*Não. A não ser o problema da coluna mesmo. Eu fiz tratamento, comecei a fazer fisioterapia, fiz um tempo e parei. Aí um tempo dói, depois melhora. Tem que conviver, não tem jeito. (E12)*

*Não, eu sinto mais problema só na coluna. Eu sempre sinto dor, devido a anestesia que eu tomei também, por causa do problema... Só isso. (E18)*

*Não, coluninha, mas assim isso é normal. (E19)*

Quando são apresentados pequenos desconfortos, os participantes revelam não procurar o médico ou tratamento. Essas dores dispõem a piorar conforme o tempo passa. Assim, as pessoas acabam procurando por tratamento apenas quando o desconforto se torna algo não suportável e difícil de tratar, causando um desgaste maior ao paciente. Essa declaração só vem a confirmar o que foi anteriormente descrito: a Representação Social da doença se revela na sensação corporal, apenas quando se apresenta dor é que se está doente. As dores na coluna relatadas acima são consideradas naturais, visto que, na área rural o trabalho, geralmente, é pesado e utiliza a força física, podendo causar essas dores. Além disso, muitos moradores dessa região possuem essa dor, tornando-a mais natural ainda.

A naturalização das doenças também acontece com alguns participantes, quando questionados sobre a existência de alguém doente na família. Duas participantes, apesar da resposta negativa, colocaram o pai tendo diabetes e câncer de próstata e a outra o sogro, que tem mal de Alzheimer.

*Não, só meu pai que tem diabetes, está fazendo tratamento da próstata. Então, não sabe realmente o que é, mas está em tratamento. Não sabe se é câncer. Ele está fazendo exame, sempre dá alteração, mas não sabe. Aí está tratando. (E9)*

*Não, só meu sogro que é doente, tem mal de Alzheimer. Já tem uns oito anos que ele tá doente. (E19)*

Observamos que nos relatos E9 e E19, as respostas são negativas, porém, em seguida vêm as doenças, que para esses pesquisados não são consideradas enfermidades. As doenças diabetes e mal de Alzheimer já são consideradas parte da vida dessas pessoas, portanto podem não ser consideradas doenças. O que se nota nas falas dos participantes, em relação à doença, é que somente a consideram quando elas são graves. As doenças que não atrapalham a realização das atividades do dia a dia não são levadas em consideração, apenas as que exigem um tratamento rigoroso e que alteram a rotina, como o câncer.

#### 7.4.2.4 Condições de vida e adoecimento

Procurou-se investigar se os entrevistados estabelecem alguma relação do trabalho e das condições de vida que eles levam com o surgimento de algumas doenças. Para isso, investigou-se se, na opinião dos entrevistados, existe relação entre as condições de vida e a manifestação de doença na família. Surgiram dez respostas negativas. Os entrevistados E1, E3, E7, E8, E9, E10, E13, E14, E18 e E19 acreditam que não há relação da forma como vivem e as doenças que são manifestadas não têm relação. Essas pessoas acreditam que se vivessem em outros locais teriam as mesmas doenças, mostrando que eles não consideram o difícil acesso aos serviços não só de saúde, mas a todos os outros, como podemos ver nos seguintes relatos:

*Não. As vezes têm, mas muitas delas não. (E7)*

*Eu acho que não. O que acontece, assim com a gente, pelo menos, acho que não. (E10)*

Por outro lado, alguns entrevistados acreditam na relação das condições de vida com a manifestação das doenças, mas creem que essa relação tem a ver com a situação financeira em que se encontram e não com a atividade profissional realizada, por exemplo.

*Ahh pior, porque se depender de uma consulta particular, assim, fica difícil. Ganha pouco, vai para o mercado, faz de tudo pra pagar as continhas, tem uma farmácia, tem uma coisinha aqui, não é toda coisa que tem no posto, a gente tem que comprar. Aí, tem hora que a gente passa apurado. (E11)*

*Às vezes sim, viu. Porque uma pessoa quando não ganha bem, ele pode não se alimentar bem, ele pode não ter um bom condicionamento na vida dele, tudo isso vai acarretando para que ele possa ter uma má qualidade de vida traz sim, doença sim. Tem sim, pra mim tem a ver. (E15)*

Assim, as atividades que essas pessoas têm e as condições de vida que levam nesses locais não estão sendo relacionadas com a doença ou com a saúde. Por outro lado, alguns entrevistados (E2 e E12) conseguem observar a articulação entre o tipo de trabalho, modo de vida e doença. Vejamos os relatos:

*Sim, de certa forma sim. Ah tipo, o stress mesmo, parte de depressão, é conforme o dia-a-dia, o trabalho da pessoa. Aí uma coisa puxa a outra. (E2)*

*Acho que sim. O problema de coluna. Acho que foi devido a muito esforço que fiz antes, trabalhava no sítio, ajudava minha mãe, carregava muito peso. Então, acho que tudo foi consequência. Tem vezes que, a gente que trabalha em casa mesmo, faz muito esforço, tipo lavar roupa mesmo. Aí com o tempo... Tem consequência. (E12)*

Podemos citar outro relato, de uma entrevistada que acredita que existe uma relação das condições de vida com as doenças, em consequência de a água da fazenda não ser tratada:

*Muitas vezes eu acho que, devido a gente morar na fazenda e água não ser tratada, problema de estômago, de verme, eu acho. Por devido a gente ter que morar na fazenda, porque o trabalho do marido é na fazenda e a água de fazenda nunca é tratada. Então às vezes um probleminha ou outro acontece de ser, por causa da água que não é tratada. (E16)*

Essa é uma afirmação de uma análise realizada por Rocha et al. (2006), em propriedades rurais em Lavras, Minas Gerais, na qual foi constatado que a água utilizada para consumo doméstico, dessedentação (ato de matar a sede) de animais e irrigação de culturas oferece riscos à população estudada. Essa descoberta vem ao encontro do relato da entrevistada E16, porém, não deixa de representar uma maneira de não poder fazer nada para melhorar essas condições. Mais uma vez, não consegue se responsabilizar pela doença ou para melhorar as condições de vida.

Merece destaque uma entrevistada que acredita que quando uma doença tem que acontecer, ela acontece de qualquer jeito, ou seja, não há nada que se pode fazer para não ficar doente:

*Não. Acho que o que tiver que acontecer, vai acontecer, independente da situação. (E14)*

Essa é uma maneira de não acreditar que podemos ser ativos no impedimento de algumas doenças, podendo evitar muitas delas. A doença volta a aparecer como designo do designo de Deus e não como consequência de alguma disfunção no corpo. Novamente reforça-se a ideia da necessidade de trabalhos em prevenção de doenças e promoção de saúde, apesar da dificuldade em fazer sucesso.

## 7.5 SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trataremos aqui das políticas públicas de saúde na área rural do município pesquisado em Mato Grosso do Sul. A ESF Rural foi considerada o melhor local para a realização da pesquisa. Além disso, os entrevistados relacionam a Representação Social de saúde e doença com as políticas públicas de saúde.

Ainda com relação aos resultados da pesquisa, identificamos a categoria que versou sobre a opinião dos entrevistados em relação à ESF. A primeira consideração que pode ser feita é que todos os entrevistados se consideram satisfeitos com o atendimento.

Identificamos também que, em alguns depoimentos, os entrevistados da pesquisa compararam os serviços da ESF rural do município pesquisado com os serviços em outros municípios. Os atendimentos realizados nessa ESF foram classificados pelos sujeitos da pesquisa como bons. Assim, podemos entender o motivo pela qual as pessoas relacionam a Representação Social de saúde com os serviços de saúde ali oferecidos, que pode ser confirmado nos relatos mostrados a seguir:

*É bom, em vista dos outros de fora aí, é muito bom. (E8)*

*É bom. É bom, não podemos reclamar, porque se você olhar aí pra todo mundo, você ter que acordar quatro horas da manhã pra pegar uma senha, pra ver se vai ainda passar pelo médico, é um descaso. Então, pelo menos aqui, eu chego as sete, lá pelas oito sou atendida, entendeu? Toda vez que eu preciso, sou atendida. Então eu acho um atendimento bom. (E15)*

Um estudo de Trad et al. (2002), com usuários do PSF na Bahia, revelou que são considerados pontos negativos por essas pessoas a persistência das filas e a fragilidade no encaminhamento para outros tipos de tratamentos mais severos. Os pontos considerados positivos são: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença e a existência da visita domiciliar como acompanhamento e

prevenção. Apesar de existirem poucas atitudes referentes à prevenção de doenças na região estudada, os agentes comunitários de saúde, quando das visitas domiciliares, tentam fazer a vigilância nesse sentido.

Os entrevistados citam, como aspectos positivos, a facilidade para conseguir consultas médicas, a inexistência de filas para atendimento e o vínculo com as pessoas que trabalham na ESF e os aspectos negativos, são considerados por eles, sendo poucos. Geralmente, os serviços nessa ESF Rural são comparados aos serviços em outros lugares e por isso considerado bom. Talvez não seja o melhor, mas podemos concluir que em outros locais ele se encontra ainda pior.

Há muitos relatos positivos dos participantes da pesquisa em relação ao atendimento na ESF e que estão vinculados ao acolhimento, tema muito discutido na saúde pública e atendimentos nas ESFs. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão.” (BRASIL, 2010a, p. 6). Esse acolhimento faz parte de uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, sendo uma proposta de mudança nos processos de trabalho e gestão dos serviços. Podemos citar como prática do acolhimento no atendimento em saúde com a população pesquisada, o forte vínculo existente entre a população e os funcionários da ESF, com uma proximidade entre os dois grupos. A pessoa ao chegar até o posto de saúde consegue contar o seu problema e ser ouvido, sempre voltando para casa com a solução para o seu problema, o que significa um exemplo de acolhimento. Isso é mostrado nos relatos abaixo descritos.

Podemos entender o acolhimento no campo da saúde como diretriz para se produzir saúde, por ser uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2010a). É claro que o tema “acolhimento” envolve muitos fatores, mas esses que foram citados representam a realidade dos usuários da população pesquisada:

*Assim... A gente que já convive há dois anos e três meses, pra mim é muito bom, porque a gente aqui, você conversa, você nunca tem um “não”, toda vida é um “sim”. As pessoas atendem a gente muito bem. Então, pra mim é nota dez. (E6)*

*Aqui eu acho bem o atendimento, eu não tenho o que reclamar. Porque é muito bom. A gente vai a outros postos de saúde aí, dá um problema pra*

*atender a gente. Aqui não, a gente vem, fala o problema que está, a moça já dá um jeito de encaixar a gente, que tem necessidade mesmo. Tem gente que só sai de casa quando está precisando mesmo, aí a gente tem que vir mesmo, é obrigado a sair. (E11)*

*Ah pra mim está bom, não posso falar nada porque toda vez que eu venho eu sou atendida. (E19)*

Apresentamos o acolhimento estando presente no cotidiano da ESF Rural, no qual os entrevistados frequentam. Isso é um aspecto importante, já que é uma luta durável para as políticas de saúde. Podemos ver constantemente realidades diferentes em vários municípios do Brasil. A Representação Social que normalmente temos de um posto de saúde qualquer é de atendimentos ruins e filas presentes. No município pesquisado essa Representação Social de posto de saúde é diferente. Esse fato constatado pode estar relacionado com a pequena população do município pesquisado, pois, por ser pequeno, facilita vários tipos de serviços. Os sujeitos dessa pesquisa contradizem as Representações Sociais vinculadas aos meios de comunicação (mídia) sobre o atendimento no SUS, quando normalmente há problemas como o atendimento ruim, filas intermináveis e demoradas e atendimento médico sem humanização. Por isso, podemos ver nesta pesquisa a comparação dos serviços de saúde oferecidos no local da pesquisa com os de outros locais.

Além disso, temos a forte presença de questões políticas que permeiam esse meio, no qual o interesse pelo acolhimento por parte dos trabalhadores da saúde é grande, pois envolvem a importância do bom trabalho associada à administração política do momento:

*Eu acho muito bom, muito bom mesmo. Em particular o doutor F., trata a gente muito bem. Se pede um remédio ele passa, ele explica, ele escuta você falar. Porque tem muito médico que você está falando e ele já terminou. Ele não quer saber sua opinião, porque a gente como mãe, a gente até sabe o que é, a gente não é médica, mas pelas tantas vezes que deu, a gente já sabe o que que é. E tem médico que você está falando o que acha que é e ele já fala logo que não. Então, ele é muito bom, gosto bastante. A R. também é um amor de pessoa, trata a gente muito bem e é todo mundo, não é um ou outro, é todo mundo que ela trata bem. O H. também, está sempre atendendo bem. Então eu gosto muito do atendimento deles aqui no postinho, eu gosto muito. Até eu só venho quando é ele, quando é o doutor F. já peguei aquela confiança assim, só quando é ele que eu venho. Ele trata a gente muito bem. (E16)*

*Olha, o atendimento é muito bom. São umas pessoas que trata a gente com educação, respeito pelo próximo. E eu gosto muito daqui, do atendimento daqui. A gente já acostumou, muitos anos aqui. O médico também, é um ótimo médico. (E17)*

Os usuários da ESF Rural mostram em suas falas o quanto eles consideram importante a atenção que recebem por parte dos profissionais. Receber esse acolhimento de pessoas como médico e outros funcionários da saúde ainda tem uma questão de autoridade envolvida e consideram os profissionais da saúde tendo um conhecimento diferenciado, principalmente quando se trata do médico, chamado por eles de “o doutor”. Dessa forma, a Representação Social do médico, é daquele profissional na qual se deposita extrema confiança, que, para eles, é capaz de ajudar a resolver todos os problemas.

### 7.5.1 O uso dos serviços da Estratégia de Saúde da Família

Com o objetivo de constatar a frequência com que os entrevistados comparecem à ESF Rural e para saber se existem estratégias para prevenção, questionou-se sobre a frequência com que os pesquisados procuram a ESF. Ao se depararem com esse questionamento, os sujeitos da pesquisa apresentam em suas respostas os motivos que os levam a essa procura, pergunta realizada mais adiante, ou seja, alguns participantes não responderam com relação à frequência, a constância com que procuram a ESF.

A ESF Rural localiza-se ao lado da Escola Municipal Rural. Esse local é chamado de gleba, o centro da área rural. Por isso, algumas pessoas estão sempre nessa localidade, mas isso não significa que estão utilizando os serviços de saúde ou da escola. Além disso, temos as pessoas que trabalham nesse centro, o que facilita o acesso até a ESF. Podemos confirmar isso em alguns relatos:

*Ah... Acho que... Sempre eu passo por aqui, mas assim, eu venho só pra conversar com o pessoal, não pra tratamento. Hoje eu vim pra consultar mesmo. (E2)*

*Eu venho quase que todo dia, mas pra usar mesmo, umas duas vezes por mês. (E3)*

Nesses dois relatos, percebemos que as pessoas que moram nessa região utilizam o posto de saúde como um ponto de encontro, passando sempre por lá, mas não necessariamente para ser atendidas, já que não existe nenhum outro local onde esses encontros possam ocorrer. Podemos ver que a ESF rural passa a ser um lugar de encontro, visto que, devido à dificuldade de locomoção e as distâncias, o melhor lugar para as pessoas

se encontrarem é o posto de saúde. Portanto, esse local vai além da busca pela saúde, pois é também o lugar onde as pessoas conversam e se veem.

Nos relatos abaixo, percebemos que os principais motivos para a procura dos serviços de saúde são: “sentir algo”, “estar doente” ou “quando há muita necessidade”. Dessa maneira, não procurar os serviços de saúde significa estar com saúde para esses entrevistados, visto por eles como algo muito bom, conforme os relatos abaixo:

*A cada dois meses. Pra mim assim, é mais dentista. Porque eu fiz trinta anos, eu só fiz exame de sangue porque eu fui picado por cobra e só. E graças a Deus eu trabalho, faço de tudo. Igual ontem eu tava na ambulância, hoje eu estou no ônibus e trabalho dou graças a Deus, não sinto nada. (E4)*

*Algumas vezes, é meio longe uma da outra o intervalo de tempo. Só quando eu estou doente mesmo. (E8)*

*Sempre quando eu preciso, que eu to sentindo alguma coisa, aí eu venho. Tipo uma vez no mês, agora está sendo uma vez no mês, porque esse tempo ataca muito a minha alergia. (E9)*

*A gente vem quando a gente não está bem, que está precisando passar pelo médico, fazer uns exames, a gente tem que vir. Quando precisa mesmo! Quando pega de surpresa. Uma vez por mês. (E11)*

*Eu venho mais assim quando os meninos ta doente, pra pedir um exame de sangue, alguma coisa assim. Coisa de rotina. Uma vez por mês. (E17)*

No relato de E4, as falas analisadas se reportam a quando não se está doente, ou seja, a pessoa consegue realizar suas tarefas sem dificuldades. O trabalho é importante, pois, se consegue realizar suas funções e tarefas, significa que se está com saúde. Além disso, ele coloca que nunca precisou procurar os serviços de saúde por não sentir nada, mostrando mais uma vez que não existem estratégias em prevenção. Também podemos perceber que os acidentes que atingem essa população se diferenciam da população urbana, como o entrevistado citou que foi picado por cobra e por isso procurou ajuda.

Percebemos que algumas mulheres procuram os serviços de saúde para fazer o exame preventivo, como os relatos de E14 e E16. Esse exame é para a prevenção do câncer de colo uterino, já que esse tipo de câncer é um problema de saúde pública grave (MARQUES et al., 2007). Conforme Cruz e Loureiro (2008), o câncer de colo uterino, quando detectado e tratado inicialmente ou em fases precursoras, pode chegar a 100% de cura e ter suas estatísticas de mortalidade reduzida em 80%. Portanto, apesar de existirem falhas em relação às campanhas



de prevenção desse tipo de câncer, ela possui grande importância e papel fundamental para esse cuidado. Saber que as mulheres onde foi realizada a presente pesquisa estão procurando o exame é algo muito positivo, mostrando que existe uma preocupação com a prevenção por parte das mesmas.

Martins, Thuler e Valente (2005) relatam que os estudos nesse assunto enfatizam características sociodemográficas e comportamentais, porém, devemos levar em consideração e priorizar atividades de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas e rastreamento em mulheres assintomáticas, garantindo, também, acesso aos métodos de diagnóstico e tratamentos adequados.

*Acho que tinha um ano e pouco que eu não vinha aqui. Tinha vindo mesmo só pra fazer o preventivo, que tem que fazer. Mas fazia um bom tempo que eu não vinha aqui. (E14)*

*Olha, às vezes eu fico de mês sem vir, passa um mês e meio eu venho. É mais por problema de gripe mesmo, fazer preventivo a cada um ano... (E16)*

Sabemos que, pelos relatos, a prática de realização do exame para a prevenção do câncer do colo de útero é resultado de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. Isso significa que alguns efeitos já foram alcançados, visto que essas mulheres relatam a procura por esse exame.

Como já foi discutido em perguntas anteriores, destaca-se a participante E15 por dar importância a atitudes relacionadas à prevenção:

*Eu faço um check-up durante o ano, todo começo do ano e outro no final do ano. Mas se eu notar alguma coisa que não está legal, alguma dor, febre, eu já procuro o médico, pra eu ver o que está acontecendo. Eu faço meu check-up no começo do ano, aí dependendo, se eu tiver alguma coisa, eu venho, senão, se eu não tiver sentindo nada, não. Porque eu sou assim, eu faço meu exame de mama no banheiro. Daí se aparecer, que nem aconteceu comigo, era uma coisa assim, uma coisa do tempo que eu dava de mamar e eu não sabia, daí eu fiquei preocupada, já vim ao médico, acho que... Entendeu? Daí ele falou pra mim que não tinha nada, nada a ver, eu fiz a ultrassom no seio e não tinha nada. É quando eu venho, assim, mais quando só sinto... Depois do check-up, eu venho quando sinto alguma coisa.*

Nesse relato (E15), há um ponto positivo, quando a paciente diz procurar a ESF não apenas quando se encontra doente, mas para se prevenir que apareçam doenças, até mesmo tem atitudes de prevenção em casa, quando relata fazer o exame de mama, que previne o

câncer. Apesar de ainda existirem falhas nos programas de prevenção, podemos ver resultados práticos, como nesse relato no qual existe um cuidado em relação à doença que pode surgir.

Dois relatos citam a procura pelos serviços de saúde quando existe a necessidade de adquirir alguma medicação. Nesses casos esses serviços não são procurados com o objetivo de consultas com algum profissional. No relato E18, procura-se pelo remédio para manter-se bem, ou seja, é uma maneira de evitar que fique doente. Já no relato E19, cada vez que fica doente, que surge a alergia, procura-se pela medicação para que volte a ficar bem. Vejamos:

*Ah eu demoro assim meses pra vir. Sempre eu venho pegar o remédio de pressão, aí eu venho. Fica mês, uma vez no mês mais ou menos. (E18)*

*Eu venho assim mais porque eu tenho problema de alergia e só. Aí tomo um remedinho. Passa de uma vez no mês. (E19)*

Outras respostas surgiram como “uma vez por mês” e “uma vez a cada dois meses”. Percebe-se que os moradores da área rural do município pesquisado não possuem dificuldade em procurar os serviços de saúde oferecidos. Ainda não são todas as pessoas que conseguem ter atitudes de prevenção em casa, sendo os serviços de saúde responsáveis por essa prevenção. Porém, a partir das entrevistas, já podemos ver relatos de pessoas que conseguem ter cuidados com a própria saúde, tendo uma postura ativa frente à doença, podendo significar um avanço.

### 7.5.2 Sugestões ou reclamações relacionadas à Estratégia de Saúde da Família

Essa categoria analítica apresenta, nos resultados da pesquisa, o que os entrevistados indicam como sugestões ou reclamações sobre a ESF Rural. Apenas seis dos entrevistados fizeram alguma consideração, e destes, quatro relatos se referiam ao atendimento médico. Ainda temos o atendimento médico como fundamental nos serviços de saúde. A representação social sobre o atendimento médico versa sobre o saber profissional do médico que é colocado acima de tudo, o profissional que detém o conhecimento sobre a saúde e a doença:

*Assim... Eu acho que só teria que ter médico mais vezes na semana. Mas fora isso... (E4)*

*Não, acho que não. Ah acho que o que precisaria é de um pediatra. Acho que deveria ter. Precisa muito de um especialista pras crianças, pediatra.*

*Porque está muito difícil. Muita criança, às vezes o médico geral não consegue atender todo mundo. Aí tem que levar pra D., quando é uma coisa específica, aí é mais difícil pra gente. Eu ainda tenho plano de saúde, mas e aquelas pessoas que não têm. (E12)*

*Sugestão, eu acho que no nosso caso, deveria assim, tem muitas crianças, ter uma pediatra. E uma ginecologista, pra nós que é mulher. Mas reclamação não. As meninas que trabalham aqui são bem amiga. (E15)*

É interessante observar que quando solicitados a uma avaliação, os participantes consideram os serviços como bons. Porém, eles apontam uma deficiência da ESF no que tange à quantidade de profissionais e a sua qualificação. Esse acontecimento pode ocorrer por haver uma proximidade maior entre profissional e paciente, o que pode não acontecer na cidade, onde as relações são mais impessoais.

Outro ponto levantado pelos sujeitos da pesquisa foi com relação à dificuldade para encontrar medicações na ESF. Duas reclamações foram mencionadas ao fato de não encontrar as medicações na ESF. Os resultados encontrados pela pesquisa realizada por Vieira (2010) com moradores da área rural de Jequitinhonha, Minas Gerais, foram de pessoas que tiveram, como um dos motivos principais para a procura dos serviços de saúde nos últimos 30 dias, a busca por medicamentos. Há uma expectativa quando a pessoa busca o remédio, no posto de saúde, e não é atendida, gerando insatisfação. Tomar esse remédio é fundamental para esses pacientes.

*Os remédios. A falta de remédio. Porque a gente vem aqui, passa pelo médico e não tem os remédios. (E14)*

*[...]. Às vezes igual eu falo pra você, às vezes falta um remédio, mas normal. Mas tirando disso, nenhuma reclamação. (E17)*

Mais uma vez notamos o papel que tem a medicação. Observamos a importância de passar por uma consulta e usar a medicação, apontando a necessidade do uso dela para curar a doença. Algumas pessoas procuram atendimento apenas para ter acesso à medicação, o que não deixa de ser positivo, já que a pessoa acaba passando por uma consulta para isso. Nota-se um contentamento por parte da população estudada, apesar da falta de remédio, talvez pelo simples fato de existir o serviço. Consideramos os vários pontos positivos que são encontrados nesta pesquisa sobre as políticas públicas de saúde na área rural.

A população estudada mostrou satisfação em relação aos serviços oferecidos. Em vários momentos das falas, são revelados relatos de que tudo é considerado “normal”.

Também deve ser levada em consideração, a situação em que se encontram os serviços de saúde em outros locais, pois o que a mídia passa é que a situação dos serviços de saúde em outros locais não se encontra adequada. A proximidade que existe entre os funcionários e usuários dos serviços de saúde talvez possa colaborar para uma visão positiva por parte da população em relação às Representações Sociais de saúde.

### 7.5.3 Valoração das visitas domiciliares

As visitas domiciliares devem ser realizadas pelos agentes comunitários de saúde, médico, dentista e auxiliar de enfermagem, que é a equipe mínima da ESF. As considerações a seguir apresentadas dizem respeito à frequência com que esses profissionais de saúde passam nas residências dos usuários. Faz parte da reestruturação dos serviços de saúde, conforme foi citado no referencial teórico por Bourget (2005), os profissionais procurarem os pacientes, de modo que estes não sejam passivos, ou seja, fiquem esperando as pessoas na ESF, mas sejam ativos, chegando até a população, sobretudo pelas visitas domiciliares.

Todas as visitas são consideradas importantes. Fez parte da descoberta de um estudo da satisfação de usuários de um PSF na Bahia, realizado por Trad et al. (2002), já citado, cujas visitas domiciliares são consideradas como um ponto positivo para a satisfação com esses serviços, sendo elemento-chave de prevenção e acompanhamento. A imagem do médico aparece como essencial na mudança de paradigma, no que se refere à prevenção, por ter grande importância para a população, realizando as visitas às residências dos moradores da região. O que podemos verificar na presente pesquisa, é que, apesar da importância da visita por parte de todos os profissionais, apenas os agentes comunitários de saúde é que as realizam com frequência, como podemos ver nos seguintes relatos:

*Já faz tempo que não vai ninguém lá. Passa o B. [agente comunitário de saúde] lá fazendo visita, todo mês ele passa. (E7)*

*Olha... Acho que quase nunca, só os agentes que passam todo mês. (E8)*

*Médico nunca foi lá não. Só os agentes. Todo mês eles passam. (E11)*

Essa é uma realidade encontrada não só na presente pesquisa, mas também em outros estudos como mostra Azeredo et al. (2007) quando tratou da importância da visita domiciliar no contexto do PSF para a habitação e o saneamento, no qual encontrou que 99,2% dos

usuários entrevistados relataram receber visitas dos agentes comunitários de saúde mensalmente, enquanto 22,8% e 15,7%, respectivamente, relataram já ter recebido visitas domiciliares dos enfermeiros e dos médicos. Segundo o autor, os agentes comunitários de saúde foram capazes de transmitir informações e orientações importantes sobre cuidados sanitários, e conseguiram impulsionar mudanças saudáveis de comportamento.

Parte das entrevistas revela que apenas os agentes comunitários de saúde passam nas residências, em média, uma vez ao mês.

*Olha, os agentes passam assim, demora mês. Os outros profissionais da saúde não. (E18)*

*De vez em quando passa. Passa esse mês, aí no outro mês passa. Uma vez por mês os agentes passam. (E19)*

Outro acontecimento importante é que áreas rurais mais distantes do centro de saúde costumam ser visitadas poucas vezes ou nenhuma. Para Fekete (2006), a distância média entre a população e os recursos refere-se à acessibilidade geográfica, que não é representada apenas pela distância, já que existem diversos fatores, como a existência de rios, morros, autoestradas e outros, que interferem no acesso às áreas rurais. Ter um serviço de saúde próximo ao local de moradia também não garante que ele seja utilizado por essa população. Compreende-se que as pessoas que utilizam os serviços da ESF Rural já se acostumaram com o acesso, o que não deixa de ser uma problemática que será tratada mais adiante. Essa é uma questão importante na área rural, no qual as visitas não são plenamente realizadas por dificuldade de acesso aos domicílios. Para os profissionais de saúde chegarem a esses locais, se torna complicado:

*Bom, esse ano acho que não passou não. Mas vira e mexe passava lá, quando era a R., mais o Doutor F., ou às vezes, era a R. e o dentista, passava direto. Só esse ano que ainda não passou. Também é porque fica perto da rodovia, eu acho, antes das sete placas que a gente mora. Fica pertinho, se precisar... E lá para o fundo é mais difícil para o pessoal vir. (E1)*

*Só passam os agentes. De uns tempos pra cá passa até dois meses sem ir, não é todo mês que passa não. A fazenda é longe. (E10)*

*Olha, faz pouco tempo que eu estou na fazenda. Quando eu morava aqui no sítio, o B. passava todo mês, certinho. Que eu estou na fazenda tem 7 meses, o agente de saúde só passou duas vezes. Ainda eu e minha vizinha essa semana tava comentando, que esse mês ele ainda não tinha aparecido. Também só vai o agente. (E14)*

Alguns problemas são enfrentados pelos profissionais no acesso às fazendas, pois, além da distância, as estradas são de terra, tendo a interferência dos fenômenos naturais, como a chuva. Os meios de transporte para os profissionais irem a esses locais quebram com frequência, aumentando ainda mais as dificuldades. Essa questão é relatada a seguir:

*Faz tempo que passou. Depois que a Kombi do M. (motorista) quebrou... Faz dias que passou. A última vez que passou, ainda estava com a Kombi. O ano passado eles passaram umas três vezes. (E3)*

Esse assunto está relacionado à equidade, que significa:

É preciso assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requer, mais o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. (BRASIL, 1990b, p. 5).

Em decorrência desse fato, recorre-se ao princípio da equidade, já que, muitas vezes, para o morador da área rural, é mais difícil o acesso a ESF. Apesar do não reconhecimento por parte da população, as visitas domiciliares são de grande importância, pois pela dificuldade de acesso à ESF, muitas pessoas podem não comparecer até os serviços, e, por meio das visitas domiciliares é que ocorrerão as orientações em saúde e, se necessário, alguma intervenção.

Os resultados apresentados confirmam o que Ferraz e Aerts (2005) ressaltam em relação às visitas domiciliares. Elas são o principal meio de realizar a educação em saúde, pois a troca de informações acontece no contexto da vida do indivíduo e da sua família. Os agentes não vão com orientações prontas, pois essas surgem de acordo com a realidade e é nela que se realiza a troca de conhecimentos. Dessa forma, verificamos que apenas dois entrevistados não confirmaram a importância das visitas domiciliares, enquanto os outros as consideram sendo importantes e as justificativas se assemelham com a afirmação dos referidos autores:

*Com certeza. Porque você pode estar falando, marcar algum exame, pedindo algum remédio, falando se tem alguém doente. (E2)*

*Acho que sim, porque às vezes você não tem como vir no posto. Aí, eles sempre lá é bom. (E8)*

*Acho. Ah porque é um meio, às vezes assim, você sente alguma coisa, tem algum problema e você não acha que é um problema de saúde. E a pessoa estando lá é pra te orientar. Dar alguma orientação sobre alguma coisa do nenê. Por exemplo, vacina, alguma coisa assim. Então, acho importante pelo fato da orientação, porque às vezes a gente não entende. (E12)*

Podemos verificar nesses relatos, em especial na fala da entrevistada E12, o significado dessas visitas, mostrando que existe uma proximidade com a população atendida quando o profissional vai à residência. São realizados orientações e esclarecimentos em saúde, além de estabelecer uma relação mais familiar. Visitar as casas dessa população significa ter acesso à intimidade dela, mostrando que há uma relação de confiança estabelecida.

Destacam-se como outras atividades realizadas pelos agentes comunitários de saúde: o acompanhamento de idosos, crianças, gestantes, puérperas e grupos de risco. Além dos profissionais da saúde relatarem que os agentes interagem com a equipe na formação de grupos dos programas de saúde, participação no controle vacinal, cadastramento das famílias da comunidade e busca ativa de faltosos no PSF. Essas são atividades importantes realizadas por esses agentes (FERRAZ; AERTS, 2005). Essas considerações são demonstradas nos relatos citados.

Outro relato que se destaca é de uma participante que não acha importante essas visitas domiciliares, pois os agentes comunitários de saúde não podem levar o medicamento até o domicílio. Isso mostra que não há um entendimento sobre a função dessas visitas, pois há uma tentativa de delegar essa função aos agentes comunitários de saúde, não precisando do paciente ter essa responsabilidade. Verifica-se que alguns entrevistados apontam funções para os agentes de saúde na qual não lhes competem, como no relato mais da E2, que coloca “marcar algum exame” e “pedir algum remédio”. Isso também pode ser confirmado no relato:

*Não tanto, porque eles “vai” e não leva o remédio. Só passa a receita, mas você tem que vir aqui. E geralmente quando vai, só está a mulher e as crianças. O marido nunca está. (E1)*

Ainda sobre o relato da entrevistada E1, destaca-se que as visitas são realizadas durante a semana e em horário em que o marido está trabalhando. Dessa forma, o marido não tem oportunidade de receber os profissionais, apenas a mulher e as crianças. Percebe-se que existe importância por parte da mulher que o homem receba essas visitas, talvez para que ele também tenha interesse nos assuntos de saúde.

Verifica-se que as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde não têm sido desempenhadas como preconiza o novo modelo de saúde, que deve ter participação de outros profissionais, médico, dentista, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. Porém, os entrevistados não se mostram insatisfeitos com essas visitas. A saúde é mais uma vez vista de forma positiva.

#### 7.5.4 Gênero e cuidados com a saúde

Com a finalidade de saber quais são os motivos que levam os entrevistados a procurarem o atendimento na ESF, perguntou-se em quais situações isso acontece. Com isso, observamos que alguns participantes demonstraram nas respostas que procuram esse atendimento quando estão doentes ou com dor.

*Em casos de doença. Só venho quando estou doente. (E3)*

*Quando eu estou com algum problema de saúde. Quando eu estou sentindo alguma dor, algum desconforto... (E7)*

*Olha, quando eu estou doente mesmo e vejo que não vai melhorar, aí eu procuro. (E8)*

Verificamos que essas pessoas que não possuem o hábito de procurar a ESF para prevenção, os entrevistados E3 e E7, são do sexo masculino, o que confirma a falta de prevenção dos homens em relação às possíveis doenças futuras. Isso também pode ser verificado em um dos relatos de uma pessoa do sexo feminino em relação ao marido:

*Assim se eu tiver, assim, meu marido sempre tem problema de bronquite. Às vezes eu preciso de pegar um medicamento, ou marcar uma consulta pra ele, às vezes eu tenho que pegar uma bombinha, porque ele usa pra fazer inalação. Aí eu já venho aqui e pego, mas não assim corrido, sabe. Sempre antes de acabar uma, sempre a gente pega outra, a partir do momento em que bom, aí quando o tempo ta... aí ataca. (E18)*

A questão da não procura dos serviços de saúde pelos homens na população rural pesquisada é evidente. Isso fica claro em vários momentos das entrevistas. Os homens são responsáveis pelo trabalho e sustento da família, enquanto as mulheres, normalmente, se encarregam desse tipo de cuidado, inclusive relacionado à saúde dos filhos. Os homens



resistem em se cuidar e procurar os serviços de saúde, pois isso poderia significar uma maneira de mostrar fragilidade, o que não é admitido por eles, principalmente ao homem do campo, que deve mostrar-se forte e capaz de trabalhar para manter o sustento do seu lar.

Faz parte do homem se mostrar invulnerável, no seu exercício de poder. As mulheres conquistaram políticas públicas específicas, saindo da posição de subordinação, enquanto os homens continuam passivos nesse sentido, sendo representado por outras classes, sem sua participação efetiva (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

Podemos confirmar esse fato quando não foi possível realizar a proposta inicial de entrevistar dez homens e dez mulheres. Pôde-se perceber a ausência dos homens na ESF rural. As entrevistas só foram realizadas com quatro pessoas do sexo masculino, lembrando que, três deles trabalham como motorista e sempre passam pela ESF. Isso mostra que os homens não costumam procurar os serviços de saúde. O hábito do autocuidado está relacionado à mulher, como procurar o posto de saúde.

Os assuntos relacionados à prevenção devem ser analisados com cautela nesse contexto. Entre as mulheres há um avanço, mas que ainda precisa de empenho para alcançar melhores resultados nos trabalhos direcionados para a promoção de saúde. Já entre os homens, a dificuldade é ainda maior, visto que existe uma cultura arraigada entre eles, que para mudar leva tempo e persistência. Por isso, durante tanto tempo tínhamos a existência de políticas direcionadas à saúde da mulher e, atualmente, surgem políticas voltadas para a saúde do homem. Talvez este seja o começo de um árduo processo. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída pela Portaria GM n. 1.944, em 27 de agosto de 2009. Essa é uma estratégia para uma melhor visualização das necessidades de saúde dos homens, inserindo esse público-alvo nos planos de saúde, representando um importante passo na saúde coletiva (BRASIL, 2009b).

Em relação ao autocuidado, notamos que as mulheres conseguem ter mais esse hábito. Tal fato pode estar relacionado às políticas públicas para elas, mostrando resultados positivos. O que hoje o Governo Federal está tentando é implementar campanhas educativas direcionadas à saúde do homem, estimulando-os a procurarem os serviços de prevenção à saúde masculina. Por outro lado, ao contrário do comportamento masculino, percebemos que as mulheres já adquiriram o hábito de prevenção.

Percebemos esses efeitos com as mulheres conforme os seguintes relatos:

*Sempre é pra vacinar, pra fazer o preventivo, sempre assim. E quando sente alguma coisa, aí eu venho sempre consultar. (E10)*

*Ah pra fazer uma consulta, um exame, um preventivo, que é importante, todo ano a gente tem que está fazendo [...]. (E11)*

Fica claro que já existe uma diferença na maneira de pensar saúde pelas mulheres e pelos homens. Porém, é certa a necessidade de trabalhos em prevenção de doenças na região onde foi realizada a pesquisa, para todas as pessoas. Embora algumas concepções estejam sendo alteradas com o tempo, a pesquisa demonstra que os homens ainda agem direcionados para os serviços de saúde somente quando sentem algo, de forma que as representações nesse sentido ainda permeiam para o homem como se prevenção fosse necessidade feminina, já que esse seria símbolo de fragilidade, enquanto persistem representações vinculadas à força e à resistência.

#### 7.5.5 Acesso ao transporte e cuidados com a saúde

Aqui foram realizadas considerações sobre o transporte oferecido pelo município. Esse transporte compõe-se de alguns ônibus, que fazem o percurso desde as fazendas até o centro da área rural, onde estão localizadas a ESF e a escola. Os ônibus têm por objetivo principal levar os alunos até a escola, mas também os moradores os utilizam para chegar até esse centro. De uma maneira geral, as pessoas usam esse transporte mesmo quando possuem algum outro meio ou moram perto dessas localidades. Apenas três revelaram não utilizar esse recurso, por chegarem à ESF a pé, de moto ou de carro.

Encontramos poucos relatos de que o transporte se encontra em boas condições, como veremos a seguir:

*Ah eu acho bom, porque se não fosse o transporte, porque geralmente, escola nenhuma... Igual carrega só os alunos, agora mãe e pai não pode, porque pra N. não pode. Além dos alunos não leva. E pra cá a gente tem essa coisa, se precisar busca na porta, a ambulância... Igual pode ligar a qualquer hora, se precisar, daí busca na porta, a Kombi vai buscar ou às vezes, tem o ônibus que traz até aqui, daqui dá um jeito de levar pra J., pra F., pra D. ou alguma coisa assim. Porque quando a gente morava em outra cidade não tem disso, é você ou você, você depende só de você, não precisa depender dos outros. Você tem que sair dali, pegar um táxi ou mototáxi e ir. Você não precisa ligar para o pessoal ir buscar, só se estiver morrendo ou alguma coisa assim. Aqui não, aqui o exame... Igual o H. liga lá em casa,*

*falando S. você tem um exame hoje ou tal dia, ou amanhã. Facilito bastante, eles avisam. Quando não mandam recado pelo meu menino... Geralmente eles mais ligam, porque às vezes, não entrega, esquece. Geralmente eles ligam avisando. (E1)*

*Ah pra mim é nota mil, porque nós “tem” carro e tem o escolar. Então tem moto... está bom. (E6)*

*É bom. (E7)*

*Bom, particularmente, não porque meu esposo é motorista, em vista de muitos está até bem. Só é ruim porque você levanta de madrugada, é cansativo, tem que vir ficar esperando. Se tivesse algo melhor, seria melhor, mas... (E9)*

*Boa. Não tem porque falar que está ruim. Está bom. (E13)*

Pelos relatos dos participantes E1 e E9, percebemos que, novamente, existe um conformismo quanto à situação, pois, na visão dos entrevistados, poderia ser pior, assim como o é em muitos municípios; enquanto a entrevistada E6 considera o ônibus bom, não dependendo apenas desse transporte, já que possui carro. Apenas os participantes E7 e E13 consideram o transporte bom, sem nenhuma objeção.

Muitos foram os relatos de reclamações quanto ao transporte que o município oferece para a área rural.

*Péssimo. (E2)*

*Onde eu moro que é um pedaço de chão, às vezes quando está ruim o escolar não passa. Aí, não tem como vir, o escolar não passa e não tem como sair. (E5)*

*Ahh eu acho que, pelo menos, pras crianças, pra vir estudar todo dia, eu acho os bancos muito ruim. Não dá nem pra eles deitar pra dormir, nem nada. Eles sai muito cedo de lá e pega muita poeira. Eu acho ruim demais esses ônibus. (E10)*

*Bom, quando eu venho com o ônibus escolar, horrível. Hoje mesmo o ônibus quebrou. Aí a gente teve que ficar esperando outro ônibus, demorou um pouco. (E14)*

*Péssimo, porque vive mais quebrado do que arrumado. Às vezes nem passa. (E19)*

*Olha, já foi melhor. Ultimamente os ônibus quebram muito. Muito. E isso vai fazendo com que as crianças sofram bastante, os atrasos, apesar que eles são espertos, tão recuperando bem. Mas, já foi melhor. (E15)*

A maior reclamação dos entrevistados em relação ao transporte é quanto à manutenção. Segundo alguns relatos anteriormente citados, os ônibus quebram constantemente, enquanto quem sofre é a população, em especial as crianças, que perdem aula quando isso acontece. Percebe-se que não é dada a devida atenção para o transporte e isso passa a ser algo natural e normal para muitos dos usuários.

Para Pegoretti e Sanches (2004), existe a necessidade de implantação de uma Política de Transporte Rural Nacional, para, assim, diminuir as desvantagens sociais da população rural, garantindo o acesso dos moradores aos benefícios e políticas públicas e sociais disponíveis. Isso garantirá não apenas melhor qualidade de vida a essa população, mas também evitará um êxodo para as localizações urbanizadas.

Em estudo nas regiões rurais com assentados, Leite et al. (2004) revelam que as estradas nesses locais são precárias, dificultando assim a comunicação, sobretudo em épocas de chuvas, o que agrava ainda mais o acesso a serviços de saúde e educação, gerando, possivelmente, dificuldade na comercialização da produção. Confirmam também, a existência do transporte precário, porém revelam a existência de uma melhoria nas regiões onde os assentados fizeram pressão para melhores condições desse serviço.

Interessante observar que essa população não vê o transporte como direito, mas sim um benefício que o município oferece, sendo direito apenas das crianças e não de todos os moradores. Isso pode colaborar para que eles se distanciem de muitas oportunidades de ter uma vida melhor, fazendo com que tenham interesse em ir embora do campo, já que, nesse caso, o transporte oferecido não supre as necessidades de condução desses moradores, dificultando ainda mais o acesso a muitos serviços.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Abordar o tema Representações Sociais de saúde e doença pôde trazer originalidade para o trabalho, visto que foi realizado em uma área rural, na qual torna-se tão necessário a descoberta dos sentidos dados à saúde e à doença para que se possa trabalhar com as questões relacionadas a essa temática, em especial para tratar de propostas de intervenção com a população. Conhecendo o que se pensa, nota-se uma facilidade em alcançar resultados a partir de alguma proposta de trabalho nessa comunidade, além do conhecimento social e econômico da população pesquisada.

Quando se trata de saúde, percebemos que, para essas pessoas, as Representações Sociais se relacionam com os serviços de saúde oferecidos no local, que são considerados bons, já que estão sempre comparados a outros locais ou vinculados ao que vemos na mídia sobre o SUS. Porém, o que chama a atenção é que ela também está associada à capacidade de trabalhar e quando não está sentindo nenhuma dor. Isso mostra a importância da capacidade física, ou seja, de poder exercer um trabalho cujo corpo é a principal maneira para garantir a sobrevivência. Dessa forma, cuida-se desse corpo quando ele está doente.

Já as Representações Sociais de doença apresentam-se sempre relacionado a algo negativo. Destaca-se, aqui, que os moradores dessa comunidade rural fazem uma forte associação entre estar doente e tomar alguma medicação. Nota-se que a Representação Social da medicação está relacionada a aliviar a dor. O valor que é dado à medicação indica que passar por uma consulta médica só é satisfatório quando há a prescrição de algum remédio, nos levando a perceber que essa população costuma procurar pelo médico quando já se encontra doente e com dor. Essa afirmação prova a dificuldade que eles têm de enxergar as mudanças de hábitos. É preferível tomar uma medicação de efeito rápido do que pequenas mudanças no dia a dia, que podem prevenir várias doenças. Além do mais, muitas doenças nem são levadas em consideração por essas pessoas, como uma gripe ou uma dor na coluna, já que são consideradas comuns pelos moradores dessa região.

A partir do presente trabalho puderam ser percebidas algumas peculiaridades que envolvem os residentes de uma comunidade rural. A pesquisa mostrou que temos políticas públicas de saúde construídas para toda a população do Brasil, porém, este é um país desigual, socialmente e economicamente, com diferentes culturas e maneiras de enxergar a saúde e a doença, o que revela características específicas para cada comunidade.

A dificuldade de trabalhar com a saúde do homem nesse local é uma problemática que deve ser enfrentada para iniciar um processo de mudança. Percebe-se que o homem do campo

acredita que procurar os serviços de saúde e promover o autocuidado são práticas das mulheres, já que eles podem ser considerados fortes o suficiente para não precisar disso. Apenas procura-se esse tipo de serviço quando não existe mais alternativa, como no caso de estar com muita dor. Isso ficou comprovado a partir da dificuldade de encontrar homens para a realização das entrevistas.

As políticas públicas de saúde foi um assunto que surgiu durante a pesquisa, tornando-se inevitável a sua abordagem no decorrer do trabalho. Tal fato pode ser explicado pelo seu local de realização, que foi uma sala na ESF, na qual todos os participantes estavam procurando os serviços de saúde naquele momento. Por isso, se observou uma oportunidade de trazer esse tema, com o objetivo de colaborar com as políticas públicas de saúde, já que o mesmo possui relevância.

Os programas de saúde não são colocados todos em prática, passando, muitas vezes, a impressão de que esses moradores não necessitam de tais serviços, pois o pouco oferecido já é suficiente para eles. Essa situação acaba reforçando a ideia de que procurar a ESF só é necessário quando já se encontra doente, pois não há incentivos para essa busca para a formação de um grupo de prevenção, por exemplo. Tal fato é ainda mais evidente com a população masculina, que raramente aparece na ESF. Podemos apontar como um ponto positivo, que, apesar da falta desse incentivo para a busca da ESF para prevenção, as mulheres já conseguem enxergar melhor o fato da prática de hábitos saudáveis.

Ressaltamos que as visitas domiciliares, que deveriam ser realizadas pelos profissionais da saúde, são cumpridas apenas pelos agentes comunitários de saúde, enquanto médico, dentista e enfermeiro não veem essa função como tarefa obrigatória, já que não há cobranças. Esse fato é bem aceito por essa população, visto que, parte dos entrevistados não consideram as visitas domiciliares importantes, pois os agentes comunitários de saúde não podem pegar a medicação ou agendar um exame, por exemplo. Isso corrobora a supervalorização que existe quanto a medicação.

Melhorar as condições de vida das populações rurais é algo imprescindível. Nos dias de hoje, percebe-se o alto índice do êxodo para as cidades maiores, na busca de uma vida melhor, apesar de muitos dos pesquisados não conseguirem ver a existência de uma relação entre as doenças que se manifestam e as condições de vida. Poucas são as pessoas que estão realmente satisfeitas com a vida no campo. Existem sempre muitas reclamações. Fica então,

talvez uma ilusão, de que a vida nas grandes cidades poderia ser mais fácil e melhor, que é mostrada dessa forma pela mídia.

O transporte oferecido nessa região é visto pelos moradores como uma benfeitoria do município e não como direito. Além disso, pelas entrevistas, constatou-se a má conservação em que se encontram os ônibus. Isso acaba desmotivando a busca pelos serviços de saúde, pois é preciso enfrentar vários entraves para se conseguir chegar ao local desejado.

Portanto, estudar sobre saúde e doença pode colaborar para o favorecimento de novas políticas e conhecimento do homem rural. Reconhecer as maneiras de pensar dessa população é também valorizá-los. Assim, beneficiando esse tipo de comunidade, pode-se propiciar a permanência do homem no campo.



**REFERÊNCIAS**

---

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 245-259, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a25v10n1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 27-46.
- ANDRADE, L. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. A sexualidade masculina e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 121-126, 2005. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/6-a%20sexualidade%20masculina.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n1/2212.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- AVEIRO, M. C. et al. Efeitos de um programa de atividade física no equilíbrio e na força muscular do quadríceps em mulheres osteoporóticas visando a uma melhoria na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 33-38, 2004. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/571/595>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- AZEREDO, C. M. et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/25.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.
- BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo. Ática, 2004.
- BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre - RS. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/ARTIGO1.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese: revista eletrônica dos pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 60-80, 2005. Disponível em: <[http://www.emtese.ufsc.br/3\\_art5.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.
- BOURGET, M. M. M. (Org.). *Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local*. São Paulo: Martinari, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro: Ed. INCA, 2010b. v. 4. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/docs/registro%20de%20base%20populacional\\_completo.pdf](http://www.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/docs/registro%20de%20base%20populacional_completo.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Orientações para conselheiros de saúde*. Brasília, DF, 2010c. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselhos Nacionais das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial da União – Seção I*, Brasília, DF, 28 ago. 2009b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 8 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional*. Rio de Janeiro: Ed. INCA, 2003. v. 3. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 set 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Programa de saúde da família: saúde dentro de casa*. Brasília, DF: Ed. Fundação Nacional de Saúde. 1994. Folder. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006003153.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 8 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.editais.ufu.br/sites/editais.ufu.br/files/Ed\\_01\\_2011\\_PET\\_Saude\\_FAMED\\_UFU\\_Texto\\_abc\\_SUS\\_doutrinas.pdf](http://www.editais.ufu.br/sites/editais.ufu.br/files/Ed_01_2011_PET_Saude_FAMED_UFU_Texto_abc_SUS_doutrinas.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de saúde – relatório final. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 507-519, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a04v9n18.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

CANGUILHÉM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

CHAMMÉ, S. J. *Saúde: um processo em constante construção*. 1997. 174 f. Tese (Livre-Docência em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual de São Paulo, Marília, 1997.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n19/a09n19.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

COHN, A.; ELIAS, P. E. (Orgs.). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1999.

CORREIA, A. D. M. S. et al. Princípios gerais da Estratégia de Saúde da Família. In: CORREIA, A. D. M. S. et al. (Orgs.). *Políticas públicas de saúde e o processo de trabalho em saúde da família*. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2010. v. 2, p. 103-133. Disponível em: <[http://ares.unaSus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/164/Pol%20adticas\\_P%20bablicas\\_de\\_Sa%20bade\\_Vol\\_2.pdf?sequence=1](http://ares.unaSus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/164/Pol%20adticas_P%20bablicas_de_Sa%20bade_Vol_2.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 10 maio 2012.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 120-131, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

DALLARI, S. G. *A saúde do brasileiro*. São Paulo: Moderna, 1993.

DIMPÉRIO, M. G. S. et al. Saúde rural: o caso da Linha das Flores – distrito do município de Santa Rosa – RS. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 47., 2009, Porto Alegre. *Anais...* Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Economia Administração e Sociologia Rural, 2009. Não paginado. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/13/849.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico moral? In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 83-90.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. SANTANA, J. P. (Coord.). *GERUS – Especialização em gerencia de unidades básicas do SUS*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1996. p. 114-120. Disponível em <[http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos\\_apoio/pub06UIT1.pdf](http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06UIT1.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2011.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

FERREIRA, J. O corpo sócnico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 101-111.

FONTES, O. L. *Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença*. Piracicaba: Ed. UNIMEP, 1995.

GOLDBAUM, M. et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/12.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

GOMES, A. A.; ROZEMBERG, B. Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo – RJ. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 16-29, 2000. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932000000400003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932000000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 maio 2012.

GOMES, L. O. S.; AGUIAR, M. G. G. Programa de Saúde da Família: um espaço para a reconstrução das representações sociais do processo saúde-doença?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 5, p. 614-619, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a04.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

GUIMARÃES, T. A. A. et al. A concepção de professores de Ensino Fundamental do município de Jequié BA sobre saúde-doença. *Saúde.Com*, Jequié, v. 1, n. 2, p. 95-99, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n2a2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

HEILBORN, M. L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. A.; MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 197-208. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/goldenberg-8575410253-13.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: Mato Grosso do Sul – @Cidades*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ms>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 17-44.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, DF, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/resr/v43n1/25834.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

LEITE, S. et al. *Impactos dos assentamentos: um estudo sobre o meio rural brasileiro*. Brasília, DF: Ed. UNESP, 2004.

LIMA, A. C. G. G. O. D. *As representações sociais de saúde e doença para portadores de Diabetes Melito que procuram o serviço de diagnóstico e prevenção da retinopatia diabética*. 2005. 93 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005. Disponível em: <[http://www.tede.ucdb.br/tde\\_arquivos/3/TDE-2008-07-31T085816Z-123/Publico/ANDREA%20CRISTINA%20GRUBITS%20GONCALVE%20DE%20OLIVEIRA%202005a.pdf](http://www.tede.ucdb.br/tde_arquivos/3/TDE-2008-07-31T085816Z-123/Publico/ANDREA%20CRISTINA%20GRUBITS%20GONCALVE%20DE%20OLIVEIRA%202005a.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

MARLIÈRE, G.; FERRAZ, M. Consumo ambulatorial e sobras de antibióticos: entrevista em 6.000 domicílios brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo, v. 57, n. 3, p. 187-195, 2000. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=363](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=363)>. Acesso em: 10 maio 2012.

MARQUES, R. M. et al. Câncer do colo do útero. In: LOPES, A. C. (Org.). *Diagnóstico e tratamento*. Barueri, SP: Manole, 2007. v. 3, p. 600-612.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus determinantes: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 485-492, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n8/26760.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 374-383, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

NASCIMENTO, A. C.; SAYD J. D. “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Isto é regulação? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 305-328, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n2/v15n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

ORDAZ, O.; VALA, J. Objectivação e ancoragem das representações sociais do suicídio na imprensa escrita. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 87-114.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Paris, 1948. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 13 ago. 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde*. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

PEGORETTI, M. S.; SANCHES, S. P. A problemática da segregação espacial dos residentes na área rural: uma visão através da dimensão acesso e do sistema. In: ENCONTRO DA ANPPAS, 2., 2004, Indaiatuba. *Anais...* Belém: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ambiente e Sociedade, 2004. p. 1-10. Disponível em: <[http://www.anppas.org.br/encontro\\_anual/encontro2/GT/GT11/michela.pdf](http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT11/michela.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19826.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

RABELLO, M. C. M. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 47-55.

RAMOS, A. L. J.; GUTFREIND, C. O imaginário de crenças, hábitos e práticas em saúde e doença. In: SOUZA, A. P. R.; GUTFREIND, C. (Orgs.). *A saúde nos grupos: as representações sociais na saúde coletiva*. Canoas: Ed. ULBRA, 2007. p. 37-64.

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, Niterói, v. 8, n. 6, p. 244-253, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v8n6/v8n6a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

RIVERA, F. S. R.; SOUZA, E. M. T. Consumo alimentar de escolares de uma comunidade rural. *Comunicação em Ciências da Saúde*, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 111-119, 2006. Disponível em: <[http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2006Vol17\\_2art4consumoalimentar.pdf](http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2006Vol17_2art4consumoalimentar.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

ROCHA, C. M. B. M. et al. Avaliação da qualidade da água e percepção higiênico-sanitária na área rural de Lavras, Minas Gerais, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1.967-1.978, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/21.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.). *Diálogos com a teoria das representações sociais*. Recife: Ed. UFPE, 2005.

SANTOS, M. L. M.; BATISTON, A. P. O estado e as políticas públicas de saúde. In: CORREIA, A. D. M. S. et al. (Orgs.). *Políticas públicas de saúde e o processo de trabalho em saúde da família*. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2010. v. 2, p. 24-100. Disponível em: <[http://ares.unaSus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/164/Pol%c3%adticas\\_P%c3%ablicas\\_de\\_Sa%c3%bade\\_Vol\\_2.pdf?sequence=1](http://ares.unaSus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/164/Pol%c3%adticas_P%c3%ablicas_de_Sa%c3%bade_Vol_2.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 10 maio 2012.

SANTOS, V.; CANDELORO, R. J. *Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas teóricas*. Porto Alegre: AGE, 2006.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO L. J. Tendências do Diabetes Mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, p. S29-S36, 2003. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a04v19s1.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

\_\_\_\_\_. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: Ed. SENAC, 2002.

SCOTNEY, N. *Educação para a saúde: manual para o pessoal de saúde da zona rural*. São Paulo: Paulinas, 1981.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

SEMIN, G. R. Protótipos e representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 206-216.

SERPA, A. F. W. G. *Representação social de saúde e doença para portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes*. 2007. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007. Disponível em: <[http://www.tede.ucdb.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=72](http://www.tede.ucdb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=72)>. Acesso em: 10 maio 2012.

SILVA, A. *Representações sociais de saúde, doença e corpo de clientes de academias de ginástica em Campo Grande, MS*. 2009. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.

SILVA, C. R. L. D. *Saúde coletiva e a ênfase no humano*. Blumenau: Edifurb, 2004.



SILVA, L. H. Representações sociais e educação: refletindo sobre as possibilidades da um diálogo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 3, p. 105-124, 1998. Semestral.

SOUTO, D. F. *Saúde no trabalho: uma revolução em andamento*. Rio de Janeiro: Senac, 2003.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuário do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987.

VIANA, N. *Senso comum, representações sociais e representações cotidianas*. Bauru: EDUSC, 2008.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n4/v20n4a06.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2012.

VIEIRA, E. W. R. *Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha, Minas Gerais*. 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <[http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c46e4d8c28fe.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c46e4d8c28fe.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2012.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p. 3-25.



APÊNDICE A – Instrumento para a coleta de dados

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**  
**PROGRAMA STRICTO SENSO – MESTRADO EM PSICOLOGIA**

Este roteiro de entrevista teve por objetivo a realização de entrevista semiestruturada com a finalidade de coleta de dados, fez parte da metodologia da pesquisa qualitativa em saúde, com o objetivo de investigar as Representações Sociais de saúde e doença de moradores da zona rural e frequentadores de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) Rural em um município de Mato Grosso do Sul, além de pesquisar como estão funcionando as políticas públicas de saúde nessa região, no qual o título é: *Saúde e Doença: um Estudo das Representações Sociais de Famílias Rurais em um Município de Mato Grosso do Sul.*

**Dados sociodemográficos**

---

- 1) Nome: .....
  - 2) Idade: .....
  - 3) Sexo: .....
  - 4) Escolaridade:.....
  - 5) Estado civil: .....
  - 6) Tem filhos? [ ] não [ ] sim Quantos? .....
  - 7) Tem plano de saúde? [ ] não [ ] sim Qual? .....
  - 8) Renda familiar: .....
  - 9) Número de pessoas que moram com você: .....
  - 10) Ocupação profissional: .....
  - 11) Tipo de propriedade rural? [ ] sítio [ ] fazenda  
Própria: [ ] não [ ] sim
  - 12) Tem carro? [ ] não [ ] sim
  - 13) Tipo de atividade para sobrevivência da família: .....
- .....

### **Sobre saúde**

---

14) Como você considera as suas condições de saúde?

.....

15) Já apresentou algum tipo de problema de saúde? O que você fez?

.....

16) E na sua família?

.....

17) Você faz uso de alguma medicação? Qual?

.....

18) O que é saúde para você?

.....

### **Sobre doença**

---

19) O que é doença para você?

.....

20) O que é estar doente?

.....

21) Sente desconforto em alguma parte do corpo?

.....

22) Alguém na sua família se encontra doente? Se sim, qual a doença?

.....

23) Se sim, comente sobre essa doença.

.....

### **Sobre a Estratégia de Saúde da Família**

---

24) Com que frequência você comparece na ESF?

.....

25) Qual é a sua opinião sobre a ESF?

.....

26) Alguma sugestão ou reclamação?

.....

27) Com qual frequência os profissionais de saúde passam na sua casa?

.....

28) Você acha importante a presença dos profissionais de saúde visitarem a sua casa? Se sim, por quê?

.....

29) Em quais situações você procura o atendimento na ESF?

.....

**Sobre o seu trabalho**

---

30) Você trabalha? Se sim, o que faz?

.....

31) E as pessoas que moram com você? Trabalham? O que fazem?

.....

32) Em caso de doença na família, você acha que as doenças que se manifestam em você ou na sua família têm relação com suas condições de vida?

.....

**Sobre o transporte**

---

33) O que você acha sobre o transporte da sua casa até a ESF?

.....

34) Qual é a frequência de passagem do transporte para a ESF?

.....

35) Quais as condições em que se encontra o transporte?

.....

36) Você utiliza o transporte para a ESF? Se sim, avalie esse serviço.

.....

Data da entrevista: ...../...../.....

## APÊNDICE B – Autorização para realização da pesquisa

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****1. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA**

Saúde e Doença: um Estudo das Representações Sociais de Famílias Rurais em um Município de Mato Grosso do Sul

**2. PESQUISADORA**

Nome: *Fabiana Regina da Silva Grossi*

CPF 311653308-30 // RG 27118794-3

Telefone: (67) 9903-9547

Endereço: Rua Antônio Cruz Fagundes, s/nº – Jateí, MS

**3. ORIENTADORA**

Nome: Luciane Pinho de Almeida

CPF 562550391-53 - RG 17273584

Telefone: (67) 3312-3346 // 9902-8380

Endereço: Rua Constantinopla, n. 687 – Campo Grande, MS

**4. OBJETIVOS DA PESQUISA**

Investigar as Representações Sociais de saúde e doença de moradores da zona rural e frequentadores de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um Município de Mato Grosso do Sul.

**5. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA (SÍNTESE)**

O município tem grande parte de sua população na área rural e com economia de predominância pecuária e em sua maioria homens. Dessa forma, torna-se necessária a investigação sobre as Representações Sociais de saúde e doença dessas famílias rurais, que possuem problemáticas muito particulares e, geralmente, se encontram em desvantagem quando comparadas à saúde da população urbana.

**6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para realizar essa pesquisa, será utilizado o método qualitativo, com entrevista semiestruturada, questões sobre saúde e doença e perfil sociodemográfico. O trabalho será realizado em uma sala previamente definida na ESF Rural, com 20 participantes, sendo 10 homens e 10 mulheres, e idade entre 25 e 40 anos, escolhidos aleatoriamente.

**7. POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS**

Não existem possíveis desconfortos e riscos.

**8. POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS**

Espera-se poder compreender como pensa a população rural do município em estudo, sobre saúde e doença, podendo, assim, propor novas sugestões para a construção de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população do município, estudando melhor as necessidades e prioridades das famílias rurais.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa e/ou responsável por participante da pesquisa, sabendo que:

- a) A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;
- b) É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;
- c) É garantido o anonimato;
- d) Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;
- e) A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), que a referenda e
- f) O presente termo está assinado em duas vias.

...../ ...../ .....

.....	.....
Nome	Assinatura
[ ] participante // [ ] responsável pelo participante da pesquisa	

Meio de contato: .....

.....	.....
Nome do pesquisador	Assinatura

.....	.....
Nome da orientadora	Assinatura





## HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB

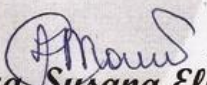


UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO  
*Valorizando talentos*

Campo Grande, 07 de outubro de 2010.

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“Saúde e Doença: um estado das representações sociais de famílias rurais do município de Jateí-MS”** sob a responsabilidade de **Fabiana Regina da Silva Grossi**, orientação de **Profa. Dra. Luciane Pinho de Almeida**, protocolo nº **063/10** após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado **aprovado** sem restrições.

  
**Profa. Dra. Susana Elisa Morena**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Católica Dom Bosco

**MISSÃO SALESIANA DE MATO GROSSO - UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO**  
Av. Tamandaré, 6000 - Jardim Seminário - CEP 79117-900 - CAMPO GRANDE - MS - BRASIL  
CNPJ/MF: 03.226.149/0015-87 - Fone: 55 67 3312-3300 - Fax: 55 67 3312-3301 - [www.ucdb.br](http://www.ucdb.br)  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa ◊ 3312-3615/3723 ◊ [cep@ucdb.br](mailto:cep@ucdb.br)