

RISCOS POTENCIAIS À SAÚDE EM ITINERÁRIOS DE CURA E CUIDADO*

[Potential risks for health on routes of healing and care]
[Riesgos potenciales a la salud en los itinerarios de curación y cuidado]

Alessandro da Silva Scholze**

Yolanda Flores e Silva***

RESUMO: Neste estudo buscou-se caracterizar os riscos potenciais à saúde identificados em itinerários de cura e cuidado de famílias, observados e descritos por agentes comunitários de saúde que atuavam na Barra do Rio em Balneário Camboriú – Santa Catarina. Utilizamos um abordagem qualitativa com o uso de estratégias adaptadas da etnografia e do estudo de caso. Verificamos a ocorrência de vários itinerários de cura e cuidado possíveis, envolvendo sistema de saúde diversos, cada um com riscos potenciais à saúde específicos. Assim, esse estudo trouxe informações que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde tanto no sentido de estimular a autonomia e o autocuidado dos pacientes quanto permitindo prevenir os pacientes sobre riscos potenciais nos itinerários que estes podem desenvolver, mesmo que não incluam o sistema de saúde formal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família; Família; Programa Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Na prática diária da Atenção Primária à Saúde, identificam-se usuários que recorrem a serviços como o Programa Saúde da Família (PSF) após buscarem distintas alternativas para a solução dos seus problemas. Não

importando qual o caminho percorrido, qualquer forma de cuidado é adotada a partir da relação da família com seu meio, através de redes de relações nas quais podem ser fornecidas diferentes formas de apoio provenientes de familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e dos próprios serviços de saúde, entre outras possibilidades. Isso demonstra a autonomia das pessoas quanto ao que acreditam e buscam para a cura e o cuidado de si. Entretanto, também é importante que os sistemas oficiais de saúde reconheçam que existe um sistema informal, um sistema popular e um sistema profissional de saúde, cada um deles definindo quem cura e quem é paciente ⁽¹⁾.

As diferentes teorias sobre itinerários terapêuticos utilizam-se de conceitos pré-estabelecidos para explicá-los como atitudes regulares da conduta humana, muitas vezes perdendo de vista a complexidade circunstancial e dialógica na qual as pessoas buscam resolver seus problemas de saúde. O curso das ações realizadas para tratar o sofrimento constitui o itinerário terapêutico, porém este não segue um plano concebido previamente. Ao longo de uma cadeia de eventos, desencadeada no itinerário terapêutico, cada ação é escolhida de acordo com um resultado esperado, mas apenas ao pôr em prática a ação a pessoa poderá interpretar seus efeitos e discuti-los. Portanto, o itinerário terapêutico pode se constituir em uma unidade de ações somente de um ponto de vista retrospectivo, sendo necessária a interpretação de uma série de atos fragmentados para lhes dar coerência. Essa construção não é feita individualmente, mas sim com a participação da rede social da família e da pessoa doente, mobilizada no processo de modo a legitimar os tratamentos utilizados ⁽²⁾.

A denominação itinerários de cura e cuidado será aqui adotada, em lugar de itinerários terapêuticos ⁽²⁾ ou redes terapêuticas ⁽¹⁾ a fim de enfatizar as relações humanas presentes nos itinerários através dos elementos cura e cuidado como referidos por Waldow ⁽³⁾, envolvendo tanto componentes subjetivos como a inserção de uma ou várias pessoas nas redes formadas pelos membros de uma família, assim como de diferentes grupos sociais dos quais participam.

*Trabalho realizado no Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho com área de concentração em Saúde da Família do Centro de Educação de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Fontes de apoio: Programa Integrado de Pós-Graduação e Graduação da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

**Médico – Especialista em Clínica Médica Subárea Gastroenterologia. Aluno do Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho com área de concentração em Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

***Enfermeira/Antropóloga – Doutora em Filosofia da Saúde, docente e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Saúde e Gestão do Trabalho – Mestrado Profissionalizante com área de concentração em Saúde da Família da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

A compreensão dos itinerários de cura e cuidado na Estratégia Saúde da Família depende fundamentalmente do papel que todos os profissionais da saúde desempenham, especialmente o agente comunitário de saúde (ACS), visto que suas atribuições incluem traduzir para a equipe a dinâmica social da comunidade onde atua, identificando necessidades e potencialidades, bem como situações de risco ⁽⁴⁾. Estes riscos, considerados como danosos à saúde, podem surgir em quaisquer itinerários de cura e cuidado desenvolvidos na comunidade, seja percorrendo as alternativas formal, informal ou popular de atenção à saúde. Portanto, ações que visem à prevenção e promoção da saúde devem reconhecer e considerar os itinerários mais comuns em cada população.

O conceito de risco originou-se no Mercantilismo, ligado tanto a ganhos quanto a perdas. Porém, com a abordagem probabilística da economia, passou a ser relacionado ao prognóstico de custos, com um significado mais negativo ⁽⁵⁾. A utilização da probabilidade matemática para determinar a ocorrência de um evento deu ao risco uma característica de neutralidade, fazendo com que o termo "risco" substituísse "perigo" na tentativa de criar uma pretensa neutralidade cientificamente ratificada ⁽⁶⁾. Porém, a quantificação do risco não se caracteriza pela neutralidade, já que o cálculo parte de pressupostos que não podem ser isolados dos propósitos envolvidos na tentativa de se determinar os riscos ⁽⁵⁾.

Hayes apud Castiel ⁽⁷⁾, ao identificar as áreas da ciência voltadas para o estudo dos riscos, atribui à saúde dois domínios, sendo um domínio ambiental que se volta para os riscos oriundos da exposição a subprodutos de atividades econômicas e sociais; e um domínio individual que trabalha com a categoria estilo de vida. A partir desses domínios, desenvolve-se uma medicina de vigilância, que se dedica a perscrutar toda a vida das pessoas na tentativa de verificar comportamentos de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde. Tal vigilância faz parte de um programa de ações que visam a governabilidade dos corpos e das pessoas, a fim de se evitar o risco, tendo por premissa ser esta uma função do Estado que busca a produção do bem-estar ⁽⁶⁾.

Desse modo, na busca pelo controle de riscos em nível individual são desenvolvidas propostas educacionais colocando esse controle como responsabilidade das pessoas e de suas famílias, atribuindo a estas a capacidade de escolha de seu estilo de vida de modo racional e voluntário. Surge, a partir disso, uma crítica ao conceito estilo de vida quando aplicado em contextos nos quais há limites na capacidade de escolha em virtude de condições sócio-econômicas, quando o estilo de vida constitui, na verdade, uma estratégia de sobrevivência possível ⁽⁷⁾.

A fim de se evitar que o conceito de risco seja reduzido a uma abstração técnica alheia à vivência dos que enfrentam os perigos, é necessária uma abordagem cultural, que inclua a construção da percepção de risco de modos

diversos em diferentes sociedades e grupos populacionais, relacionando o risco a uma visão de mundo e da experiência humana ^(7, 8).

A partir dessas questões, o presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar os riscos potenciais à saúde nos itinerários de cura e cuidados realizados em famílias com pessoas sob cuidados domiciliários, observados por agentes comunitários de saúde (ACS) que atuavam na Equipe de Saúde da Família da Barra do Rio em Balneário Camboriú. A pesquisa foi desenvolvida em um Projeto Integrado de Pesquisa Pós-Graduação e Graduação, ligado ao Mestrado Profissionalizante em Saúde e ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí.

2 METODOLOGIA

A pesquisa desenvolvida utilizou como percurso metodológico o método de abordagem qualitativo, empregando estratégias da etnografia para realizar um estudo de caso. Tal procedimento se fez necessário em função do pouco tempo disponível para a coleta dos dados e apresentação dos resultados ao programa que financiou o estudo. Os procedimentos utilizados fazem parte do que VÍctora, Knauth e Hassen ⁽⁹⁾ denominaram de tríade ou triangulação das informações, na qual se utilizam as seguintes técnicas: trabalho de campo, entrevistas e observação sistemática de ambientes, pessoas e documentos escritos

A população do estudo se constituiu de ACS que atuavam na equipe do Programa Saúde da Família (PSF) da Barra do Rio, em Balneário Camboriú – SC, da qual um dos autores fazia parte como médico. Os ACS foram convidados a participar da pesquisa mediante apresentação do projeto e da leitura e concordância com o termo de consentimento esclarecido. Foram entrevistados quatro ACS dentre os seis que participavam da equipe, pois uma ACS estava em férias quando da realização das entrevistas, enquanto o outro, atuava em uma microárea que abrangia as praias agrestes, o que sugeria uma situação com itinerários diversos daqueles da Barra do Rio. As entrevistas individuais semi-estruturadas foram realizadas em um dos consultórios médicos do Posto de Saúde local, ao final das atividades de trabalho no período da tarde, sendo gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas e digitadas pelo pesquisador para análise. A análise das entrevistas seguiu uma adaptação do modelo de análise descrito por Minayo apud Rodrigues e Leopardi, no qual os dados coletados devem ser submetidos às técnicas de descrição dos depoimentos, avaliação dos mesmos, categorização de possíveis temáticas e discussão dos discursos identificados à luz de referencial pertinente à temática estudada ⁽¹⁰⁾.

As observações no campo foram realizadas junto à equipe do PSF, tanto no Posto Saúde, quanto em visitas domiciliárias, sendo sistematizadas somente no momento

da transcrição dos resultados. A coleta de documentos incluiu: material disponível nas Secretarias Municipais de Balneário Camboriú; condensados dos relatórios do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); e obras sobre Geografia e História com informações sobre o local do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A LOCALIDADE: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

O bairro da Barra do Rio localiza-se na região Sul da cidade, limitado pela BR 101 e pelo Rio Camboriú que o separa do Centro. O trajeto para os moradores da Barra até o centro envolvia, para aqueles que não dispunham de carro, o acostamento da BR 101 ou as bateiras (pequenos barcos usados na pesca) que atravessavam o Rio Camboriú, há pouco reforçadas por uma balsa, além dos limitados horários de ônibus.

Nos últimos tempos, evidenciava-se a valorização imobiliária decorrente da exploração de recursos turísticos no local. No entanto, é importante ressaltar a existência nos morros de pedreiras para extração de granito, assim como favelas incipientes. Nas áreas mais distantes do rio proliferavam residências com estruturas precárias, apesar da urbanização desenvolvida na última década. A infraestrutura local era diversificada conforme a região considerada, com asfalto ou calçamento nas vias centrais, enquanto a maior partes das ruas era de terra batida. Os córregos do bairro recebiam dejetos domésticos, como canais de esgoto a céu aberto despejados no rio Camboriú. A influência dos trabalhos temporários era sensível nas atividades da população, determinada tanto pelo aspecto turístico, quanto pelo trabalho na pesca e processamento de frutos do mar.

A Secretaria Municipal de Saúde mantinha uma Unidade Básica de Saúde instalada no bairro, com o PSF desenvolvido por duas equipes, sendo que a da Barra abrangia a região central do bairro. Na área da equipe da Barra, estavam cadastradas 3.331 pessoas em 902 famílias, estando 1554 (46,65%) destas pessoas na faixa etária de 20 a 49 anos de idade. Daqueles com 15 anos ou mais, 2.222 (94,43%) eram alfabetizados. Considerando somente as crianças entre 7 e 14 anos, 531 (95,16%) estavam matriculadas em escola. As pessoas com cobertura por planos de saúde somavam apenas 9,01% dos cadastrados. O abastecimento d'água era feito pela rede pública em 81,26% das casas, porém as fossas eram o destino do esgoto doméstico em 96,12% dos domicílios cadastrados. A maioria das casas (58,54%) era construída com tijolos. O lixo era objeto de coleta pública em 99,11% dos domicílios. Energia elétrica estava disponível em 98,56% das residências. Contavam-se 190 (8,07%) pessoas registradas como hipertensas no PSF e, 47 (1,41%), como diabéticas, além de 26 gestantes (nove destas com até 19 anos),

conforme dados do mês de julho de 2003⁽¹¹⁾.

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

3.2 OS INFORMANTES E OS DISCURSOS

Os informantes entrevistados eram todos do sexo feminino, com tempo de trabalho na equipe da Barra do Rio variando de cinco meses a três anos e um mês quando da entrevista. Três das ACS declararam sua escolaridade como segundo grau completo, sendo uma delas aluna do curso de técnico em enfermagem, a ACS restante referiu curso superior incompleto. Apenas uma delas morava na Barra do Rio, as outras residiam em outros bairros da cidade.

Esse perfil diferia daquele proposto na cartilha do Ministério da Saúde que trata dos ACS. A escolaridade das participantes do estudo superava a prevista na cartilha, que exigia apenas saber ler e escrever. No entanto, a maioria não residia na comunidade em que trabalhava, contrariando os requisitos do Ministério, que demandava pelo menos dois anos de residência na comunidade⁽¹²⁾, ainda que o tempo de trabalho como ACS da maioria superasse aquele proposto em termos de residência. Tais características, levando em consideração o caráter da pesquisa, poderiam influenciar as percepções das ACS com relação aos itinerários de cura e cuidado utilizados na Barra do Rio, pois elas não compartilhavam a vivência e o cotidiano das famílias e da comunidade como um todo.

Ao relatarem a quais famílias costumavam ser destinadas mais visitas domiciliares em suas atividades como ACS, todas incluíram famílias com pessoas hipertensas e diabéticas, além de idosos, acamados, pessoas que sofreram acidente vascular cerebral (AVC) ou com outras dificuldades para se deslocarem até o Posto de Saúde. As famílias com gestantes também recebiam visitas frequentes, a fim de estimular a participação no programa de pré-natal. Essa priorização das visitas a hipertensos e diabéticos estava de acordo com as orientações relativas a áreas prioritárias da atenção básica à saúde de responsabilidade das equipes do PSF⁽¹³⁾.

Os motivos para as visitas mais frequentes envolveram o controle de medicações de uso contínuo pelos ACS e a identificação de necessidades emocionais dos moradores.

“Eu, na verdade, eu dou prioridade pros idosos, mesmo, assim, pela carência deles de não poder vir no posto e por falta de afetividade da família mesmo...”.

Quando solicitadas a identificarem pessoas que recebiam cuidados por parte de outras pessoas da família, as ACS relacionaram basicamente idosos. O cuidado familiar era especialmente identificado em relação aos seguintes diagnósticos médicos: enfisema pulmonar; hipertensão arterial; diabetes; seqüelas de AVC; patologias vasculares de membros inferiores e amputações de membros inferiores. Em todas estas problemáticas, havia a necessidade de cuidados relacionados a administração de medicamentos e auxílio nas limitações para locomoção.

“Mais a parte dos idosos, esses são mais caso de medicação e sempre tem um familiar ajudando a controlar essa medicação”.

Em todas as atividades relatadas, existia uma predominância de um atendimento biomédico clássico ou formal, seguindo o modelo que Helman ⁽¹⁾ denominou de profissional. Nenhuma das ACS identificou ou informou espontaneamente cuidados ou busca de itinerários diferentes daqueles indicados por elas ou por outros profissionais da equipe do PSF local. O referencial biomédico pôde ser identificado em todas as famílias visitadas com mais frequência pelas ACS e nas quais havia pessoas sob cuidados. Essa identificação citada pelas ACS pareceu levar em consideração a presença de patologias crônicas e o tipo de atendimento individual que se volta para a obtenção do “controle” da patologia.

É importante observar que a família desses pacientes era vista como um dos elementos que também deveria ser controlado, dado que uma das maiores preocupações das ACS estava vinculada à posologia correta das medicações indicadas pelos profissionais vistos como referência e capacitados para tal.

“Todo mês, tem que ir toda semana lá pra controlar os remédios, porque se não ela dá a mais ou se esquece de dar”.

Essa postura relacionada ao controle do uso de medicamentos corroborou as críticas de Franco e Merhy ⁽¹⁴⁾ quanto a manutenção de uma dinâmica médico-centrada no PSF, ainda que originalmente propusesse práticas multiprofissionais. Quanto a abordagem individual, por um lado foi preservada a dimensão clínica ampliada, importante em situações nas quais a atenção à saúde se dá em nível secundário ou terciário, mas poderia indicar que as ações da equipe do PSF não estavam centradas na família.

Os cuidados familiares eram realizados, conforme a descrição das ACS, por filhos, netos, esposas e, em algumas famílias, por cuidadores contratados para isso. Por outro lado, certas pessoas que necessitavam de cuidados não os recebiam de familiares com os quais compartilhavam a moradia.

Outro detalhe a ressaltar é que nas falas das ACS

encontravam-se poucos relatos identificando outros problemas e pessoas necessitadas de cuidado, particularmente cuidadoras mães, exceto por uma criança que recebia atenção especial devido a transplante hepático e por situações de doenças agudas da infância. Permanecem então alguns questionamentos: porque as ACS não identificaram os cuidados das mães para com seus filhos no cotidiano, assim como as famílias que têm pessoas portadoras de necessidades especiais originadas na infância, como Síndrome de Down ou Paralisia Cerebral, situações que foram efetivamente observadas em diferentes micro-áreas? Sabemos que os registros do SIAB para a Barra do Rio, relativos ao mês de março de 2004, contabilizavam cinco pessoas entre zero e 14 anos e outra com 15 anos ou mais como “deficientes”. Quem cuidava destas pessoas? E por que não foram citadas pelas ACS, embora isto fosse relatado nas entrevistas e nossas observações tenham indicado um número maior de adultos portadores de necessidades especiais, particularmente idosos com seqüelas de AVC e amputações de membros inferiores?

Quando questionadas sobre as formas pelas quais as famílias com pessoas sob cuidados buscavam resolver problemas de saúde, uma observação constante entre as ACS foi a procura pelo atendimento no Posto de Saúde, através de consultas médicas ou visitas domiciliárias. Porém, essa alternativa muitas vezes era inviabilizada pela dificuldade de marcar consultas médicas com rapidez ou pelo surgimento de um problema de saúde em dias nos quais o Posto de Saúde não funcionava, como em finais de semana.

“...e mais assim da demora do tempo das fichas marcadas mesmo”.

A partir dos dados obtidos, percebeu-se que a procura pelo atendimento no Posto de Saúde centrava-se nas consultas médicas, o que provocava uma limitação operacional pela desproporção entre o número de moradores que procuravam o serviço e o número de consultas possíveis. As ACS eram abordadas pelos moradores por seu papel como intermediárias na facilitação desse acesso. Porém, mesmo nas visitas domiciliárias, a atuação do médico, da enfermeira e da auxiliar de enfermagem era priorizada em relação ao papel do ACS.

A posição do ACS em relação ao restante da comunidade era híbrida na medida em que deveria responder a uma demanda social por parte desta, sendo visto como um facilitador do acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que é exigido dele, como parte da equipe de saúde, um conjunto de conhecimentos técnicos, os quais podem conflitar com os saberes e valores próprios da comunidade local. Essa dualidade acabava por fazer parte das próprias atribuições do ACS, considerado um elo de ligação entre a equipe e a comunidade, servindo de tradutor entre essas duas culturas. A efetividade desse papel ou a ausência da incorporação do saber popular nas atividades do PSF

dependem da dinâmica estabelecida em cada equipe ^(4,15).

Ainda que a medicalização e o controle das patologias tenham sido centrais nos relatos das ACS, paralelamente houve críticas dirigidas à população local pelo que elas consideraram excessos na utilização do Posto de Saúde.

“...acho que qualquer coisa que eles têm eles querem marcar consulta”.

Essas críticas, e as ações relatadas que envolviam um referencial predominantemente biomédico, sugeriram que a forma como eram conduzidas as atividades da equipe levavam a uma manutenção do modelo de atenção à saúde centrado no médico, com perda de oportunidades para a integração do conhecimento popular no serviço de saúde, evidenciada por um certo descaso com as demandas dos clientes do serviço. Esse conflito entre a proposta de mudanças na prática assistencial contida no PSF e a prática das equipes tem como uma das causas identificáveis a falta de uma previsão para o atendimento da demanda espontânea, forçando os serviços a uma atuação ligada a projetos médico-hegemônicos, a fim de responder à demanda imediata ⁽¹⁴⁾.

As limitações no acesso ao Posto de Saúde foram identificadas como motivos para buscar soluções para os problemas de saúde através de outras alternativas, em particular na farmácia existente no bairro ou pela automedicação.

“Tem um índice bem alto, assim, de primeiro não ir no posto. Eu três dias, vamos supor, tá ali com dor: “Ah, vou na farmácia, não vou no Posto”.

A automedicação surgiu como uma alternativa de atenção à saúde bastante utilizada. Loyola Filho, Uchoa, Guerra, Firmo e Lima-Costa ⁽¹⁶⁾ sugeriram que a menor frequência de consultas médicas e menores gastos financeiros com medicamentos associados com a maior frequência de automedicação seja uma alternativa à atenção formal à saúde na comunidade por eles estudada, o que estava de acordo com estudos realizados em outros países.

A utilização de medicamentos sem prescrição médica foi percebida de formas diversas pelas ACS e entre diferentes grupos na população da Barra do Rio. A automedicação e a procura por tratamento na farmácia foram verificadas especialmente entre os mais jovens e para doenças comuns na infância, enquanto os mais velhos e aqueles com problemas crônicos de saúde evitam essas alternativas.

“Os mais novos, assim, fora esses casos [pessoas com doenças crônicas], eles correm à farmácia. Primeiro vão na farmácia, compram o remedinho”.

Seja na automedicação, na consulta ao balconista da farmácia ou mesmo na procura pelo médico do Posto, a tentativa de resolver o problema de saúde o mais rápido possível envolvia a expectativa de consumir uma solução pronta sob forma de medicamento. Essa relação entre consumo e alívio pode ser identificada psicogeneticamente com a experiência original da fome, também uma sensação de que algo vai mal com o corpo, passível de resolução com a comida, permitindo um paralelo com o alívio da dor pela ingestão de um medicamento. Mais ainda, a medicação é disponível para a compra, ou seja, a saúde é um objeto de consumo como outros da sociedade capitalista, que reduz o corpo a uma máquina voltada para a produção, sendo necessário corrigir seus defeitos da forma mais rápida possível para que volte a produzir e consumir ⁽¹⁷⁾.

As diferenças entre grupos específicos da comunidade foram verificadas também na utilização de plantas medicinais, sendo esta privilegiada pelos mais idosos e pescadores. Os relatos das ACS envolveram tanto a familiaridade com o uso de certas formas de fitoterapia a partir de um referencial popular, como o desconhecimento em relação a plantas medicinais utilizadas pelos moradores de suas microáreas.

“É, eles falam vários nomes, aí eu não consigo lembrar nomes, assim. É muito usado o chá de picão. Não sei realmente, eu não sei prá que que funciona, mas qualquer coisinha eles tão tomando chá de picão”.

Silva, Souza, Freitas, Queiroz e Guedes ⁽¹⁸⁾ relacionaram diversos usos populares da fitoterapia no tratamento de problemas de saúde comuns, referindo suas vantagens no aspecto econômico em relação a drogas industrializadas, sendo estas fonte comum de efeitos indesejados. Ainda que as plantas medicinais não estejam isentas de riscos se usadas sem critério, elas faziam parte do conjunto de experiências de cuidado e tratamento, positivas ou negativas, transmitidas nas redes sociais das famílias como medicina caseira. O conhecimento dessa alternativa abre um espaço para a atuação dos profissionais de saúde através de uma melhor compreensão das alternativas populares e mesmo, favorecendo sua inserção nas redes de sociais e de apoio existentes na comunidade.

Apesar das ACS identificarem a presença de pessoas que realizavam benzeduras na Barra do Rio, os moradores do local não costumavam relatar-lhes a busca por essas formas de tratamento. As benzeduras eram até mesmo repudiadas por moradores que eram fiéis de igrejas evangélicas.

“Não meu povo não acredita muito na benzedura, meu povo é mais crente...”.

A benzedura envolve uma relação entre cliente e benzedor com fins basicamente terapêuticos, na qual o

benzedor é um intermediário para a obtenção da cura junto a uma divindade, utilizando principalmente a prece nesse processo. Esses terapeutas populares geralmente têm uma ligação com a religião católica, especialmente em áreas rurais, mas também, em centros urbanos, o que pode contribuir para a recusa manifestada por fiéis evangélicos quanto ao uso dessa alternativa de tratamento ⁽¹⁹⁾.

As religiões evangélicas contavam com muitos seguidores entre os moradores da Barra, o que acabava por influenciar o comportamento em relação ao processo saúde-doença, mesmo que de formas diversas conforme o que observaram as ACS. Algumas verificavam uma busca por soluções para os problemas de saúde através da religião, enquanto outras evidenciavam uma tendência ao isolamento dos evangélicos mesmo em situações de doença, considerando as atitudes destes como fanatismo e hipocrisia.

"...largam tudo na mão de Deus: 'Deus cura tudo!'. Na concepção deles Deus cura tudo. Eles tomam a medicação que o médico dão, tomam, mas se não quisessem tomar, se deixassem só na mão de deus, só pelo que o pastor diz, eles não tomavam muito. Eles tomam mais porque a gente tá em cima mesmo da medicação".

O juízo das ACS em relação aos evangélicos aproxima-se das categorias que Valla ⁽²⁰⁾ identificou na abordagem dos profissionais e políticos de classe média em relação a essas religiões populares: manipulação e alienação. Os evangélicos, segundo as ACS, tendiam a confiar na cura pela fé, sendo a aderência ao tratamento médico resultante das ações de vigilância e controle do PSF, mas não da percepção da alternativa médica formal como necessária para resolução dos problemas de saúde. O mesmo autor ressaltou, porém, a importância das religiões populares como alternativa para o alívio dos problemas de saúde. Os possíveis benefícios resultariam menos da ação de um líder religioso que do espaço comum partilhado, fonte de apoio social capaz de permitir a catarse nos cultos, impossível em outras situações de estresse na vida familiar e profissional e capaz de apontar possibilidades de melhorias nas condições de vida que não são identificáveis de outro modo em meio às carências de sua situação social.

Outras opções ou itinerários religiosos utilizadas ao longo do processo saúde-doença não foram identificadas pelas ACS, ou o foram de forma isolada e incerta. Ainda que não identificadas claramente pelas ACS, as terapias espíritas sob forma de "cirurgias" puderam ser observadas em pacientes que consultaram no Posto de Saúde, as quais ainda traziam adesivos no abdômen, marcando os locais das intervenções, descritas por estas pacientes como "curativos dos pontos".

O hospital da cidade era visto pelos moradores da Barra do Rio como a última opção quando surgiam problemas de saúde, na visão das ACS, sendo procurado basicamente em dias nos quais o Posto de Saúde não

funcionava e em quadros com sintomas de maior gravidade.

"Não, todo mundo faz um bicho de sete cabeças, a não ser que tenha mesmo necessidade ou que seja final de semana ou feriado ou alguma coisa assim que seja extremamente obrigados a ir pro hospital, se não, não vão".

As observações no Posto de Saúde permitiram relacionar essa resistência ao hospital não apenas como um receio de ser hospitalizado, mas devendo-se em muito às deficiências no atendimento recebido. Apesar dessa possibilidade, é importante observar que o hospital representava também o único serviço de pronto-socorro do município, conveniado ao Sistema Único de Saúde, e algumas famílias, de acordo com a necessidade, procuravam atendimento primeiramente no hospital, ou iam até o mesmo porque recebiam encaminhamentos do Posto de Saúde. Entretanto, muitas pessoas retornavam ao Posto de Saúde pela falta de resolutividade do pronto-socorro, deficiência nas orientações para dar seqüência a algum tratamento ou mesmo por terem sido encaminhados de volta à Unidade Básica de Saúde sem avaliação de urgência.

As ACS relataram ainda que alguns moradores de suas micro-áreas acabavam por simplesmente não buscar quaisquer alternativas para os problemas de saúde dos quais se queixam.

"Olha, não sei assim, de outras formas não sei, assim... ou eles esperam passar".

A identificação de uma ordem nas alternativas buscadas para a resolução dos problemas de saúde foi feita por todas as ACS, ainda que a princípio elas relatassem a inexistência de uma seqüência definida.

"Lascam chá em cima, volta no posto de novo pra ver se consegue ser atendido. Última opção mesmo é o hospital".
"... na farmácia, pegou o remédio: antibiótico, daí viu que não deu jeito, três dias, né? Daí vem no posto".

4 CONCLUSÕES

A partir dos relatos das ACS foi possível evidenciar dois itinerários de cura e cuidado básicos. Um deles era aquele utilizado por pacientes com doenças crônicas, utilizando medicações recebidas mediante cadastro no Posto de Saúde, como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais. Neste itinerário, a primeira opção era o Posto de Saúde, seja através de consultas ou de visitas domiciliares. Quando estas alternativas não estavam disponíveis, os pacientes utilizavam chás (fitoterapia) e, em situações consideradas de maior gravidade, procuravam atendimento no hospital. Geralmente, tais pacientes acabavam retornando ao Posto de Saúde, assim que possível.

O outro itinerário básico foi aquele utilizado

preferencialmente por moradores mais jovens, que procuravam resolver os problemas de saúde da forma mais rápida através da automedicação ou de medicamentos comprados diretamente na farmácia. Quando essas alternativas iniciais não produziam os resultados esperados, estes pacientes buscavam atendimento no Posto de Saúde.

Os riscos à saúde estiveram presentes em todos os itinerários possíveis. A identificação de situações de risco à saúde pelas ACS se deu de forma mais evidente: em relação à automedicação e à utilização de medicamentos por orientação dos balconistas da farmácia; em situações nas quais pacientes abandonavam o tratamento médico; e em momentos nos quais a falta de acesso a outras alternativas tornava necessária a ida ao hospital, que acabava por ser adiada o máximo possível.

O PSF constitui parte de uma estratégia que visa reorganizar a assistência à saúde, tomando como eixo a atenção básica à saúde, trabalhando a partir da vigilância e da promoção da saúde, identificando e intervindo nos fatores de risco aos quais a população está exposta e intervindo de forma adequada sobre estes⁽²⁰⁾. A promoção da saúde busca garantir que as pessoas sejam capazes de agir para a melhora de sua própria saúde de forma individual e coletiva. Esse conceito propõe o desdobramento do campo da saúde em quatro componentes:

1. Biologia humana: manifestações físicas e mentais da saúde relacionadas com a biologia do ser humano, incluindo sua genética, desenvolvimento e envelhecimento, seus diferentes órgãos e aparelhos.

2. Meio ambiente: elementos externos ao corpo humano, sobre os quais as pessoas tem pouco ou nenhum controle.

3. Estilo de vida: decisões tomadas pelas pessoas sobre sua saúde com algum nível de controle.

4. Organização da atenção à saúde: quantidade, qualidade, ordem, características e relações entre as pessoas e os recursos da prestação de atenção à saúde⁽²¹⁾.

Partindo dessa abordagem da promoção à saúde na qual se baseia o PSF, e que inclui as ações das ACS que foram sujeitos deste estudo, os principais riscos à saúde relatados podem ser também relacionados a esses quatro componentes básicos:

1. Biologia humana: envelhecimento, hipertensão, diabetes mellitus.

2. Meio ambiente: localização da Barra do Rio em relação a outros serviços de saúde além do Posto de Saúde, levando à consulta com os balconistas da farmácia local.

3. Estilo de vida: automedicação, abandono do tratamento médico por motivos religiosos.

4. Organização da atenção à saúde: limitações no acesso a consultas médicas no Posto de Saúde; deficiências no atendimento no pronto-socorro do hospital.

Levando em consideração todos esses elementos, foi possível verificar que as situações nas quais as ACS identificaram riscos potenciais à saúde, relacionados aos

itinerários de cura e cuidado observados, eram determinados, em especial, pelas limitações no acesso aos serviços formais de saúde, serviços estes centrados no médico. Essa concepção, baseada em um referencial biomédico, reconhece a existência de outras alternativas de assistência à saúde, informais e populares, mas não busca associar suas potencialidades ao sistema formal a fim de reduzir as limitações deste.

Outros dados poderiam ser incorporados ao que se coletou, porém o exíguo tempo disponível para a realização da pesquisa introduziu limitações ao estudo. Ainda assim, se identificou no mesmo a ocorrência de vários itinerários de cura e cuidado possíveis nos relatos das ACS da Barra do Rio, envolvendo sistemas de saúde diversos, cada um com riscos potenciais à saúde específicos. Neste sentido, esse estudo trouxe informações que podem ser utilizadas pelos profissionais da saúde que atuam na localidade, tanto no sentido de estimular a autonomia e o autocuidado dos pacientes, permitindo reduzir a sobrecarga do Posto de Saúde, quanto permitindo prevenir os pacientes sobre riscos potenciais nos itinerários que estes podem desenvolver, mesmo que não incluam o sistema de saúde formal.

ABSTRACT: This study aimed to characterize the potential health risks identified on routes of healing and care observed and described by communitarian health agents working in Barra do Rio, Balneário Camboriú – Santa Catarina State/ Brazil. We developed a qualitative approach adapted from ethnography and case study methodologies. We identified several routes of healing and care involving different health systems, each one bearing specific potential risks for health. Thus, this study provides information that may be helpful for health workers to stimulate patients' autonomy and self-caring as well as to inform these patients about potential health risks on the itineraries they may take, even if these don't include the formal health system.

KEYWORDS: Family health; Family; Family health program.

RESUMEN: Se realizó un estudio con el objetivo de conocer los riesgos potenciales a la salud identificados en los itinerarios de curación y cuidado observados y descritos por los agentes comunitarios de salud que operan en Barra do Rio, Balneário Camboriú – Santa Catarina. Es una investigación cualitativa en que se utilizaron estrategias adaptadas de la etnografía y del estudio de caso. Los hallazgos señalan la ocurrencia de diferentes itinerarios de curación y cuidado a la salud posibles, los cuales incluyen sistemas de salud diversos, cada uno de estos con sus propios riesgos potenciales a la salud. Las informaciones presentadas pueden ser utilizadas por los profesionales de la salud para desarrollar la autonomía y el autocuidado de los pacientes, tanto cuánto para prevenir a ellos de los riesgos potenciales en los itinerarios de que se utilizan, aunque estos no incluyan

el sistema de salud formal.

PALAVRAS-CLAVE: Salud de la familia; Familia; Programa salud de la familia.

REFERÊNCIAS

1. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
2. Alves PCB, Souza IM. Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IM. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
3. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
4. Costa Neto MM. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000.
5. Liber RR, Romano-Liber NS. O conceito de risco: Janus reinventado. In: Minayo, MCS, organizadora. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 69-111.
6. Carapineiro G. A globalização do risco social. In: Santos BS. A Globalização e as ciências sociais. São Paulo: Cortez; 2002. p. 197-230.
7. Castiel LD. Lidando com o risco na era midiática. In: Minayo, MCS, organizadora. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 113-133.
8. Peres F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: Minayo, MCS, organizadora. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 135-142.
9. VÍctora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
10. Rodrigues MSP, Leopardi MT. O Método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
11. Balneário Camboriú. Secretaria Municipal de Saúde. Condensados do Sistema de Informação Básica do Programa Saúde da Família da Barra do Rio. (mimeo) 2003.
12. Ministério da Saúde (BR). Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a. 40 p.
13. Ministério da Saúde (BR). Guia Prático do Programa Saúde da Família. 2001b. Disponível em: URL:<http://www.saude.gov.br>.
14. Franco T, Merhy E. PSF. Contradições e novos desafios. 1999. Disponível em: URL:<http://www.datasus.gov.br>.
15. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Públ 2002; 18(6): 1639-46
16. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Rev Saúde Públ 2002; 36(1): 55-62.
17. Lefèvre F. Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
18. Silva LF, Souza LJEX, Freitas, MC, Queiroz MVO, Guedes MVC. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: Silva YF, Franco MC, organizadoras. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro; 1996. p. 75-96.
19. Quintana AM. A ciência da benzedura: mau olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru: EDUSC; 1999.
20. Valla VV. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. Interface 2000; 4(7): 37-56.
21. Informes Técnicos Institucionais. Programa Saúde da Família. Rev Saúde Publ 2000; 34(3): 316-9.
22. Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1999. Primera sección - desarrollo de la estructura.

ENDEREÇO DOS AUTORES:

Rua 2328, 281 – ap. 502
Balneário Camboriú – SC
88330-446
ascholze@zipmail.com.br