

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC –SP**

Maria Elisa Gonzalez Manso

“A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!”

**Narrativas de um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas
sobre seu adoecimento.**

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**SÃO PAULO
2014**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC –SP

Maria Elisa Gonzalez Manso

“A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!”

Narrativas de um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas sobre seu adoecimento.

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais sob orientação da Profª Drª Maria Helena Villas Boas Concone

SÃO PAULO

2014

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família: Arturo, Emília, Dirceu, Renato e Isabella. Família maravilhosa que me apoia, incentiva e está sempre ao meu lado com seu amor e carinho.

À Prof.^a Dr.^a. Maria Helena Villas Boas Concone, minha orientadora, pela dedicação e auxílio, pelo aprendizado proporcionado, pela paciência e, sobretudo, pelo incentivo.

Às Prof.^{as}. Dr.^{as}. Carmem Junqueira e Ana Lucia Duarte pelas orientações recebidas quando da qualificação.

Ao Prof. Dr. Edgar de Assis Carvalho, pela valiosa ajuda e pelo aprendizado.

À Diretoria da PROCARE e da FESP, por acreditarem neste projeto e concederem à realização da pesquisa, mas, principalmente, à primeira pelo apoio logístico e incentivo.

A Marcelo Lima, *in memoriam*, excelente pessoa e ótimo enfermeiro, que muito me ajudou com o agendamento das entrevistas.

Aos entrevistados, os quais me receberam em suas casas e compartilharam comigo suas vidas, seus sofrimentos, suas aflições, suas alegrias e, sobretudo, agradeço pelas lições de vida que me ensinaram. Aos entrevistados que não mais estão entre nós, que descansem em paz.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível muda-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar da minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.”

Paulo Freire

Resumo

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. “A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!” Narrativas de um grupo de pessoas portadoras de doenças crônicas sobre seu adoecimento.

Esta pesquisa tem como objetivo perceber o modelo explicativo e o itinerário terapêutico de um grupo de doentes acometidos por afecções crônicas assistidos por programas de gerenciamento de doenças realizados por operadoras de planos de saúde e identificar estratégias de cuidar de si que se inter-relacionam com seu modelo explicativo. A tese que move este estudo é de que o itinerário que o doente utiliza para seu tratamento tem profundas raízes na cultura, sendo muito mais amplo do que o modelo dos profissionais de saúde, por sua vez também gerado na cultura, porém restringido pela visão da biomedicina. Os significados de termos como saúde, cura, tratamento, incapacidade, dependência, entre outros, nem sempre são correspondentes em ambos os modelos. Caso o significado seja muito diferente, a adesão ao tratamento ficará prejudicada, mas o doente pode ter obtido alívio para seu sofrimento. A metodologia empregada é qualitativa, realizada mediante entrevistas com pessoas com diagnóstico médico prévio confirmado de doença crônica e que já se encontravam em tratamento, acompanhadas por programas de gerenciamento de doenças crônicas, as quais, segundo o modelo de atenção à saúde hegemônico, deveriam conhecer as doenças que os acometem com um grau de informação suficiente que permitisse sua adesão plena ao tratamento. Por se tratarem de pessoas vinculadas a planos de saúde, portanto de estratos socioeconômicos mais elevados, preencheriam os quesitos de informação, renda, educação e acessibilidade ao sistema de saúde que os transformaria em pacientes ideais e aderentes à terapêutica. O porquê da não adesão ao tratamento entre estes participantes é que despertou esta pesquisa e gerou a hipótese de que o itinerário terapêutico destes enfermos, gerado e inscrito na cultura, origina-se de um modelo explicativo do processo de adoecer mais amplo do que o modelo hegemônico. Estes adoecidos apresentariam assim estratégias de cuidar de si próprios, como parte deste modelo dito leigo, que faz com que convivam e gerenciem seu tratamento tanto dentro quanto à revelia do modelo predominante, estratégias estas que podem ser vistas pelos profissionais de saúde como não adesão. Acreditamos que esta pesquisa atingiu seus objetivos, corroborando a hipótese inicial do trabalho, demonstrando que, mesmo em um grupo teoricamente disciplinado dentro de critérios tidos como ideais para a adesão ao modelo biomédico de adoecimento e tratamento, as pessoas estão imersas na cultura e encontram brechas para o exercício do cuidar de si. O trabalho mostrou ainda que a crise do modelo biomédico, neste caso, advém tanto das relações microfísicas de poder quanto das condições estruturais do sistema de saúde e que as pessoas do grupo conseguem identificar algumas destas falhas. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir para este debate tão atual, além de colaborar nas reflexões sobre a medicina e sobre o ensino na saúde, ampliando a discussão ao incorporar as experiências e narrativas deste grupo de enfermos.

Palavras chaves: modelos explicativos, itinerário terapêutico, doenças crônicas, cultura, gestão do tratamento, antropologia médica.

Abstract

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. We are not a disease, there's a lot of things behind us! "Narratives of a group of people with chronic diseases about their illness.

This research aims to understand the explanatory model and the therapeutic itinerary of a group of patients affected by chronic diseases who are assisted by disease management programs carried out by operators of health plans and identify strategies of self-care that relate with the explanatory model. The thesis that moves this study is that the route that the patient uses for its treatment has deep roots in his own culture, being much larger than the model used by health professionals, also generated by the culture, but restricted by the biomedical vision. The meanings of terms such as health, cure, treatment, disability, dependence and others are not always equal in both models. If the meaning is too different, adherence to the treatment will be impaired, but the patient may still have obtained relief from their suffering. The methodology applied is qualitative, gathered through interviews with people with confirmed previous medical diagnosis of chronic disease who were already undergoing treatment, accompanied by chronic diseases management programs, which, according to the hegemonic healthy model, should know the diseases that affect them with a sufficient degree of information that would allow their full compliance. Because these are people linked to health plans, with a higher socioeconomic strata, they would fit the criteria of information, income, education and access to health care that would turn them into ideal patients and adherent to therapy. Reasons for non-adherence to treatment among these participants are what motivated this research and generated the hypothesis that the therapeutic itinerary of these patients, generated and engraved in their culture, originates from an explanatory model of the illness process much wider than the hegemonic model. So these diseased would present strategies of self-care, as part of this layman model, which allows them to carry on and manage their treatment both within and without the current prevailing model, strategies those that can be seen by health professionals as noncompliance. We believe that this study achieved its objectives, supporting the initial hypothesis of the research, showing that even in a theoretically disciplined group within criteria taken as ideal for joining the biomedical model of illness and treatment, people are immersed in their culture and find loopholes for the exercise of self-care. The work also showed that the crisis of the biomedical model, in this case, stems from the microphysics power relations and from the structural conditions of the health system and the people in the group are able to identify some of these flaws. We hope this research will contribute to this relevant nowadays debate as well as collaborate in the reflections on medicine and health education, broadening the discussion to incorporate the experiences and narratives of this group of patients.

Key words: explanatory models, therapeutic itinerary, chronic diseases, culture, therapeutic management, medical anthropology.

Índice

1.Introdução	11
2.Saúde e doença: o modelo biomédico e os desafios epidemiológicos atuais	18
3.Saúde e doença: do controle sobre os corpos à crise da medicina	32
4.Saúde e doença: a perspectiva do adoecido	44
5.Objetivos	59
6.Metodologia	61
6.1. Contextualização do grupo	62
6.2. Seleção dos participantes	68
6.3. Coleta dos dados	69
6.4. Análise das informações	71
7.Resultados e Discussão	73
7.1. Características sócio demográficas do grupo	73
7.2. Análise Qualitativa	83
7.2.1. Causas das Doenças	85
7.2.2. Diagnóstico da Doença	111
7.2.3. Itinerário Terapêutico	126
7.2.4. Convívio com a Doença	145
7.2.4.1 Gestão do Tratamento	146
7.2.4.2. Incapacidade e dependência	161
7.2.4.3. A Morte	167
7.2.4.4. A Espiritualidade	170
7.2.4.5. Grupos de Apoio	174
7.2.4.6. Conhecimento sobre a Doença	176
7.2.4.7. Relação com os Profissionais de Saúde	177
8.Conclusão	191
9.Bibliografia	202

Lista de Abreviaturas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVE	Acidente Vasculocerebral
CA	Câncer
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GD	Gerenciamento de Doenças
GDC	Gerenciamento de Doenças Crônicas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OA	Osteoartrose
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Nações Unidas
OPS	Operadora de Planos de Saúde

INTRODUÇÃO

1. Introdução

Muito se fala atualmente sobre a falência dos sistemas de saúde no mundo e na crise pela qual passa a medicina. Tornam-se cada dia mais frequentes as notícias sobre os altos custos da assistência à saúde, falta de leitos hospitalares, greve de profissionais de saúde em luta por melhor remuneração, necessidade de revisão do modelo de assistência hoje prestado, insatisfação das pessoas com o atendimento, concentração de médicos em locais de alta tecnologia e ausência nos lugares onde as pessoas mais necessitam, entre outras. Há propostas para ampliar a cobertura hoje oferecida, como nos E.U.A., ou para diminuí-la, como em vários países da Europa.

Questões advindas da relação médico– fornecedores– sistema de saúde tem sido alvo de discussões e questionamentos. Populações inteiras ficam sem receber medicações para suas doenças por que a indústria farmacêutica não vê possibilidade de auferir lucros com doenças ditas negligenciadas. Inquietações sociais em questões como a finitude da vida, o aborto, a terapia gênica, a manipulação de embriões, entre tantas, são manchetes frequentes nos jornais e revistas, provocando acalorados debates sobre os limites éticos da tecnologia médica.

A sensação de descontentamento permeia o setor saúde como um todo, caracterizada tanto pela crítica social quanto pela insatisfação dos próprios profissionais que nesta área trabalham. São frequentes os estudos sobre doenças relacionadas ao trabalho entre estes últimos, com destaque para a presença de sofrimento mental, estando as síndromes depressivas e *burn-out* entre as mais citadas. Esta última, caracterizada pelo desgaste emocional e despersonalização é tanto mais frequente quanto mais jovem é o profissional. (MUNHOZ E LOPES, 2010; TRINDADE E LAUTERT, 2010)

Assunção e Jackson Filho (2011) destacam que o profissional de saúde encontra-se despreparado para a chegada a cada dia maior de doentes que exigem uma aptidão emocional e física diferenciada, como por exemplo, pacientes portadores

de doenças crônicas, doenças mentais e demências. Este profissional, exposto a riscos, físicos e sociais, diversos ainda está sujeito a práticas de gestão que desconhecem estas novas demandas, daí o surgimento de estresse no trabalho e das doenças ocupacionais.

Trata-se, portanto, de uma crise caracterizada por inúmeras facetas, desde econômicas até pessoais, mas, principalmente o que vem sendo criticado é a forma como se dá atenção às doenças atualmente. A terapêutica médica, hoje muito dependente de novas tecnologias, tem sido cada vez mais contestada em sua eficácia no que tange ao tratamento e aos cuidados a doenças que, até há pouco tempo atrás, tinham pouca prevalência. Hoje as causas de adoecimento são diferentes das que ocorriam até, aproximadamente, a primeira metade do século passado, o que torna a abordagem terapêutica médica inadapta da a esta nova realidade.

Os constructos doença, saúde, morte, corpo estão em constante reelaboração influenciados pela história e por questões estruturais, socioeconômicas, que determinam não só a distribuição das enfermidades nas populações, mas também quem poderá receber atendimento médico, como este se dará, como o sistema de saúde se organiza, entre outros. Além destas questões, adoecer é dotado de um simbolismo importante, diretamente relacionado à concepção sobre a composição e o funcionamento do corpo humano. Este é um conhecimento que advém da prática, sendo sempre testado e aprimorado, acumulando-se na memória dos indivíduos e integrado a outros saberes criados e desenvolvidos por um povo. Desta forma, é parte da cultura, sendo esta formada pelas crenças, práticas e valores acumulados e moldados pelo tempo. É ainda um processo individual, já que cada pessoa resignifica suas experiências e sente seu corpo de uma forma própria. (JUNQUEIRA, 2000; NUNES, 2000)

Com o advento da modernidade, tanto a medicina quanto as demais profissões da saúde, voltam-se para o saber científico, entendido como o estudo das doenças isoladas do indivíduo em si. A ciência médica passa a focar em órgãos, células, sistemas, deixando a experiência do adoecido de lado. O saber que este tem sobre seu corpo é menosprezado e desconsiderado, posto não ser fundamentado na

ciência. A prática médica torna-se um exercício de disciplina, normalização e docilização, uma relação de poder. Hoje em dia a prática médica é considerada desumanizada, já que não se tratam indivíduos e sim doenças ou órgãos; incapaz, portanto, de apreender as necessidades das populações e de dar resposta a estas; além de impessoal e tecnologicamente dependente.

Estudar e propor mudanças em como se dá esta relação entre os profissionais da saúde, as pessoas que os procuram e os diferentes sistemas de saúde é hoje uma preocupação mundial. Há vários olhares sobre o panorama até aqui superficialmente exposto, sendo um destes o da Antropologia. Esta procura superar a visão do modelo biomédico de um único tipo de cura e de uma prática curativa universal ao entender a saúde enquanto um processo social e culturalmente produzido, historicamente determinado, auxiliando a repensar o modelo de saúde atual a partir de quem mais é afetado pela mencionada crise: o doente.

Um dos campos de análise antropológica, a Antropologia da Saúde, estuda como os diversos grupos sociais explicam as etiologias dos problemas de saúde, quais os tratamentos que buscam, quem são seus curadores, quais são suas crenças e práticas no que tange à saúde e superação da doença e as relações de poder existentes entre os enfermos, os curadores e as sociedades.

Frankenberg (2003) menciona que a antropologia pode contribuir para superar a desumanização tanto da educação quanto da prática médica. Exemplificando com a irritação que acomete o médico quando tem sua sabedoria desafiada por um paciente que se recusa a consentir com uma prática tida como baseada na melhor evidência científica, o autor destaca a necessidade do entendimento por parte deste profissional que, na verdade, a medicina é social e culturalmente determinada. No mesmo exemplo, cita que, caso um antropólogo observa-se este médico, também não conseguiria aceitar seu desconhecimento desta produção cultural que é a biomedicina. Estas duas visões profissionais diferentes são, na verdade, complementares frente ao entendimento do processo de adoecer.

Segue o autor ressaltando que a metodologia científica da medicina baseia-se na universalização, ficção que afirma que a trajetória das enfermidades é sempre a

mesma, ocorrendo apenas em corpos diferentes. Já a antropologia busca as individualidades, posto que duas pessoas que habitam o mesmo local, ao mesmo tempo, expostas ao mesmo contexto social, podem ser similares, mas nunca idênticas.

Moreno–Altamirano (2007) ressalta que a complexidade do processo saúde–doença e do estudo das experiências subjetivas de adoecimento reafirma a necessidade de uma aproximação com o social. Para tanto se deve explorar a relação entre os significados, as experiências de adoecer e as condições externas que produzem a enfermidade, tais como o contexto sócio–econômico–político e seus determinantes históricos. *“Conceituar saúde e doença demanda explicações sustentadas em modelos mais complexos que incluam um espectro mais amplo que o molecular–subindividual–sistêmico–ecológico da dimensão biológica para integrá-lo no individual–social–cultural em sua dimensão histórica.”* (op. cit. p. 69)

A partir das reflexões acima, propusemos esta pesquisa, que tem como tema os diferentes caminhos que as pessoas portadoras de doenças tidas como crônicas percorrem para alívio de seu sofrimento na sociedade brasileira atual, como creem que adoecem e como convivem com sua condição. A premissa é a acentuação da ineficácia do modelo biomédico de atenção à saúde frente à emergência de doenças ditas crônicas, as quais não são, em sua grande maioria, curáveis e necessitam de uma série de cuidados de longa duração.

Estas doenças implicam não só no uso diário de uma ou mais medicações, mas em modificação de hábitos relacionados à alimentação, atividade física, cessação do hábito de fumar, entre outros, todos fortemente influenciados e inscritos na cultura. O ponto chave para o modelo biomédico de atenção a estas enfermidades baseia-se no conceito de adesão ao tratamento, o qual parte da proposição de que o adoecido, conhecedor da afecção que o acomete e da proposta de tratamento para a mesma, tenha um comportamento ativo e colaborativo, seguindo as recomendações. Assim, o doente deixa de ser paciente, pois participa do planejamento terapêutico, podendo ou não aceitá-lo. Por se tratar de um comportamento ativo, o enfermo pode deixar de realizar uma ou mais orientações ou mesmo todas. Vários estudos demonstram que

em torno de 50% dos portadores de afecções crônicas não aderem ao tratamento ou aderem apenas parcialmente. (DIAS *et al.*, 2011)

A adesão ao tratamento depende dos contatos que os doentes têm com os serviços e profissionais de saúde, das suas crenças, do seu conceito de doença, das suas percepções e expectativas, das suas experiências de adoecimento. É ainda influenciada pela rede social e familiar, bem como por fatores sociais e econômicos como o acesso aos serviços e possibilidade de cumprir o que foi estabelecido. (OMS, 2003) Do ponto de vista biomédico, a adesão é discutida sempre em relação ao tratamento cientificamente estabelecido como o correto para aquela doença.

Em uma sociedade plural e complexa como a atual, há múltiplas possibilidades de busca de auxílio pelos adoecidos. A tese que move este estudo é de que o itinerário que o doente utiliza para seu tratamento tem profundas raízes na cultura, sendo muito mais amplo do que o modelo dos profissionais de saúde, por sua vez também gerado na cultura, porém restringido pela visão da biomedicina. Os significados de termos como saúde, cura, tratamento, incapacidade, dependência, entre outros, nem sempre são correspondentes em ambos os modelos. Caso a significação seja muito diferente ou distante, a adesão ao tratamento ficará prejudicada, mas o doente pode ter obtido alívio para seu sofrimento.

Para este estudo, optamos por entrevistar pessoas com diagnóstico médico prévio confirmado de doença crônica e que já se encontravam em tratamento, acompanhadas por programas de gerenciamento de doenças crônicas, as quais, do ponto de vista do modelo de atenção à saúde hegemônico, denominado biomédico, deveriam conhecer as doenças que os acometem com um grau de informação suficiente que permitisse sua adesão plena ao tratamento. Por se tratarem de pessoas vinculadas a planos de saúde, portanto de estratos socioeconômicos mais elevados, preencheriam os quesitos de informação, renda, educação e acessibilidade ao sistema de saúde que os transformaria em pacientes ideais e aderentes à terapêutica. (OMS, 2003)

O porquê da não adesão ao tratamento entre estes participantes é que despertou esta pesquisa e gerou a hipótese de que o itinerário terapêutico destes

enfermos, gerado e inscrito na cultura, origina-se de um modelo explicativo do processo de adoecer mais amplo do que o modelo hegemônico. Estes adoecidos apresentariam assim estratégias de cuidar de si próprias, como parte deste modelo dito leigo, que faz com que convivam e gerenciem seu tratamento tanto dentro quanto à revelia do modelo predominante, estratégias estas que podem ser vistas pelos profissionais de saúde como não adesão.

A fim de confirmar, ou não, a hipótese aventada, apresentamos inicialmente o referencial teórico que embasou sua formulação. Este será exposto em três capítulos, sendo que o primeiro traz uma perspectiva epidemiológica do conceito de saúde e doença, explicitando questões que, sob este ponto de vista, fazem com que hoje o envelhecimento populacional e o predomínio das doenças crônicas imponham um repensar na prática médica. A seguir, abordamos a modernidade e as transformações que esta trouxe à medicina, destacando a medicalização enquanto exercício microfísico de biopoder, a ideologia que a medicina suporta, a normalização, a influência econômica na origem do modelo biomédico e a crítica que é feita ao médico enquanto cientista e não curador. Analisamos, portanto, fatores que creditamos de suma importância na gênese da atual forma como se perpetra a atenção à saúde. Por último, discutimos o referencial teórico da antropologia na saúde e a importância da incorporação da visão do adoecido na execução da prática médico e sua inter-relação com o cuidado.

Na sequência, os objetivos e a metodologia desta pesquisa são expostos. Nesta, além dos pressupostos teóricos da escolha do método, é contextualizado e apresentado o grupo de entrevistados, bem como o que são planos de saúde e os programas de gerenciamento de doenças dos quais participam. O próximo item traz os resultados obtidos, onde estes são discutidos à luz do marco teórico escolhido e inicialmente apresentado e da hipótese de pesquisa enunciada acima. Na conclusão, realizamos uma reflexão sobre o percurso desta pesquisa, sistematizando seus resultados.

Creemos que, com um melhor entendimento da trajetória destes doentes, de suas experiências e de suas crenças, podemos contribuir para o debate atual da

formação médica no Brasil e da importância da superação do modelo biomédico através da incorporação da visão antropológica à questão. Salientamos que não foi encontrada nenhuma literatura referente aos pressupostos deste trabalho realizada com um grupo com características semelhantes ao aqui estudado. Ressaltamos que esta pesquisa não tem a pretensão de esgotar o tema, extremamente amplo e desafiador, pois navega em uma área interdisciplinar que vem sendo a cada dia mais explorada na tentativa de superar a dicotomia cultura–natureza que permeia a modernidade.

**REFERENCIAL
TEÓRICO**

2. Saúde e doença: o modelo biomédico e os desafios epidemiológicos atuais.

A humanidade sempre reconheceu a saúde como necessidade fundamental e a doença como uma ameaça à sobrevivência. Ambos os conceitos, saúde e doença, entretanto, variam amplamente de acordo com a cultura, com aspectos políticos e socioeconômicos e com a época histórica analisada.

A doença é uma companhia da humanidade desde que esta existe, sempre representando um perigo. Uma das primeiras explicações que surgem para o adoecer é a concepção mágico-religiosa, onde forças sobrenaturais com poder sobre o corpo humano agem causando doença. Assim, demônios, deuses, forças sobrenaturais, bruxaria, feitiçaria, maldições e quebras de tabus são explicações para o sofrimento por poderem afetar a pessoa e provocar o adoecimento. (SCILIAR, 1987; TAMAYO, 1988; EVANS-PRITCHARD, 2005; DOUGLAS, 2010)

Destarte surge a cura pelo xamã, o qual retira, mediante rituais, os espíritos, a feitiçaria, a bruxaria ou maldições, reintegrando o indivíduo adoecido ao seu meio social através da cura simbólica. Esta ocorre em vários níveis simultaneamente: psicológico, físico, social, cultural e espiritual. (HELMAN, 2009)

Ter uma doença, para algumas culturas, por ser desobediência divina, traz consigo ainda o estigma. Estigma, para os gregos, nada mais era que um conjunto de sinais corporais mediante os quais uma pessoa podia ser identificada como poluída, alguém que deveria ser isolado do grupo, moralmente inferior aos demais. Como exemplo clássico, temos a lepra ou hanseníase, a qual por causar deformidades, fazia com que a pessoa portadora fosse isolada do contato social. Na bíblia é longamente explanado como diagnosticá-la, mas não como tratá-la, já que somente quem pecava a contraía e seu portador era considerado, portanto, morto pela comunidade. O diagnóstico de lepra, porém, era bem amplo, e podia incluir pessoas com outras

doenças ou até indivíduos sãos, mas que eram considerados pecadores ou ameaças ao *status-quo*. (SCLIAR, 1987; CANGUILHEM, 2005; GOFFMAN, 2013)

Ainda para alguns povos, uma série de alimentos possui um valor simbólico de manutenção da coesão grupal, isolando-os dos outros, ou seja, dos demais grupos humanos considerados diferentes por não seguirem os mesmos ritos. A ingestão destes alimentos é uma quebra do tabu, levando, tanto a pessoa que se alimentou do proibido quanto o grupo social, a adoecerem, daí a necessidade de ritos purificadores ou até da expulsão do infrator. (HELMAN, 2009; DOUGLAS, 2010)

Na sociedade helênica acreditava-se na cura mágico-religiosa através de divindades como Asclépio, o deus da medicina, e suas filhas Higéia, a saúde, e Panacéia, a cura. Esta última representava o alívio do sofrimento mediante rituais, uso de medicamentos e procedimentos terapêuticos; já a primeira, trazia a saúde, a qual se adquire através da moderação ao viver. (TAMAYO, 1988; CANGUILHEM, 2005) Asclépio foi educado na arte médica por Quiron, o centauro, que ferido por uma flecha porém imortal, sofre dores terríveis, incapaz de curar a si mesmo, ou ser curado por seu pupilo. Quiron representaria assim a necessidade do curador reconhecer e, portanto, sofrer, a dor dos adoecidos. (AYRES, 2009)

Com Hipócrates de Kós, inicia-se a crença de que a doença é um fenômeno natural, portanto passível de ser observada, estudada e explicada. Para Hipócrates, a saúde era fruto do equilíbrio entre os quatro fluidos ou humores (bile negra, bile amarela, fleuma e sangue), interiores ao corpo humano, com as quatro estações do ano e com os quatro elementos da natureza: fogo, ar, terra e água. Além do desequilíbrio destas forças propiciar o aparecimento de enfermidades, estas também poderiam advir do meio ambiente externo, mediante emanações insalubres ou do próprio estilo de vida de cada indivíduo, ao não privilegiar a moderação. A Roma antiga reproduz estas ideias através de Galeno, para o qual a doença estava dentro do próprio homem, em sua constituição física e em seus hábitos de vida. (TAMAYO, 1988)

Para alguns autores a escola hipocrática nasce da influencia da visão oriental sobre saúde e doença. Em todos os sistemas de medicina oriental, a doença é tida

como sendo o desequilíbrio entre o micro e a macrocosmo, como um fluxo de energia interrompido que deve ser restaurado mediante práticas terapêuticas tais como a acupuntura, os banhos ou a yoga, entre outras, ou através de medicamentos a base de plantas. Na medicina tradicional chinesa, há cinco elementos que interagem com as cinco estações do ano, com os ventos, sabores, odores e com os órgãos do corpo humano e que devem estar em equilíbrio. Já na medicina árabe, as influências da religiosidade, da alimentação, do exercício e da leitura são consideradas essenciais para o restabelecimento da saúde. (TAMAYO, 1988; WANG, 2001; GOODY, 2012)

Com o advento da Idade Média no ocidente, a concepção cristã que entende a doença como um pecado passa a predominar e as ideias hipocráticas de saúde enquanto equilíbrio interno e com o meio ambiente, somente reaparecem reintroduzidas pelos árabes. (GOODY, 2012) Posteriormente, a concepção da saúde e doença ocidental passa a ser influenciada pela alquimia e o corpo humano é tido então como uma série de processos químicos concatenados, o que enseja tratamentos com elementos como o mercúrio e outros minerais. (TAMAYO, 1988)

No século XIV, com a ocorrência de uma grave pandemia atribuída à peste bubônica, conhecida como peste negra, a população europeia é praticamente dizimada. Surge, então, o conceito de quarentena, onde além de isolado, o doente era rigorosamente observado. Nesta fase, tanto o desequilíbrio entre a pessoa e as condições climáticas quanto a putrefação de cadáveres, alimentos, animais, eram tidos como causas do adoecer. As doenças podiam adentrar os corpos mediante a inalação ou pelos poros e a dor era tida ou como consequência do pecado ou como uma oportunidade para obtenção da redenção divina. (*ibidem*)

René Descartes foi quem primeiro descreveu o corpo humano separado da alma. Com base no pensamento newtoniano, definiu o corpo humano como uma máquina, semelhante a um relógio, composto por pesos e contrapesos, que, quando quebrado ou com um mau funcionamento, deixava de agir. Por ser composto por diferentes peças, tornou-se passível de ser fragmentado e, assim, cada peça isolada, estudada, identificada, classificada e descrita dentro do racionalismo científico, método também aplicável às doenças. (FOUCAULT, 2001; LE BRETON, 2012)

A visão cartesiana, aliada ao desenvolvimento da anatomia, afasta a concepção humoral da doença, que passa a ser localizada nos órgãos. Nas palavras de François Bichat, médico da época: *“A saúde é o silêncio dos órgãos.”* (TAMAYO, 1988)

O incremento das navegações faz com que as epidemias se disseminem de uma forma alarmante, acompanhando a circulação de pessoas e de mercadorias. O tráfico de escravos e a colonização das Américas propicia o contato com populações que, até então, mantinham-se relativamente isoladas umas das outras, expondo-as à contaminação por doenças para as quais não tinham imunidade. Como consequência, povos inteiros são vitimados pela varíola, sífilis, sarampo, cólera, entre outros. Estas epidemias produzem altas taxas tanto de morbidade quanto de mortalidade, causando graves impactos econômicos e prejuízos ao comércio, sendo vistas, portanto, como um perigo social. Buscando o controle desta situação e com base no pressuposto de que um bom governo é aquele que protege a saúde de seus súditos, surge a polícia médica estatal, a qual deve garantir a implementação de medidas consideradas adequadas para a contenção das doenças, independentemente da vontade das pessoas. Ocorrem medidas de reformas nas cidades, com drenagem de pântanos, alargamento de ruas e demolições, bem como obras no sentido de melhorar o destino de dejetos e lixo. Surgem teorias sobre o contágio causado por partículas invisíveis, pelos miasmas e pela poluição do meio ambiente. (CZERESNIA *et al.*, 2013; DALLARI, 2003)

Com o advento da Teoria Microbiana de Louis Pasteur e da invenção do microscópio, passa-se a reconhecer que agentes externos causam a doença e que as condições do hospedeiro são fundamentais nos processos infecciosos. O método científico é utilizado para o estudo das doenças e de seu tratamento e surgem soros e vacinas. Como diversos microrganismos puderam ser identificados e associados à causalidade de determinadas doenças, vários avanços puderam ser feitos em termos de tratamento e prevenção, basicamente das doenças infecto-contagiosas. (SCILIAR, 1987; TAMAYO, 1988)

Nesta época surge a epidemiologia enquanto contabilidade da doença. Assim, a doença deixa de ser avaliada apenas no campo individual, sendo o sujeito considerado parte de séries estatísticas sobre doenças, contabilizadas através de números. São criados indicadores e a mortalidade e frequência de doenças pode ser comparada entre as diversas cidades e estados. (SCILIAR, 1987)

A Revolução Industrial e a conseqüente aceleração da urbanização, aliada às condições insalubres de moradia e trabalho, à exploração dos trabalhadores e à fome, produzem altas taxas de desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência, além da disseminação de doenças como o tifo, a cólera e a tuberculose. Com vistas a sanear as cidades, surgem as primeiras medidas de saúde pública: as campanhas sanitárias. Alguns autores chamam a atenção para as denominações empregadas, todas retiradas da prática militar, tais como estratégia, campanha e polícia médica, como citado. São desta época ainda os primeiros estudos que associam a doença ao meio ambiente e às condições de vida e trabalho das pessoas. (CZERESNIA *et al.*, 2013; DALLARI, 2003)

No final do século XIX e início do século XX, como conseqüência das condições socioeconômicas, tem-se um crescimento ímpar das desigualdades sociais. Sob influência das teorias marxistas e socialistas, as reivindicações das classes menos favorecidas acabam promovendo a regulamentação das condições de trabalho. Surge na Alemanha o primeiro sistema de proteção social, voltado para os trabalhadores, que incluía a atenção médica à saúde destes. (*ibidem; ibidem*)

Em 1910, vem a público o relatório “Educação Médica nos EUA e no Canadá”, escrito por Abraham Flexner, um projeto de padronização tanto do ensino médico quanto da qualidade da atenção médica nos hospitais. Até hoje vigente em escala mundial, consolidou um modelo de formação médica que, apesar de hegemônico, não conseguiu atender às necessidades de saúde das populações. Este relatório surge em um contexto no qual a medicina estadunidense e canadense era composta por diversas escolas médicas com diferentes abordagens terapêuticas, algumas hoje consideradas alternativas, com a finalidade de implantar um modelo padronizado e científico de ensino e prática médica. (PAGLIOSA E DA ROS, 2008)

Desde o final de século XIX, a crescente indústria farmacêutica vinha subsidiando com grandes quantidades de dinheiro não só os órgãos de classe, mas os próprios médicos, a fim de consolidar o modelo da medicina científica. Esta mesma indústria, passa então a pressionar governos e instituições, consolidando seu modelo e conseguindo sua imposição a todas as escolas médicas, hospitais e demais serviços de saúde, criando normas de atendimento e terapêutica, dos quais o Relatório Flexner é o principal pioneiro. (*ibidem*)

Este relatório frisa que o ensino médico deve ocorrer no hospital, considerado local privilegiado para a formação médica. Aponta que: “*O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta*” (*ibidem*, p. 496), não devendo ser considerado nenhum outro fator no estudo das enfermidades a não ser o biológico. O currículo tradicional do curso médico advindo do relatório é pautado na segregação entre teoria e prática e na multiplicação das especialidades e tornou-se o que passa a ser denominado de modelo biomédico, modelo até hoje hegemônico, como mencionamos, quando da formação e da prática da atenção aos enfermos. (*ibidem*)

O modelo biomédico relaciona o conceito de saúde à ausência de doença, devendo os indivíduos ser objetivamente classificados como saudáveis ou doentes de acordo com a eficiência de seus sistemas biológicos. (SCLIAR, 1987)

A medicina do século XX é, portanto, o resultado da articulação dos modelos: (i) bacteriológico, que identifica o agente causal; (ii) fisiológico, baseado na experimentação e nos conceitos de função e inter-relação dinâmica; (iii) anatomo-clínico, pautado na observação sistemática e (iv) epidemiológico, que analisa a expressão coletiva das doenças. (CZERESNIA *et al.*, 2013) Pautada no modelo biomédico, enxerga a saúde apenas como ausência de doença, ressaltando o “*silêncio dos órgãos*”, como já citamos.

Após a primeira grande crise sistêmica do capitalismo, a crise de 1929, e as duas Grandes Guerras que se seguiram, nasce o Estado Providência ou de Bem Estar Social, onde a proteção à saúde é vista como política de governo. Este redireciona recursos para alimentação, saneamento, investimento tecnológico, levando à diminuição das epidemias. Avanço nas pesquisas clínicas, o desenvolvimento e a

introdução de novos medicamentos e inseticidas e a proteção ao trabalhador levam também à diminuição da mortalidade. Surge a seguridade social, calcada em três subsistemas: assistência médica, previdência social e saúde pública, todos os três tidos como responsabilidade do Estado. Com a criação da Organização das Nações Unidas, ONU, e seu braço para a saúde, a Organização Mundial de Saúde, OMS, divulga-se o conceito de que a saúde é o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, sendo a saúde vista como um direito do indivíduo e não apenas a ausência de doenças. (LAFER, 2001; COMPARATO, 2003)

Nesta direção, na década de 70, ainda no século passado, surge o constructo História Natural da Doença. Proposto por Leavell e Clark, descreve a doença como originária de inter-relações que ocorrem entre o organismo suscetível, o agente causal e o meio-ambiente. Neste último destacam a natureza, a biologia e as condições sócio-político-culturais; no doente, as alterações físicas, químicas, fisiológicas, histológicas e hereditárias ou congênitas. A doença evoluiria em períodos consecutivos e complementares: pré-patogênico e patogênico. No primeiro, os fatores externos e internos iniciam sua interação a qual leva ao segundo, quando a doença se instala e pode evoluir para vários desfechos clínicos: cura, morte, cronicidade ou sequelas. Este modelo permite que, mediante ações específicas, possa-se prevenir o desencadeamento ou aparecimento da enfermidade. Trabalha-se com três níveis de prevenção: (i) primária, onde as ações de promoção da saúde e proteção específica, como vacinação, são indicadas; (ii) secundária, onde se utilizam métodos de diagnóstico e tratamento precoces e limitação da invalidez e (iii) terciária, com a execução de ações de reabilitação. (ALMEIDA-FILHO, 2011)

Este modelo é considerado um grande avanço para a época, pois permitiu expandir o conceito de doença para além do modelo biomédico flexneriano, incorporando na causalidade das doenças os aspectos socioeconômicos. Tido, porém, como ainda insuficiente para o entendimento do que seja saúde e doença, foi lançada em 1974 a noção de campos da saúde ou *health field*, onde a saúde é considerada como sendo o resultado da interação da biologia humana com o meio ambiente, com o estilo de vida e com a organização da assistência à saúde. (*ibidem*)

Assim se acentua a inflexão, iniciada com o conceito da OMS e com o Estado de Bem Estar, na tentativa de ampliar o conceito de saúde, ultrapassando o modelo biomédico flexneriano, tido como insuficiente para a formação e práticas médicas. Este, apesar de ter propiciado inegáveis avanços no controle das doenças, mostra-se ineficiente, tanto do ponto de vista dos custos advindos da excessiva especialização e alta carga tecnológica, mas, e principalmente, sob o ponto de vista de atender às doenças que afligem as populações.

Hoje em dia está claro que apenas a assistência médica e a alta tecnologia não proporcionam saúde e que esta não é apenas a ausência de doença, mas é necessário pensar a saúde como um *continuum*, responsabilidade do indivíduo, do Estado e da sociedade. As pessoas devem ter sua autonomia respeitada, ampliando-se a consciência dos direitos, deveres e cidadania. Sabemos que as condições sociais em que as pessoas ou grupos populacionais vivem e trabalham estão relacionadas com sua situação de saúde, surgindo o conceito de Determinantes Sociais da Saúde, DSS, conjunto de fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos e comportamentais que influenciam o padrão de adoecimento das populações. (BUSS, 2007)

Como referimos, com as progressivas melhorias no saneamento, na limpeza da água, no controle dos ambientes de trabalho e na nutrição, obteve-se a contenção das doenças infecciosas; estes fatores, quando aliados aos progressos farmacológicos, às imunizações e às tecnologias médicas descobertas ao longo do século XX possibilitaram que as pessoas vivam hoje durante mais tempo. Estas modificações trouxeram não apenas longevidade, mas uma mudança na forma como as diferentes populações adoecem. Hoje, as doenças infectocontagiosas perderam a importância enquanto únicas causadoras de óbitos, já que as alterações nas condições de vida das populações e estilo de vida das pessoas são responsabilizadas pelo incremento das doenças ditas crônicas. (OLSHANSKY *et al.*, 2012)

As doenças crônicas não transmissíveis ou DCNT constituem-se em um grupo de doenças que possuem longa evolução, múltiplos fatores de risco, etiologia não totalmente elucidada, longo período de latência, longo curso assintomático e manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação. São acompanhadas

de alterações degenerativas em tecidos, órgãos e sistemas do corpo humano, modificações estas que levam a lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e deficiências, chegando até ao óbito. Incluem as principais causas de mortalidade e morbidade hoje no mundo: as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas, as doenças mentais e o diabetes. (MANSO, 2009; OPAS, 2011).

As doenças cardiovasculares incluem as doenças do coração e vasos sanguíneos, responsáveis por, aproximadamente, 80% do total de óbitos que ocorrem hoje no mundo, correlacionando-se a fatores de risco epidemiológicos como o uso do tabaco, a inatividade física e a alimentação pouco saudável. Já os cânceres, caracterizados pela multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo, são a segunda principal causa de morte no mundo, seguidos pelas doenças respiratórias tais como a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica, as doenças pulmonares relacionadas ao processo de trabalho, as afecções relacionadas ao hábito de fumar, entre outras. (HARVARD, 2011; OPAS, 2011)

O diabetes é uma doença metabólica que não possui mortalidade elevada quando comparada a outras DCNT, mas é um importante fator de risco para condições mais graves, tais como, as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal e a cegueira. Por sua vez, por doença mental entende-se uma gama de enfermidades caracterizadas por afetar as atitudes, o pensamento, os sentimentos e a capacidade de se relacionar socialmente. (*ibidem; ibidem*)

Aliadas às DCNT citadas acima, ocorrem ainda a deterioração visual e a cegueira; a deterioração auditiva e a surdez; as doenças orais e as desordens genéticas, outras condições crônicas responsáveis por porção significativa da carga global de doenças ou seja, a quantidade de mortes prematuras e incapacidades advindas da presença de uma afecção mórbida. (OPAS, 2011)

As DCNT são causadas e/ou agravadas e/ou associadas a uma combinação de fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e individuais, os denominados DSS, como já citado. Todas estas DCNT podem ocorrer isolada ou concomitantemente, constituindo o que se denomina comorbidade, quadro que,

quando presente, acentua ainda mais o número de deficiências, incapacidades e mortes decorrentes destas doenças. Por este motivo, são consideradas como doenças com um alto impacto para os seus portadores, suas famílias e grupo sociais, pois deterioram a qualidade de vida dos enfermos.

A esta modificação do padrão de adoecimento da população, passando da alta prevalência de doenças transmissíveis para o aumento da frequência de DCNT, denomina-se transição epidemiológica. Esta se encontra diretamente relacionada a duas outras transições pelas quais passa o mundo: a demográfica e a de risco. A primeira relaciona-se ao envelhecimento da população e, do ponto de vista demográfico, caracteriza-se por um incremento proporcional do número de idosos na população, somada ao fato de que os idosos se tornam a cada dia mais longevos. Assim, estimava-se que viviam no mundo, principalmente em países desenvolvidos, em torno de 69 milhões de pessoas com mais de 80 anos em 2005, número este que se eleva a cada ano. (OPAS, 2005).

Quanto mais avança a idade, mais aumenta a mortalidade por doenças crônicas, fato atribuível ao próprio processo de envelhecimento, o qual acarreta diminuição da reserva funcional, tornando as pessoas mais suscetíveis ao aparecimento das DCNT já citadas, além de outras tais como as demências, artroses e outros eventos fatais.

No Brasil, o aumento do número de idosos está relacionado à adoção de políticas públicas, tais como a universalização da seguridade social e a melhoria no acesso aos serviços de saúde. (CAMARANO *et al.*, 2004). Estes avanços decorrentes tanto do papel do Estado quanto do modelo biomédico, impulsionaram o envelhecimento populacional, mas, ao mesmo tempo trouxeram um novo desafio, já que pensar a saúde do idoso impõe pensar em qualidade de vida, cuidado e diminuição de incapacidades de uma maneira interdisciplinar, o que vai contra a proposta do relatório Flexner, até hoje dominante quando se analisa a prática médica, focado na cura pontual de enfermidades. Como mencionamos na introdução, esta nova demanda de pessoas com enfermidades crônicas impõe uma sobrecarga tanto ao trabalhador de

saúde quanto ao sistema de atenção, despreparados, por sua formação e por sua gestão, respectivamente, para atendê-la.

O comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o autocuidado pelo idoso, tornando-o dependente, aumenta a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde e se relaciona à presença de doenças, deficiências ou problemas médicos. Comportamentos relacionados ao estilo de vida tais como fumar, beber, comer excessivamente, ser sedentário, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, são fatores de desgaste que podem levar ao prejuízo da capacidade funcional no idoso, enquanto que ter senso de auto eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio agem como fatores protetores. (OPAS, 2005) A capacidade funcional do idoso é fortemente relacionada à presença de uma ou mais DCNT, sendo que a presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Este mesmo impacto não foi encontrado com outras doenças. (ALVES *et al.*, 2007)

As DCNT são hoje ainda uma preocupação para os governos pelos custos a elas associados. Há tanto custos sociais quanto familiares e pessoais, representados pela perda do trabalho e renda, dependência física, necessidade de pessoas disponíveis como cuidadoras, entre outros, além de um incremento com os gastos em benefícios, pensões, aposentadorias precoces e com o sistema de saúde como um todo. Em estudo realizado pela Escola de Saúde Pública de Harvard para o Fórum Econômico Mundial em 2011, demonstra-se que as DCNT já representam um ônus econômico significativo para a população mundial, com tendência ao crescimento. Estima-se que as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, diabetes e afecções relacionadas à saúde mental devem gerar uma perda de produção acumulada de US\$ 47 trilhões ao longo das próximas duas décadas, ou seja, 75% do PIB mundial relativo ao ano de 2010. (HARVARD, 2011)

Conforme aumentam o número de DCNT ou a idade, estes custos tornam-se maiores. Veras *et al.* (2008) imputam às múltiplas DCNT das quais a maioria dos idosos padece tanto o incremento no número de exames realizados quanto da medicação usada e da utilização de serviços de saúde e, conseqüentemente, ao

aumento dos custos. Em pesquisa realizada pela União Nacional das Autogestões em Saúde, UNIDAS (2011), no setor de saúde suplementar brasileiro, nota-se que o número de consultas por beneficiários/ ano eleva-se em paralelo à idade, comportamento também seguido pelo número de exames complementares e pelo custo médio pago por internação.

Além das transições epidemiológicas e demográficas, intimamente relacionadas, como pode ser observado, nos dias atuais ocorre ainda uma transição de risco consequente às alterações de hábitos nutricionais, padrões de vida e de trabalho. Risco à saúde é entendido como a probabilidade de um agravo estar relacionado ao desencadeamento de doenças, de incapacidade e de morte. São considerados riscos à saúde: a pressão alta, o consumo de tabaco e álcool, o aumento do colesterol, a obesidade, o sobrepeso e a inatividade física, entre outros, todos relacionados com o aparecimento de cânceres, diabetes e doenças cardiovasculares. Sua origem começa na infância ou até antes, sendo posteriormente definidos e modificados por fatores socioeconômicos, culturais e experiências ao longo da vida. Estes riscos à saúde e as doenças a eles relacionadas estão se tornando cada vez mais prevalentes em todas as nações, mas, principalmente, nos países em desenvolvimento, o que torna a situação destes mais aflitiva, pela somatória às demais cargas de doenças. (OMS, 2002a)

As transições citadas, epidemiológica, demográfica e de risco, têm trazido em seu rastro não só preocupações sociais ou econômicas, mas também têm posto em cheque a forma como o modelo biomédico aborda estas doenças e seus tratamentos. São doenças que, até o momento e em sua imensa maioria, são incuráveis; como possuem múltiplas causas, a maioria não individualizáveis, não há uma terapêutica específica e única voltada para a causa, mas sim, várias opções de tratamento, porém, este é focado quase que totalmente para os sintomas. Hoje a discussão gerada por este novo quadro volta-se para a eficiência dos sistemas de saúde em lidar com práticas diferenciadas no trato destes enfermos, como já ressaltamos.

O questionamento maior ocorre tanto em relação à inacessibilidade por grande parte da população à tecnologia, diagnóstica e terapêutica, quanto, e principalmente, à

incapacidade dos profissionais da saúde, ultra especializado, de conseguir voltar-se para o tratamento destas doenças. As DCNT trazem o imperativo de uma abordagem cuidadora, preocupada com a pessoa como um todo e não mais apenas curadora, preocupada com a doença em si. É necessário ainda possibilitar ao enfermo o envolvimento em seu próprio tratamento. Definido como autocuidado, este envolvimento é apresentado como a habilidade do indivíduo em administrar “*os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicológicas, e mudanças de estilo de vida inerentes a viver com uma condição crônica*”. (FRANZEN *et al.*, 2007, p. 29)

O autocuidado é conceito derivado do constructo *empowerment* ou empoderamento, entendido como um processo de capacitação que habilita o indivíduo e a população a controlar seu próprio destino ao reconhecê-los como sujeitos de direito, capazes de poder interferir para a melhora de suas condições de vida e saúde. Esta capacitação busca a conscientização, a formação do pensamento crítico e privilegia a autonomia do doente enquanto transformadora do modelo biomédico. (CAPRARA, 2004; WESTPHAL, 2006; MANSO, 2009)

A fim de administrar seu tratamento, primeiro o doente deve conhecê-lo para com ele concordar ou não. A esta concordância dá-se o nome de adesão. Trata-se de questão relevante para o sistema de saúde pelo número crescente de pessoas adoecidas que necessitam utilizar medicação diariamente, às vezes mais de uma vez ao dia, além de ter que modificar uma série de hábitos de vida. Estima-se que apenas 50% destes indivíduos cumpram o tratamento prescrito. (DIAS *et al.*, 2011) Para que se considere que existe adesão ao tratamento é necessário haver o seguimento de, no mínimo, 80% das prescrições e recomendações realizadas pelos diferentes profissionais de saúde que assistem o doente, caso contrário a adesão é considerada parcial. (OMS, 2003)

Um dos pontos principais que fazem com que a adesão não ocorra refere-se à forma como o médico se relaciona com adoecido e dos apoios sociais deste. Quanto maior o número dos últimos e melhor a qualidade da primeira, torna-se mais fácil a adesão do doente às prescrições. Autores ressaltam a intencionalidade que pode existir no ato da não adesão pelo doente. Este por incredibilidade tanto no tratamento

quanto no prescritor, não segue as recomendações, comportamento ativo por parte do enfermo que nem sempre é bem aceito pelos profissionais. (STEINER E EARNES, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2007)

Tanto o autocuidado quanto o empoderamento e a adesão ao tratamento são constructos hoje em dia discutidos como pontos falhos do modelo biomédico, já que, da forma como este vê o doente, este último deve ser apenas um mero cumpridor das tarefas prescritas. Estas, quando não realizadas ou realizadas parcialmente, fazem com que o enfermo seja considerado como responsável pelo insucesso terapêutico, culpabilizando-se o indivíduo e permitindo a desresponsabilização do profissional de saúde e do próprio sistema de atenção.

Vários autores ressaltam a insuficiência do modelo biomédico hegemônico em lidar com as transições epidemiológica, demográfica e de risco, além de não atingir a adesão do enfermo ao tratamento prescrito, seja ele medicamentoso ou não, ressaltando o esgotamento do mesmo. (MADEL, 2003; LEFEVRE E LEFEVRE, 2004; TESSER, 2007; AYRES, 2009; MENDES, 2009; STREIT *et al.*, 2012).

Este modelo casa-se perfeitamente com a atenção às doenças ditas agudas, para as quais a teoria microbiana e os avanços terapêuticos são tidos como adequados e socialmente identificados como responsáveis pela melhora do estado de saúde das populações. Mas, para as doenças crônicas e para o cuidado ao idoso torna-se impróprio, forçando um repensar da prática médica. Esta deve deixar de ser focada em enfermidades que originam um atendimento pontual e que são curáveis, transladando-se para um atendimento mais cuidador, centralizado na pessoa adoecida e em condições para as quais a cura ainda não é possível; onde não há mais um único agente etiológico e sim uma miríade de fatores que demandam várias intervenções tanto do sistema médico quanto de outras profissões, inclusive de fora do sistema de saúde; onde apenas um profissional, o médico, centrado no ambiente hospitalar e munido de alta tecnologia é incapaz de alcançar e dar conta das necessidades de saúde e cuidado destes enfermos.

À crítica ao modelo médico hegemônico, alia-se a crise de financiamento dos sistemas de saúde mundiais, em grande parte atribuível tanto ao próprio modelo

médico centrado no hospital e na alta tecnologia, fragmentador da atenção por ser pautado em especialidades, quanto às três transições já citadas e os gastos decorrentes destas, bem como à visão neoliberal de Estado mínimo. Porter e Teisberg (2007), analisando o sistema de saúde norte-americano destacam que, da forma como atualmente se encontra estruturado, está longe da excelência. Trata-se de um sistema caracterizado pelo alto custo e baixa qualidade, onde a quantidade de processos por erro médico indica que os tratamentos realizados se encontram ou muito além ou muito aquém do necessário.

Por outro lado há avanços inquestionáveis reconhecidos pela sociedade como, por exemplo, novos medicamentos, novas tecnologias de diagnóstico, novos insumos como próteses e novas técnicas cirúrgicas. Todos estes levaram de fato a um prolongamento da expectativa de vida das populações e a uma mudança nas causas tanto de morbidade quanto de mortalidade. Como ressalta Boaventura Souza Santos (2000), a medicina atual é indispensável e necessária, porém perigosa e inadequada.

Desta maneira, o modelo biomédico tem sido questionado em sua totalidade por se mostrar insuficiente para atender as necessidades atuais de saúde das populações. Esta insuficiência, denominada por alguns autores como crise da medicina, trata, principalmente, do comportamento, das práticas, da relação médico-sujeito adoecido, a qual se modifica desde o advento da modernidade. A seguir, abordaremos estas modificações.

3. Saúde e doença: do controle sobre os corpos à crise da medicina

Como já mencionamos, a ciência médica, apesar de ter propiciado inegáveis avanços à sobrevida e ao controle de doenças, vem sendo criticada, principalmente no que tange às limitações da prática médica no cuidado com as doenças crônicas, à relação profissional de saúde–enfermo, à desumanização da atenção.

Do ponto de vista do modelo biomédico, a medicina é uma ciência que vem evoluindo diariamente, principalmente apoiada na biologia. Desde o advento da modernidade a ciência ocupa o lugar de verdade enquanto único conhecimento correto. Esta verdade guia o profissional médico que crê estar fazendo o melhor para o doente quanto ao diagnóstico e tratamento, já que estes estão ambos baseados no conhecimento científico. O doente, leigo deste conhecimento, recebe a versão do médico com confiança, como verdade, cumprindo rituais e requisitos de cura culturalmente aceitos. O modelo biomédico flexneriano serve então como um roteiro, onde o médico transmuta a pessoa doente em uma doença, esta última, foco do trabalho médico. (TESSER, 2007)

O que é considerado saúde ou normalidade são, entretanto, culturalmente determinados, conceitos em construção, desconstrução e reconstrução contínuas, influenciados pelo momento histórico e interconexões culturais, sociais, econômicas e políticas, portanto não são estáticos. O discurso científico da medicina não representa apenas o resultado de um acúmulo de saberes testados, aprovados e comprovados cientificamente, mas sim um conjunto articulado de relações de poder e de saberes que representam o que é permitido falar e o que deve ser ocultado ou excluído, portanto social e culturalmente legitimados naquele momento. É um discurso historicamente constituído, traduzindo o que na época é aceito como verdade. (FOUCAULT, 2001; WOLF, 2003; PORTOCARRERO, 2009)

Galileu protagonizou uma cisão com o pensamento clássico ao demonstrar que, através do método experimental aplicado sistematicamente, a natureza pode ser decifrada. Esta forma de pensar, característica da ciência moderna, é aprofundada por Newton, Descartes e Kant. (MACIEL, 2006) É a partir de Rene Descartes, como já citamos, que se legitima o estudo do corpo em separado do espírito. Para este filósofo, o conhecimento dito científico deve desenvolver-se com base em alguns preceitos que são tidos como pressupostos do conhecimento moderno. O primeiro diz que não se deve aceitar como verdade algo que não possa ser identificado como tal, que não se apresente clara e distintamente à razão. A segunda regra prescreve separar em tantas partes quanto possíveis as dificuldades a fim de solucioná-las; a terceira diz respeito à condução ordenada do pensamento, de tal forma que, partindo-se do mais elementar, chegue-se ao mais complexo. Por fim, o quarto passo é proceder a uma revisão exaustiva dos componentes de um argumento a fim de certificar-se que nada foi omitido. (HELFERICH, 2006)

Esta metodologia passa a ser empregada no estudo da medicina, que, como várias outras disciplinas nesta época, desejava ser reconhecida como ciência. Assim, nada mais apropriado que seguir os paradigmas das ciências ditas naturais, como a física, a química e a biologia. Durante a passagem do século XVIII para XIX, ocorre, portanto, uma reordenação epistemológica, abandonando-se o estudo do ser ideal para aprofundar-se o estudo empírico, o que torna necessário penetrar nos corpos para estudá-los. Os corpos, transformados em objetos, perdem sua subjetividade, excluindo-se a potência oculta nestes. (PORTOCARRERO, 2009)

Com as descobertas de Pasteur, pode-se visualizar uma revolução de paradigma, no sentido dado por Kuhn (2011), na forma de ver a saúde e a doença. À identificação da etiologia bacteriana para as doenças, somam-se mudanças político-administrativas, tais como a legislação sobre vacinação, o nascimento da saúde pública, alterações na prática e ensino médicos e modifica-se o local de atenção ao doente, o qual passa a ser o hospital. Esta revolução, aliada à reordenação epistemológica já citada e aprofundada pela visão cartesiana do corpo, caracteriza o processo de descontinuidade com a época clássica que, tanto para Canguilhem

quanto para Foucault, constrói o que hoje se caracteriza como a medicina científica ocidental. (PORTOCARRERO, 2009)

A partir do século XIX, o conceito de doença, no ocidente, passa a ser o da enfermidade tida como uma entidade isolada do adoecido, passível de ser classificada, descrita e observada. Como entidade isolada, pode ser testada e validada. A medicina, assumindo a dicotomia entre o normal/ausência de doença e o patológico/doença, deixa de se preocupar com a pessoa doente, passando a priorizar apenas a *entidade–doença*, associada à intervenção médica. O corpo passa a ser visto como uma máquina composta por múltiplas partes a serem estudadas separadamente, tornando–se a medicina um estudo dos órgãos, das causas, dos focos, em um processo denominado de *medicalização*. (FOUCAULT 2001; 2011b; 2011d)

A medicina moderna, portanto, rompe com a clássica, onde as doenças eram tidas como entidades ideais, passando a tratar as enfermidades como realidades corpóreas, estudadas empiricamente em um indivíduo concreto. Ocorre uma operação lógica na qual a relação com o corpo dá–se a partir da doença e da morte, esta última caracterizada por uma série de processos e mecanismos múltiplos dispersos no espaço e no tempo. (PORTOCARRERO, 2009)

Com base nesta nova racionalidade, a doença passa a ser tratada em hospitais: instituições privativas do saber médico e de controle sobre as pessoas que então passam a ser denominadas pacientes. Cada vez mais especializadas, estas instituições passam a ser vistas como *máquinas de curar* (CANGUILHEM, 2005), permitindo uma terapêutica sistematizada que favorece a articulação do saber médico e da eficácia terapêutica. Nada mais são do que sistemas administrativos que se articulam com sistemas terapêuticos, com a finalidade de individualizar os corpos e a morte, tornados medicamente úteis. Estes aparelhos de medicalização coletiva e de enquadramento permanente da população são parte de uma biopolítica, facilitada pelo conceito biológico de vida, com a finalidade de obter sujeição dos corpos e controle das populações. A este controle Foucault denomina biopoder: uma tecnologia de

fortalecimento do Estado Nação, preocupado em manter a vida das populações, disciplinando os corpos. (FOUCAULT, 1989; 2003; 2011a; 2011e)

O biopoder articula o nível histórico com o biológico e é aprofundado por estruturas como a demografia, a estatística, a epidemiologia, a geografia e a economia, dispositivos de regulação e de segurança da população. Trata-se de um poder sobre a vida e sobre a morte, um jogo complexo entre o poder e a liberdade, reforçando a vitalidade, a saúde e a própria espécie. (FOUCAULT, 1989; 2011e; PORTOCARRERO, 2009)

O poder, segundo Foucault (1987;1989) é uma prática social, construída historicamente, daí possuir uma infinidade de formas. É algo que se exerce e está presente nas instituições, nas leis, nos saberes e na relação entre as pessoas. O seu objeto são os corpos e seu exercício dá-se através de permissões ou proibições. Seu objetivo é a disciplina e ao mesmo tempo em que é dominação e repressão, é também formador. Pode ser positivo ou negativo dependendo da finalidade com que é usado e da sua forma de exercício. É homogeneizador, tendo como funções principais fazer as pessoas crescerem e ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las.

A disciplina busca o adestramento do corpo-máquina individual e do corpo-espécie, este último através do registro dos nascimentos, óbitos e demais estatísticas vitais. São intervenções reguladoras e de controle, que tornam os trabalhadores dóceis politicamente e úteis economicamente, portanto, produtivos. (FOUCAULT, 1987; 1989; 2011e; PORTOCARRERO, 2009)

O poder médico é um poder disciplinar, portanto não é exercido mediante violência ou coação, mas sim mediante dois mecanismos: o primeiro examina, mede e compara os indivíduos com uma norma, traçando divisões, e o segundo persuade os sujeitos de que certas formas de pensar e agir são adequadas. Os médicos não são figuras de dominação, mas o poder se exerce na relação medico-paciente, sendo, portanto, relacional. Este poder médico é importante na constituição dos corpos e subjetividades, fornecendo importantes sistemas de conhecimento ao disciplinar e prover diretrizes sobre como os pacientes devem entender, regular e experimentar seus corpos. A perspectiva médica é incorporada assim no discurso de cada um,

portanto, se o médico diz que “... *o corpo contem humores, então contem humores; se contem órgãos, então contem órgãos.*” (LUPTON, 1997, p. 99)

A prática médica pode, portanto, ser considerada como um dispositivo, conforme o interpreta Giorgio Agamben (2009). Um dispositivo é pelo autor definido pela presença de três pontos:

“a- é um conjunto heterogêneo, linguístico e não linguístico, que inclui virtualmente qualquer coisa no mesmo título: discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, proposições filosóficas, etc. O dispositivo em si mesmo é a rede que se estabelece entre esses elementos.

b- O dispositivo tem sempre uma função estratégica concreta e se inscreve sempre numa relação de poder.

c- Como tal, resulta do cruzamento de relações de poder e relações de saber.” (*op. cit.*, p. 29)

O poder disciplinar médico passa assim a mascarar conflitos sociais, os quais são reduzidos à doença, e a normalizar os corpos mediante práticas sanitárias. Este movimento não é perceptível sequer aos próprios médicos, os quais passam a responder por complexas intermediações sociais. Apesar de estes poderem definir quem pode ou não ser médico, como estes devem ser formados, quais as normas legais da profissão e como estes devem ser julgados, trata-se apenas de um aparente exercício de poder, pois a finalidade da medicina é manter a docilização e utilidade dos corpos, normalizando-os. (CAMARGO JUNIOR, 2003)

Para Canguilhem (2011) o normal é sempre definido pela medicina em contraposição ao patológico, mas a doença não é definida por este último. O conceito médico de normal é apenas uma média ou uma mensuração, o que não traduz a normalidade social ou individual. A normalidade social exprime os anseios inconscientes daquela comunidade. Já a enfermidade é dada pelo sofrimento e é este que define o que é normal ou não, e não a mensuração dada pela medicina. O organismo vivo não se encontra em harmonia com o meio e o normal é a normatividade, novas normas que nascem do ser vivo, daí a existência de diversidade. A normatividade é constitutiva da vida e da saúde. A medicina, ao tentar definir o

normal através da ciência, falha, pois a normalidade é cultural, social e historicamente definida.

A medicina não é uma ciência e sim uma prática, uma arte para a qual confluem várias outras ciências. É um conjunto de técnicas e práticas que buscam o alívio do sofrimento e não uma *restitutio ad integrum*. A clínica é mais do que conhecimento, inclui valores tendo, portanto, uma função ética. (CANGUILHEM, 2011)

A missão ética da medicina de curar e tratar doentes promovendo a saúde é convertida pela biomedicina na eliminação ou controle de doenças e riscos, desresponsabilizando o profissional para com a pessoa e desqualificando o saber do doente e de outros curadores não científicos. Da biomedicina, junto com outras formas “*legitimadas, oficializadas e profissionalizadas de cuidado e tratamento na modernidade*” (TESSER E BARROS, 2008, p.915) emerge a *medicalização* como um fenômeno complexo resultante das transformações sociais, políticas, culturais, econômicas, científicas e que reduz os processos de adoecimento. (ILLICH, 1975; LUPTON, 1997)

Vieira (2002) destaca que medicalização nada mais é que a transformação de aspectos comuns da vida em objetos de estudo pela medicina, com a finalidade de obtenção de adequação das pessoas às normas sociais. Um dos seus mais preocupantes resultados é exatamente o fato de encorajar soluções médicas para problemas sociais, ignorando e minimizando seu contexto. Várias entidades que hoje são consideradas doenças, não o eram até a pouco tempo, sendo que a cada ano, novas e mais enfermidades são incorporadas às listagens médicas, algumas apenas após a descoberta de um medicamento tido como milagroso para tal fato ou pela luta de movimentos sociais que trabalham pela medicalização ou desmedicalização de fatos cotidianos, principalmente após o advento da internet e redes sociais informatizadas. (CONRAD E BARKER, 2010)

Ressaltando ainda a medicalização, Foucault observa que não mais se contrata trabalhadores sem prévia análise médica, existem políticas públicas sistemáticas de *screenings* que independem da demanda do doente, dois dentre vários outros exemplos que demonstram como a medicina não mais se restringe aos doentes, mas

abarcam campos como a sexualidade, saneamento, condições de vida, exercendo assim um poder que vai além dos adoecidos e suas demandas. Inicialmente com a função de conservar a força de trabalho, hoje se constitui em um amplo mercado econômico, mantendo o corpo humano apto enquanto consumidor, passando de medicina da doença para medicina da saúde, esta última entendida enquanto um negócio. Apesar de todas estas mudanças, não houve saúde para todos, nem mais saúde para alguns, daí o paradoxo atual e a dita crise da medicina. Destaca que a medicina não deve ser adotada nem rejeitada, mas entendida dentro de um contexto histórico, não uma ciência pura e sim um sistema econômico e de exercício de poder. (FOUCAULT, 2011c)

A relação médico–doente é uma interação social de poder que reforça a ideologia. Os profissionais de saúde, sob uma forma camuflada, perpetuam as estruturas sociais hegemônicas, eles mesmos sujeitos de uma construção social que compartilham com os doentes. Sinais e sintomas são diferentes em diferentes culturas e adquirem significados diferentes de acordo com o período histórico, de maneira idêntica a símbolos, sendo, portanto formas de controle social. Assim, os significados da doença são diferentes para os pacientes e para os profissionais: para os últimos, o significado de adoecer é definido pelo poder e controle; para os primeiros pela ansiedade social e significado moral da enfermidade. O médico, enquanto exercita controle deve evitar que os significados leigos adquiram legitimidade social, daí desprezá-los. O enfermo, preso em um labirinto de questões existenciais, torna-se dependente e ansioso, aberto à manipulações e moralismos. A prática médica reproduz padrões específicos de controle sobre o curso das doenças e sobre os conhecimentos e habilidades individuais, pois cabe ao médico definir o que é ou não doença, em um processo que nada tem de biológico, já que estas distinções tem finalidade social. (FRANKENBERG, 1980; TAUSSIG, 1980; 1993; YOUNG, 1981; 1982; CONRAD E BARKER, 2010)

Ronald Frankenberg (1980) destaca que o período pós-colonial ofereceu uma excelente oportunidade para os antropólogos se dedicarem ao estudo da saúde e medicina, contribuindo com o entendimento em pequena escala dos processos através

dos quais doenças biológicas se transformam em episódios de enfermidade social através da legitimação do indivíduo que se sente doente. Ressalta que não é função do antropólogo mostrar a maneira pela qual diferentes costumes a nível local ou em determinadas sociedades se encaixam em um padrão cultural, mas sim focar no processo social estruturante. O processo de interação social produz costumes que estão articulados com os sistemas ideológicos, políticos e econômicos. A medicina nada mais é que uma divisão ideológica que faz parte da cultura, partilhada tanto por pacientes quanto por médicos, e que responsabiliza, no ocidente, o indivíduo por sua saúde.

Assim, a medicina nada mais é que um ritual que faz a segregação de uma parcela da população que tem poder concedido pelo uso de determinados símbolos e que se expressa em uma linguagem própria. Em sociedades pré-capitalistas, a medicina é social e enfatiza as relações interpessoais; na sociedade atual representa uma divisão de classe, o que gera conflitos. A doença é, na verdade, um drama cultural e social, algo extraordinário, que traduz uma ruptura para a cultura e para a sociedade. (*ibidem*)

O autor ressalta que a cura é tratada como uma mercadoria, uma *commodity*, sendo a medicina parte de um vigoroso sistema econômico. Esta adere à símbolos universais que representam o poder de curar, entregando-os a um categoria profissional: os médicos. Ao paciente cabe ler os sinais, aceitar os sintomas e entender os símbolos corretamente, submetendo-se ao poder médico, exercido em sua plenitude nos hospitais. O médico ocidental manipula o corpo do paciente, o vê por dentro e decide o que e quando deve ser dito ao doente. Este, somente consegue resistir a este poder através da família e redes sociais, porém sempre fora do local de exercício da medicina. (*ibidem*)

Vários autores ressaltam ainda a influência dos conglomerados econômicos de insumos médicos para a saúde, principalmente a indústria farmacêutica, não só na implantação do modelo biomédico, mas no próprio processo de medicalização, transformando a medicina em mercadoria, processo este que se intensifica sobremaneira a partir da Segunda Guerra Mundial. (ILLICH, 1975; LEFEVRE E

LEFEVRE, 2004). Como mercadoria, a medicina acentua-se como base de poder e controle. Para Boltanski (2004) a medicina moderna passa a ter um caráter de intervenção em larga escala na sociedade em geral, intrometendo-se, inclusive no que deve ou não ser divulgado pela mídia.

Camargo Junior (2003) refere que a classe médica, tão preocupada com a ciência que chega a esquecer do doente, vive, porém à mercê do complexo médico-industrial da área da saúde, que faz com que o médico incorpore tecnologias diagnósticas e tratamentos acriticamente, apenas por modismo, influenciados pela propaganda destas indústrias, eles próprios levados ao consumo pela medicalização. Destaca ainda a própria lógica de mercado, que remunera melhor as especialidades médicas que trabalham com maior volume de tecnologias. O autor destaca que a racionalidade do atual modelo pode ser caracterizada por três proposições: (i) caráter generalizante e universal, não considerando casos individualizados; (ii) caráter mecanicista, onde o universo é tido como uma máquina com causalidade linear e (iii) caráter analítico, com base na análise teórico-experimental que tem como pressuposto que o todo é a soma das partes.

A medicina cada vez mais tecnológica e especializada distancia-se assim cada vez mais do cuidado, em um processo de desqualificação do doente e de realce da doença, esta entendida como seu objeto de trabalho. Destarte, não mais responde a uma série de anseios das populações, não trazendo as respostas prometidas em termos de cura, principalmente em relação às doenças crônicas como anteriormente apontado. Além do que, populações empobrecidas adoecem cada vez mais, os tratamentos médicos têm cada vez mais efeitos colaterais e a relação médico-paciente diminui a autonomia das pessoas.

Ambos os processos, modelo biomédico flexneriano e medicalização, apesar de propiciar inegáveis avanços tecnológicos, tornaram o ensino médico hospitalocêntrico, tecnicista e fragmentador, sistematicamente questionado pela sociedade e, principalmente, pelos próprios doentes. (MADEL, 2003; TESSER, 2007; STREIT *et al.*, 2012). Este panorama leva ao que Illich (1975) denominou de *iatrogenia cultural*, produzindo um efeito que reduz as possibilidades culturais das pessoas, fazendo com

que estas não consigam enfrentar as situações de doença, dor, sofrimento e morte de maneira autônoma.

O médico, preocupado em ser cientista, esquece que o importante na prática médica é o diálogo e a humanização do tratamento, ouvir atentamente e olhar cuidadosamente para o adoecido, tocá-lo, para além das técnicas que estabelecem padrões. Os enfermos e, principalmente os moribundos, não são casos e sim pessoas e assim devem ser consideradas. O papel da ciência é fazer a junção entre prática e achados científicos, superando a dicotomização atual que afasta a ciência do contexto, o que limita o método científico. O médico, em sua prática, deve ir além deste ser-capaz-de-fazer rotineiro para poder tratar um doente, incorporando sua experiência. O método científico proporciona um saber direcionado, mas as informações devem ser selecionadas, analisadas, interpretadas, avaliadas e reelaboradas através da hermenêutica amparada na experiência. A arte da cura permite ao médico adaptar os conhecimentos científicos existentes, sendo a formação medica um resultado de um processo que une conhecimentos científicos adquiridos e experiência prática. (GADAMER, 2011)

A função do tratamento, portanto, é apenas fortalecer o equilíbrio responsável pela vida. A ciência médica é a ciência da doença e a prática médica, ao tentar intervir apenas no processo patológico da doença, não reestabelece a saúde. A ciência traz consigo a experimentação e a especialização, porém há zonas que não são passíveis destes procedimentos sendo, portanto, desqualificadas. A saúde hoje é avaliada por padrões do que seja saudável ou não, o que não é verdadeiramente saúde. Como estes padrões não são verdadeiros e não definem saúde, apenas se aproximam da realidade partindo de pressupostos biológicos, o médico deixa de deter a arte de curar, não considerando que as pessoas são mais do que simples seres físicos, vivenciando seu processo de adoecer e sobre este refletindo. (*ibidem*)

A doença é um processo histórico e social e o tratamento deve também se responsabilizar por estes aspectos, reinserindo o indivíduo na família, no trabalho e na sociedade. Recuperar um doente é trazê-lo de volta para sua posição na vida anterior à doença. O papel do doente é fundamental, já que ele consegue interpretar sinais de

perturbação em sua saúde que são mais importantes para ele que para o médico, pois indicam o desequilíbrio que deve ser superado. Assim, perturbação e superação estão relacionadas, constituindo a essência da vida. (*ibidem*)

Em decorrência do exposto, hoje é incontestável o crescimento da procura por parte dos adoecidos das denominadas práticas de medicina alternativa ou complementar. A Organização Mundial da Saúde, OMS, (2002b) classifica como medicina tradicional o conjunto de conhecimentos, práticas e ações de saúde que são patrimônio cultural da humanidade, como, por exemplo, as diversas medecinas indígenas, a medicina ayurvédica hindu, a medicina unani árabe e a medicina tradicional chinesa. Nos países onde a medicina alopática é dominante, são denominadas de medecinas complementares ou alternativas.

Esta procura dá-se por vários motivos que incluem, entre outros, o medo dos efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos alopáticos, a visão fragmentada da medicina hegemônica, a despersonalização e desumanização da relação médico-paciente. Há estudos que demonstram a utilização de medecinas alternativas por 75% dos franceses, 70% dos canadenses, 48% dos australianos, 42% dos norte-americanos e 38% dos belgas, sendo que estas porcentagens vêm crescendo. (OMS, 2002b).

Laplantine e Rabeyron (1989) estudando as práticas alternativas destacam que os médicos privilegiam as vitórias sobre as grandes doenças, principalmente as coletivas, em detrimento da preocupação com o sofrimento, encarando a medicina atual como sendo resultado de uma trajetória de evolução contínua e progresso. As medecinas alternativas, dentro deste modelo, são consideradas pseudociência, sendo, portanto, menosprezadas. Por se basearem em premissas diversas da biomedicina, valorizam o vínculo entre adoecido e curador busca reintegrá-lo ao seu meio social.

O crescimento persistente de novas práticas tem como pano de fundo as crises da saúde e da medicina caracterizadas pela “*capacidade de diagnosticar, porém incapacidade de tratar*” (MADEL, 2003, p. 1) e pela insuficiência dos sistemas de saúde responder à totalidade das demandas de saúde das populações. Nas palavras da autora:

(...) este cenário evidencia e induz transformações nas representações de saúde- doença- tratamento- cura presentes na cultura, criando outras que, frequentemente, valorizam o sujeito e sua relação com o terapeuta como elemento fundamental da terapêutica, bem como o uso de pouca tecnologia em oposição às deficiências na relação médico-paciente, características da terapêutica na biomedicina, acentuadas pela interposição tecnológica. (*ibidem*)

Vários autores ressaltam que as formas tradicionais de medicina buscam mais a afetividade do sujeito do que a expressão somática da doença. Nos dias atuais haveria uma dificuldade de aceitação pela maioria dos profissionais de saúde do fato do êxito terapêutico estar calcado no relacionamento afetivo com o cliente, que decorre de uma relação de confiança recíproca. Estabelecer este vínculo torna-se impossível para o profissional devido à sua formação. Além do suporte técnico-diagnóstico, deve existir sensibilidade para ouvir as queixas e encontrar junto com o doente estratégias para adaptar seu tratamento. A habilidade comunicacional do médico é de suma importância para que haja um diálogo e, portanto, uma relação, o que depende da sua capacidade para analisar criticamente o modelo biomédico vigente. (CAPRARA E RODRIGUES, 2004)

Esta incapacidade de escuta e de formação de vínculo, decorrente do próprio modelo biomédico e da medicalização, torna a prática médica distante do adoecido. É preciso melhorar a qualidade da relação médico-doente, incorporando-se a percepção do doente sobre sua doença, mesmo que esta seja divergente do modelo hegemônico, como será visto no próximo capítulo.

4. Saúde e doença: a perspectiva do adoecido

Com a finalidade de apreender os fenômenos não biológicos do conceito de saúde–doença, surgem proposições que buscam incorporar as questões culturais e sociais relacionadas ao processo de adoecer. São teorias recentes que surgem a partir de meados do século XX e que consideram a saúde, a doença e tudo o que a elas se relaciona como constructos culturalmente construídos e interpretados, buscando ampliar o contexto a ser considerado quando da leitura dos processos de adoecimento de um grupo populacional e demonstrar os limites do discurso hegemônico. (UCHOA E VIDAL, 1994; ALMEIDA–FILHO, 2011)

A fim de superar o paradigma biomédico e a medicalização, entendendo que tanto os enfermos quanto seus curadores são pessoas inseridas em um contexto cultural, social, econômico e histórico, sendo o processo saúde–doença reflexo de todas estas variáveis, surge uma série de estudos hoje englobados sobre a denominação de Antropologia da Saúde.

A Antropologia da Saúde busca a ampliação do entendimento do que é saúde e doença, como estas são explicadas pelos diferentes grupos sociais, em quais tipos de tratamento estes grupos acreditam, a quem recorrem quando adoecem, estudando o biopoder e a própria prática médica. Ainda analisa como essas crenças e práticas relacionam–se com a linguagem dos periódicos científicos, do corpo, do sofrimento social e a violência praticada aos que sofrem por parte dos profissionais da saúde. Estuda as diferentes etnomedicinas, inclusive a biomedicina ou medicina ocidental. Hoje também são preocupação as questões relacionadas à bioética, à genética e às iniquidades na saúde, ampliando a cada dia seu leque de estudos. (HELMAN, 2009; SAILLANT E GENEST, 2012).

Trata–se de área interdisciplinar, onde realizam estudos não apenas antropólogos, mas também médicos, enfermeiros e nutricionistas, entre outros, sendo que todas estas pesquisas contribuem para o entendimento do papel da cultura e das

sociedades na prática dos diversos profissionais da saúde. Caracteriza-se não só pela diversidade de temas, mas pela multiplicidade de tendências, destarte há estudos nas linhas foucauldianas, feministas, desconstrucionistas, de economia política, simbólica, política, dentre outros. (ERIKSEN E NIELSEN, 2010; SAILLANT E GENEST, 2012)

A área tem crescido como campo de novas oportunidades particularmente em conexão com programas de atenção primária à saúde e medicina da família. Nestas interfaces, destacamos o conceito de competência cultural como resposta às diversidades étnicas e culturais das sociedades atuais e que busca fazer com que os cuidados e estratégias de atenção à saúde sejam interpretados de forma a minimizar barreiras socioculturais, por ressaltar que as crenças e práticas de tratamento e prevenção das diferentes comunidades devem ser consideradas, pois influenciam não só o acesso aos serviços de saúde, como também a adesão ao tratamento. (YOUNG, 1982; STARFIELD, 2002; BETANCOURT *et al.*, 2003; CALIFORNIA CHILDCARE HEALTH PROGRAM, 2004; COMMONWEALTH OF AUSTRALIA 2006; TARGA, 2010)

Define-se um sistema de saúde como culturalmente competente quando este reconhece e incorpora a cultura em todos os níveis, estando atento à dinâmica que resulta das diferenças, à expansão do conhecimento e à adaptação dos serviços para atender necessidades culturalmente únicas. É construído sobre uma consciência da integração e interação de crenças e comportamentos de saúde- doença. A competência cultural não se trata apenas de uma perícia técnica na qual os médicos podem ser treinados a atender melhor uma população e sim uma forma de entender como a cultura interfere na atenção à saúde. (BETANCOURT *et al.*, 2003; KLEINMAN E BENSON, 2006)

Nem sempre a melhor aplicação da evidência científica disponível produz o resultado esperado pelo médico, sendo necessário melhorar o desempenho das práticas de saúde frente a problemas complexos como a vida, adoecimento e morte. Como já destacamos, a visão biomédica atual reduz a compreensão do médico a uma visão causa-efeito, alijando-o do contexto cultural e social dos enfermos. Ainda não há profissionais preparados para criticar o modelo atual e estes permanecem

impregnados de um etnocentrismo que faz com que tomem sua própria cultura como referente, tendo uma missão civilizatória em relação aos doentes. Daí a importância da incorporação da competência cultural para a atenção primária à saúde. (STARFIELD, 2002; TARGA E OLIVEIRA, 2012)

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família, vinculada aos serviços de atenção primária, tem a competência cultural como um de seus eixos estruturantes. Baseia seu atendimento à população nos Agentes Comunitários da Saúde, indivíduos recrutados nas comunidades atendidas e, portanto, inseridos na cultura e realidade social local, compartilhando as crenças das pessoas que são por eles assistidas, sendo capazes de estabelecer mediações entre a prática biomédica e a população local.

Nos E.U.A. já existem vários programas de prevenção de doenças e de atenção à saúde que se utilizam do constructo competência cultural e que vem alcançando resultados satisfatórios. No Havaí, um programa realizado com base na cultura local em relação à alimentação, alcançou resultados significativos na melhora dos níveis de obesidade. (KAPUAOLAOKALANIAKEA, 2010). No Alabama, radionovelas foram desenvolvidas com base em aspectos culturais da comunidade hispânica local abordando questões relacionadas a riscos à saúde. (FRAZIER *et al.*, 2012)

Programas de saúde são pensados e realizados, por governos ou outras entidades, sob a perspectiva do modelo biomédico ocidental e partem do princípio que a informação que veiculam é importante e relevante por ser cientificamente validada. Outra premissa considerada por estes técnicos é que as pessoas possuem pouca ou nenhuma informação sobre o tema, estando ávidas por tê-las. Entretanto, o que os estudos antropológicos demonstram é bem diferente. As pessoas, inseridas em sua cultura dispõem de crenças e de um arsenal de informações e experiências relacionado à saúde e doença, que nem sempre encontra eco nestes programas. Além disto, a linguagem médica é interpretada segundo estes referentes e nem sempre aceita como verdade. Há vários exemplos que podem ser mencionados e que ilustram os limites estudados pela antropologia às práticas médicas.

Em estudo sobre os aspectos socioculturais da não adesão às vacinas entre os Baniwa, Alto Rio Negro, Brasil, notamos a incompreensão mútua entre os profissionais de saúde e os indígenas quando da realização de campanhas de vacinação. Os indígenas deste grupo não vêem a doença como um fenômeno individual e sim coletivo, advindo de uma desorganização do mundo cósmico. A causa última dos problemas de saúde é muito complexa e os indígenas creem que a vacina, enquanto introdução de uma simples substância no corpo, não pode, portanto, atingir a prevenção das doenças. Além do mais, a forma de trabalho das equipes de vacinação, em ritmo acelerado, com prazo para aplicação das vacinas devido à possibilidade de perda dos produtos imunobiológicos por questões de conservação, é chocante para este grupo. Estes, que possuem elaborados rituais de visitação, vêem a chegada da equipe de vacinação como uma descortesia e intromissão em seus assuntos. Por seu lado, as equipes de vacinação não conseguem entender o porquê da baixa adesão e do comportamento do grupo, o que gera conflitos. (GARNELO, 2011).

Em Burkina Faso, África, a vacinação possui ampla aceitação pela população, sendo um dos países africanos com maior cobertura vacinal do continente, chegando quase a 100% da população infantil. Ao ser este fato estudado por meio de pesquisa etnográfica, observou-se que, tradicionalmente, as mães levavam seus bebês a curandeiras herbalistas locais a fim de que estas procedessem à escarificação de seus corpos, ritual que tem como objetivo evitar doenças associadas ao enfraquecimento do sangue, causas de mortalidade infantil. Este enfraquecimento é evitado com a aplicação de ervas sobre os locais escarificados, a fim de que estas, entrando em contato com o sangue, o fortaleçam. Quando se iniciou a vacinação, a população local associou o ato da aplicação da vacina ao ato tradicional de escarificação, aceitando-o de pronto, por proporcionar, através de uma incisão na pele, a introdução de uma substância que iria prevenir doenças. (HELMAN,2009)

A OMS concebeu um projeto, no ano 2000, que buscava a prevenção da malária na Índia e tido como um trunfo da política de saúde da organização. Para atingir seu alvo, penso em fornecer mosquiteiros impregnados de inseticida à população para que esta os coloca-se em suas camas, diminuindo assim o número de

casos e de mortes. Entretanto, as pessoas mais atingidas pela doença eram as mulheres dos vilarejos das colinas, cuja pobreza e estilo de vida cultural, social e econômico fazia com que não só não tivessem camas, como passassem as noites ao ar livre vigiando os animais de outras pessoas. Do ponto de vista epidemiológico, o programa seria vantajoso e conseguiria reduzir o número de casos da doença, entretanto, aumentaria as condições de desigualdade destas populações frente à morte, excluindo ainda mais os já excluídos, os quais não usariam os mosquiteiros. (FRANKENBERG, 2003)

Vários antropólogos ao longo do século XX abordam as experiências de aflição, infortúnio, doença e morte, posto estes serem preocupações presentes em todas as culturas e repletas de significados. Entender as respostas a estes eventos, as relações da doença com o sagrado ou as formas de enfrentamento destes em diversas culturas e em diferentes contextos socioculturais e históricos, foram preocupações de muitos autores. Entre estes, Evans-Pritchard (2005), estudando os Azande, e Victor Turner (1974), os Ndembu. Estes demonstram a impossibilidade de tentar compreender as noções de saúde, cura e doença fora de um contexto cultural mais amplo, isto é, isolados das crenças religiosas e de organização social e política.

Turner (1974) demonstrou que tanto a religião quanto a saúde podem ser objeto de análise simbólica, sendo que, entre os Ndembu as crenças vinculadas às doenças, tensões culturais e relações sociais, bem como seus tratamentos, tinham eficácia simbólica. Pode-se definir símbolo como tudo o que é socialmente criado e que possui um significado, este nem sempre correspondente às características do fenômeno em si. É, portanto, arbitrário, daí diferentes povos atribuírem diversos valores e significados ao mesmo fenômeno. O símbolo é ainda transitório, isto é, muda de acordo com os arranjos sociais de cada época, constituindo em seu conjunto, a cultura. São ainda multivocais, ou seja, possuem múltiplos significados.

O estudo do significado segue com Geertz (1973), o qual pensa a cultura como uma teia de símbolos e significados que permitem ao indivíduo de um dado grupo interpretar sua experiência e guiar suas ações através *de* modelos *para* a construção de realidades sociais. Estas redes formam um tecido a ser lido, sendo papel do

antropólogo proceder a uma descrição densa do que as pessoas estão dizendo a partir da interpretação destes textos. A teia simbólica é centrada no indivíduo que a usa tanto para interpretar seu mundo quanto para agir. A cultura é, portanto, uma expressão da interação social, onde os atores comunicam e negociam significados.

O sistema de saúde nada mais é que um sistema de significados suportado por arranjos particulares de instituições e padrões de interação interpessoal, fornecendo ao indivíduo subsídios para a interpretação da sua doença e como agir em relação a ela. A doença, a partir deste enfoque, é vista como uma construção sociocultural, onde, primeiramente, o indivíduo internaliza e interpreta noções simbólicas ao contatar e interagir com o grupo com o qual convive. Após, passa a agir tanto segundo os significados grupais quanto por sua própria subjetividade e experiências. Esta subjetividade permite que, mesmo em grupos isolados, haja diferenças de comportamentos. Esta visão da cultura como percepção, ação, subjetividade e heterogeneidade permite uma nova visão do processo saúde–doença. (LANGDON, 2002)

Com base neste referencial teórico, Eisenberg (1977) estabeleceu a diferença entre doença–processo ou *disease* e doença–experiência ou *illness*. A primeira refere-se às anormalidades existentes em estruturas e órgãos e é a experiência da doença reinterpretada pelo corpo médico e de profissionais de saúde de acordo com seus modelos teóricos. Já a segunda, é a experiência subjetiva de mal–estar, perturbação, a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, categorizando–os, vivenciando–os, significando–os e buscando caminhos específicos de cura. Ambos, doentes e médicos, constroem significados e possuem culturas que interferem no processo de comunicação, assim, a utilização de serviços de saúde é sempre um encontro de duas visões de mundo.

A concepção biomédica parte do pressuposto fisiopatológico dos órgãos e sistemas do corpo e independe do reconhecimento ou percepção pelo indivíduo. Já *illness* traz o sofrimento, aflição, mal–estar individual, como o adoecido sofre, expressa e lida com sua doença. Desta forma, *illness* e *disease* nem sempre estabelecem uma relação direta, podendo haver uma sem haver a outra. *Illness* e *disease* são partes de

um sistema cultural e não devem ser entendidas isoladamente. (EISENBERG, 1977; KLEINMAN, 1980; ALMEIDA-FILHO, 2011)

A partir de episódios de doenças e seus tratamentos anteriormente realizados, surgem os denominados *explanatory models* – modelos explicativos ou explanatórios. Estes incorporam noções sobre o que é saúde e doença; a percepção, rotulagem e apresentação dos sintomas; o comportamento do doente; a comunicação médico-paciente; o tratamento; a cura e a avaliação da eficácia terapêutica. Permitem transformar a doença socialmente produzida em realidade clínica, incorporando a visão particular do que está errado, as expectativas sobre o tipo de tratamento e as metas para considerar um cuidado como efetivo. Há os modelos profissionais e os utilizados pelos adoecidos e suas famílias, ambos veiculando crenças, normas de conduta e expectativas. (KLEINMAN, 1978; 1980)

A cultura afeta cada um dos componentes dos modelos, sendo que esta influência não deve apenas ser pensada para minorias étnicas, mas sim no dia a dia do trabalho médico e nos tratamentos que ocorrem em nossa sociedade ocidental. Quando muito diferentes entre si, refletem bagagens culturais diversas e, quando em conflito, levam a não adesão ao tratamento, insatisfação, diagnósticos errados, tratamentos inapropriados e falta de cuidado. A explicação para o surgimento de conflitos entre o modelo biomédico e o modelo leigo surge da própria formação médica. Os médicos, formados dentro do paradigma biomédico, apenas reconhecem e tratam a *disease*, enquanto o adoecido busca alívio para a *illness*, ou seja, o significado pessoal dos problemas criados pela experiência da doença. Estas duas expectativas contrastantes levam ao conflito, nem sempre totalmente consciente. Quando diferentes modelos se chocam na prática clínica, deve ter início um processo de negociação, cada parte buscando seus argumentos para que haja um consenso. (KLEINMAN, 1978; 1980; OLIVEIRA, 2002)

Outra abordagem ao processo de adoecer é dada por Byron Good (1977; 1994). Para este, as doenças não são simples entidades naturais e sim produtos dinâmicos de relações estabelecidas entre as pessoas e seu meio ambiente cultural e social, em parte obra da natureza e em parte a rotulagem cultural que a pessoa aplica

a esta condição. São construções teóricas específicas de uma dada época histórica. O autor vê as doenças como sistemas abertos e propõe o modelo de análise de redes semânticas. O significado da categoria doença não representa apenas um conjunto de sintomas e sim uma *síndrome de experiências típicas*, um conjunto de palavras, experiências e sentimentos que tipicamente ocorrem juntos para os membros de uma dada sociedade, associando-se a redes de significação e interação dentro de cada grupo social e na sociedade como um todo. Daí a multiplicidade de modelos existentes. Toda prática terapêutica é interpretativa, um constante trabalho de decodificação e negociação entre diferentes sistemas semânticos.

Allan Young (1982) analisando os trabalhos de Kleinman, Good e seus seguidores refere que há uma ambiguidade na utilização do termo *modelos explanatórios* por estes autores. Ora os modelos são tratados como categorias analíticas para o estudo do processo de adoecer e as transações realizadas entre pacientes e profissionais da saúde; ora são metodologias pedagógicas para ensinar aos profissionais da saúde como identificar limitações do modelo biomédico, ou, ainda, são instrumentos clínicos utilizados para determinar prioridades e preocupações dos pacientes, explorando a não adesão, alianças terapêuticas, avaliação do tratamento e métodos para manejo terapêutico.

Para o autor, estes modelos são as três características simultaneamente: um modelo voltado para a prática médica e não para o entendimento do processo de adoecer. Afirma que a doença é um processo de socialização onde as representações sobre a enfermidade estão inseridas em uma ordem social fruto da ideologia, produtos das condições sociais de produção do conhecimento. Assim, além de *disease* e *illness*, haveria *sickness* como o processo social através do qual perturbações e sinais biológicos, particularmente os originários da *disease*, recebem significados socialmente aceitáveis, isto é, tornam-se sintomas socialmente significativos. Cada cultura tem regras para a tradução de sinais em sintomas, para a ligação de sintomatologias e etiologias. Esta tradução nada mais é que um processo de neutralização a serviço da classe social hegemônica: a medicalização. Através desta última descaracterizam-se as dimensões sociais, políticas e históricas, reduzindo a doença a um processo

individual isolado. Como exemplo, o autor cita que em determinadas sociedades um conjunto de sinais e sintomas pode representar *sickness*, mas, os serviços de saúde não são igualmente disponíveis a todos os pacientes de uma dada população. Nestas condições, *disease* e *illness* são socializadas em arranjos que determinam quem será atendido e por quais intervenções. (*ibidem*)

Há casos nos quais a *disease* não é ainda *illness*, como quando há campanhas preventivas que detectam precocemente as primeiras. Nestes casos há inversão do processo tradicional da medicina ocidental curativa, caracterizado pelos passos sentir-se mal, envolver os médicos na confirmação do quadro e criação da *sickness* ou legitimação social. A Medicina Preventiva produz um grande desconforto na classe médica, pois inverte o citado processo, desencadeando primeiro a *sickness*. (FRANKENBERG, 1980)

Apesar das críticas e limitações, as concepções de *disease* e *illness* formuladas por Eisenberg ainda permanecem como categorias centrais, contrapondo-se à visão biomédica da doença enquanto universal e invariante no tempo e no espaço, como algo solto no espaço, esperando ser descoberto pelos cientistas. (CONRAD E BARKER, 2010) Estas categorias “*tem o mérito de realçar a dialética entre natureza e cultura, incluindo nas dimensões do fato biofísico as manifestações culturais e as necessárias interfaces sociopsicológicas.*” (ANDRADE E COSTA, 2010, p. 503).

Para Laplantine (2010), a medicina é o encontro de dois campos de conhecimento e significado: o campo do doente caracterizado “*pelo sofrimento e consciência da experiência mórbida com seus componentes irracionais de angústia e esperança*” (*op. cit.*, p. 13) e o campo do médico com seus enunciados socialmente legítimos e que recusa uma parte da experiência do doente em nome do conhecimento científico. Uma de suas preocupações é relacionada aos conflitos existentes entre dois polos: *a doença na terceira pessoa*, constituído pelo conhecimento médico objetivo, e *doença na primeira pessoa*, o estudo da subjetividade do paciente, processos que fazem com que a pessoa se sinta mal ou

não. Em uma aproximação, pode-se considerar o conceito de Laplantine de *doença na primeira pessoa* como *illness* e a *doença na terceira pessoa*, *disease*.

O autor destaca ser a *ideia de doença* e de cura um processo vivenciado e que o médico, além do conhecimento técnico, tem também uma noção não biomédica da saúde e da doença, daí não ser totalmente neutro, pois também possui representações. As sociedades apresentam um pluralismo de etiologias e terapias, onde coexistem a medicina oficial, formada por várias medicinas, e a paralela. Há sistemas e subsistemas médicos dominantes; sistemas médicos dominados que tendem a serem anexados aos primeiros, e sistemas rejeitados. Nos modelos biomédicos predominam a etiologia psico-química e estes existem tanto entre os profissionais da saúde quanto na população, sendo o modelo epistemológico dominante. (*ibidem*)

Desta forma, o estudo antropológico sobre a e a doença vem vivenciando uma apropriação de novas interpretações com multiplicação dos campos de trabalho, sempre em busca da transdisciplinaridade. Não mais enxerga a biomedicina como um monólito nem romanceia as culturas não ocidentais, mas destaca as análises dos aspectos biopolíticos como fundamentais. Como novos campos de estudo, apontam as questões relacionadas à biotecnologia e da biociência e aos idosos, por seu imenso interesse político e relevância, além da colaboração com programas nacionais e internacionais na área da saúde, principalmente no que tange às intervenções culturalmente adaptadas dentro do campo da saúde pública. (BIBEAU *et al.* 2012; FERREIRA, 2012; FARMER E CASTRO, 2012; LOCK, 2012)

Para Eisenberger (1977) o novo perfil de morbidade caracterizado pelos distúrbios funcionais e doenças crônicas não é responsivo apenas à incorporação tecnológica, impondo novas formas de pensar a atenção em saúde. Tendo em vista a crescente prevalência destas condições, os estudos antropológicos sobre o tema têm aumentado, pois o modelo biomédico vigente tem sido incapaz de assistir a estes doentes.

Utilizar categorias como *disease*, *illness* e *sickness* pode permitir um distanciamento da postura medicocêntrica, pois ao apreender os modelos explicativos

dos indivíduos adoecidos, admite-se uma aproximação entre duas visões, que não são assim tão distintas, já que todos, médicos e doentes, compartilham cultura. Ouvir narrativas de enfermos é um exercício que se perde durante o treinamento tanto do médico quanto dos demais profissionais de saúde, já que o modelo hegemônico impõe um roteiro a ser seguido por cada profissão: ouve-se apenas o que este roteiro, a anamnese, permite.

Escutar atentamente a narrativa dos adoecidos, além da clássica anamnese, permite a construção de uma história muito mais completa e significativa, incluindo os não-ditos, a linguagem não verbal e as estratégias de gestão da doença praticadas pelos doentes. Esta escuta leva à construção de um consenso entre diferentes modelos explicativos, o que favorece não apenas a adesão ao tratamento, mas o empoderamento das pessoas, tornando o cuidado muito mais aparente. Entender que tanto as medicinas quanto o adoecimento são frutos de uma construção histórico-cultural, pode auxiliar, portanto, na construção do cuidado.

Desde os tempos antigos o papel do curador é propiciar alívio para o sofrimento humano, não apenas físico, mas reintegrando-o ao seu universo cultural e social. Há várias explicações para o adoecer, mas é quem sofre que experimenta sensações, as legitima em seu grupo familiar e social e procura um curador para que o reconheça como doente, o acolha e o cuide.

Boff (2008) destaca que o cuidado pode inspirar uma nova forma de relacionamento entre os homens e destes com a natureza, uma nova definição do ser humano e de sua missão. Menciona duas origens filológicas para a palavra cuidado, tanto deriva do latim *coera* quanto de *cogitatus*. No primeiro sentido, é palavra usada no contexto das relações de amor e amizade, expressando a atitude de desvelo, preocupação, inquietação pelo outro. No segundo, significa cura, isto é, ter interesse, pensar no outro, ter atenção. Destarte, o cuidado surge quando algo ou alguém tem importância para nós e pressupõe dedicação, disponibilidade, acolhimento e responsabilidade para com o ente cuidado. Cuidado é um modo de ser-no-mundo, fundamento ontológico do ser humano, através do qual do qual este constrói sua identidade através de duas dimensões: trabalho e cuidado.

O trabalho é um modo-de-ser consciente, um projeto, que prevaleceu nas sociedades modernas como fruto da razão analítico-instrumental que exige objetividade e certo distanciamento da realidade a fim de estudá-la e dominá-la, coisificando-a. Este projeto é eminentemente antropocêntrico, sendo que as coisas só têm sentido quando podem satisfazer ao homem. O cuidado, a razão cordial, para o qual não há objetos e sim sujeitos, exclui a relação de domínio, optando pela convivência, pela alteridade, reciprocidade e complementaridade. Estes modos de ser-no-mundo não são excludentes e sim complementares. Como o trabalho predomina nas sociedades modernas, o cuidado é visto como um obstáculo às relações de poder e, portanto, inferiorizado. (*ibidem*)

Boff (2008) e Ayres (2009), para demonstrar como o cuidado é essencial à natureza e existência humanas, citam que Heidegger utiliza a fábula grega escrita por Higino. Nesta, Cuidado dá forma a um pedaço de barro encontrado próximo ao leito de um rio e pede a Júpiter que lhe dê vida. Este assim o faz, mas cria-se um impasse quando é preciso dar nome à criatura: Cuidado argumenta ser o criador, Júpiter quem lhe deu o espírito e Gaia quem forneceu a matéria. Chamado à mediação, Saturno decide que Júpiter poderá ficar com o espírito da criatura após a morte, por ter lhe dado a vida; Gaia receberá o corpo da criatura quando sua morte, por ter lhe fornecido a matéria; Cuidado, por tê-lo forjado, deverá responsabilizar-se, cuidando da criatura quando em vida. Saturno, por fim, dá à criatura o nome de Homem, por vir do húmus fértil.

Daí a ontologia do cuidado enquanto ser-no-mundo, mais que estar-no-mundo, expressa preocupação para com o outro, uma preocupação para fora de si caracterizada por uma ação: cuidar. Implica em empatia, tolerância, respeito e exige a criação de vínculos entre os usuários dos serviços de saúde e os trabalhadores do sistema, incluindo respeito, responsabilização, interação, envolvimento, relacionamento, acolhimento e escuta do sujeito.

Cuidado, na área da saúde, busca pensar a atenção de forma integral, respeitando as diferenças individuais dos sujeitos, suas relações culturais, suas necessidades específicas. Destarte, a falta de cuidado, o descaso, o abandono podem

agravar o sofrimento dos enfermos e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento. O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar lesões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor com sua totalidade e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas. (MADEL, 2003; AYRES, 2009; MENDES, 2009)

Por integralidade em saúde entende-se uma tentativa de desfragmentação do ser humano, fragmentado pela visão biomédica. Quando atendidos, os pacientes passam por diferentes especialistas, cada um vendo apenas a parte do corpo para a qual recebeu formação enquanto curador. Estes especialistas nem sempre conversam entre si, nem todos se responsabilizam pelo tratamento da enfermidade, tratando doenças e não doentes, como já abordamos anteriormente e bem explicitado por Foucault. Assim, o atendimento integral pressupõe trocas de saberes entre diferentes disciplinas a fim de totalizar a visão do doente. A atenção integral é, portanto, uma prática baseada na interdisciplinaridade.

Disciplinas representam uma maneira de selecionar conhecimentos de forma ordenada. A organização disciplinar surge no século XIX e se desenvolve, na área da medicina e das demais profissões da saúde ocidentais, com base no método científico moderno. Não há como negar os avanços proporcionados pelo ensino disciplinar e suas áreas hiperespecializadas, mas, como já mencionamos, a hiperespecialização trouxe consigo a fragmentação do conhecimento. Como destaca Batista (2005), a partir de 1970 as fronteiras disciplinares foram questionadas pela própria complexidade da realidade, surgindo, como contraposição, a noção de interdisciplinaridade. Esta ocorre quando há interação entre duas ou mais disciplinas que, quando em contato, se modificam, passando a depender umas das outras, levando a um enriquecimento recíproco e à transformação. Desta forma, para a construção da interdisciplinaridade haveria diferentes passos, iniciando-se pelo processo multidisciplinar, onde os saberes comuns apenas se justapõem; após passa-

se ao processo da pluridisciplinaridade, onde as disciplinas, além de sobrepor seus elementos comuns, buscam relacioná-los. Na transdisciplinaridade desapareceriam os limites entre as diversas disciplinas, surgindo uma nova, que pressupõe atitudes tais como conhecer mais e melhor, compartilhar, reciprocidade, dialógicas, humildade, entre outras.

Raynaut (2002) destaca que a fragmentação não consegue dar respostas aos problemas da vida real. Pode perfeitamente ser aplicada a um doente no hospital, onde a pessoa pode ser reduzida a um corpo manipulável e tratável, mas, uma vez que esta pessoa se restabeleça e retorne ao seu ambiente, não bastarão técnicas médicas para manter seu estado de saúde, pois as condições materiais de sua existência passarão a agir. O autor ressalta que ante estes fatos, várias tentativas estão sendo feitas com a finalidade de superar a fragmentação através da interdisciplinaridade, a qual depende tanto da competência de cada especialista em sua área, quanto da tomada de consciência de seus limites, sendo também um exercício de autoconhecimento.

Cuidar é, portanto, muito mais que curar, resgatando o que Gadamer (2011) denomina como arte, retomando o mito de Quíron e colocando-se junto ao adoecido, procurando entender suas crenças, angústias, experiências, expectativas, necessidades. Trata-se de não perceber o doente apenas como um desvio do padrão, um caso, uma estatística, mas como um ser humano, reconhecendo as relações de poder e a medicalização que se colocam no ato da atenção à saúde, buscando superá-las, permitindo autonomia ao indivíduo doente.

Como visto, apesar da antropologia da saúde ser um campo relativamente recente, várias tendências e modelos teóricos fazem parte de seu cotidiano. Algumas linhas de pensamento enfatizam mais o biopoder e as relações nas quais a biomedicina se faz presente como forma de domesticação dos corpos e manutenção da estrutura econômica e social vigente como parte da ideologia. A doença é social e culturalmente produzida a partir do exercício deste poder e das condições materiais de existência historicamente determinadas, sendo a prática médica uma das formas de reprodução ideológica. Outras destacam mais o indivíduo e suas experiências de

sofrimento na tentativa de transformar as práticas médicas incorporando saberes outros que aproximem o médico da *illness*. Estudando modelos explanatórios e compreendendo-os, ressaltam a necessidade de atingir a humanização da biomedicina.

As DCNT e o envelhecimento populacional impõem novas formas de atenção à saúde, incorporando o cuidado, a escuta atenta, o vínculo com o doente, a empatia, e não apenas o tratamento de um órgão ou doença. Para esta nova realidade epidemiológica, o modelo atual de formação e prática dos profissionais de saúde, em especial os médicos, tem sido insuficiente para o atendimento das necessidades destes adoecidos. O modelo biomédico flexneriano e a medicalização impõe restrições ao pensar a integralidade da atenção, priorizando a unicausalidade, a não individualização da atenção e a visão fragmentadora e altamente especializada. Esta visão perpassa não apenas a formação dos profissionais de saúde, mas a forma como os diferentes sistemas de saúde estão constituídos e são gerenciados. Mudar este paradigma é um desafio atual e necessário e uma das formas de realizá-la pode ser obtida com a incorporação da experiência de quem padece, entendendo-se o adoecer como um processo construído na cultura, influenciado pelas condições sociais e econômicas e que varia segundo o período histórico.

OBJETIVOS

5. Objetivos

Esta pesquisa tem como objetivos:

5.1. Perceber o modelo explicativo e o itinerário terapêutico de um grupo de doentes acometidos por afecções crônicas assistidos por programas de gerenciamento de doenças realizados por operadoras de planos de saúde;

5.2. Apreender estratégias de cuidar de si próprias ao grupo e que se inter-relacionam com seu modelo explicativo.

METODOLOGIA

6. Metodologia

A fim de atingir os objetivos a que se propôs esta pesquisa, optamos por utilizar metodologia qualitativa realizada mediante entrevistas com um grupo de indivíduos que possuem em comum a característica de terem uma ou mais doença crônica e que participam de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças os mais diversos, porém todos estes relacionados a planos de saúde. O porquê destas escolhas será detalhado a seguir.

Preferimos o método qualitativo por permitir mostrar a complexidade da vida humana, compreendendo-se os significados que os indivíduos atribuem a suas experiências, seus atos, suas decisões.

Segundo Santos (2003) a pesquisa qualitativa se caracteriza:

(...) pelo reconhecimento da existência de múltiplas realidades, pela busca do entendimento dos fenômenos estudados, pela certeza de que ninguém mais sabe mais sobre o fenômeno estudado do que o próprio sujeito que o vivencia, pela necessidade da pesquisa ser conduzida sem que interfira no contexto natural, pela certeza que o pesquisador é parte integrante do processo de pesquisa, e pela busca de um adequado conhecimento do fenômeno, de tal forma que se possa relatá-lo cientificamente, mas enriquecido com os depoimentos dos participantes. (*op. cit.*, p. 31)

O fato de utilizar a pesquisa qualitativa não faz com que não existam exigências e critérios que a regulem, tais como a delimitação clara do problema, sua inserção em um quadro teórico de referência e a coleta e análise escrupulosa de dados. (SANTAELLA, 2001; MINAYO, 2013). A construção formal deste tipo de estudo implica em detalhar a sua relevância, a adequação dos procedimentos de amostragem e seleção dos participantes, a forma de coleta dos dados, o papel do pesquisador, a apresentação dos resultados e o respeito às diretrizes éticas. (GOMES *et al.*, 2014)

Há varias formas de realizar este tipo de pesquisa, mas neste trabalho preferimos utilizar entrevista aberta, onde o informante pode discorrer sobre o tema livremente, sendo as perguntas do investigador dirigidas apenas para dar mais profundidade às reflexões. (MINAYO, 2008)

Mediante entrevistas, buscamos apreender os modos de vida e recriar crenças, conhecimentos populares, comportamentos de grupos ou comunidades, permitindo a descrição e análise da cultura inserida nos processos sociais. A interação direta com as pessoas em seu cotidiano permite decifrar não apenas o que está na superfície, mas a realidade simbólica que permite ao adoecido atribuir significados a partir de sua experiência individual e de normas sociais e culturais do seu grupo. (OLIVEIRA, 2002).

Especificamente na área da saúde, conhecer as significações dos processos saúde–doença é de fundamental importância para *“melhorar a qualidade da relação profissional–paciente–família–instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.”* (TURATO, 2005, p. 4)

Ressalva ainda Minayo (2008) que o pesquisador, quando utiliza abordagem qualitativa, emprega uma *práxis* compreensiva e não uma soma de depoimentos, o que torna o número de entrevistas irrelevante, já que os significados podem ser apreendidos de apenas um ou poucos interlocutores.

A relevância deste estudo deriva não apenas do fato de não existirem pesquisas semelhantes realizadas com grupos como o escolhido nesta pesquisa, mas, cremos que será mais bem compreendida quando da explanação sobre a contextualização dos programas de prevenção de doenças e o porquê da escolha de trabalhar com um grupo de doentes a estes vinculados, o que será feito a seguir. Após, descreve-se a formação do grupo e os procedimentos metodológicos para coleta e análise dos dados.

6.1. Contextualização do grupo

Optamos por convidar indivíduos com diagnóstico médico prévio confirmado, que já se encontravam em tratamento e que vinham sendo acompanhados por programas de gerenciamento de doenças crônicas, GDC. Esta escolha teve por base o pressuposto, fundamentado na literatura médica, que estes enfermos deveriam estar conhecendo as doenças que os acometem com um grau de informação suficiente que permitisse a adesão plena ao tratamento prescrito por todos os profissionais de saúde que os acompanham. Desta forma, é esperado que o grupo tenha aderência à terapêutica alimentar, à cessação do hábito de fumar e do consumo de álcool e à realização de atividade física. (OMS, 2003; COULTER E ELLINS, 2007; UNIMED, 2008)

Como se tratam de pessoas vinculadas a planos de saúde, portanto de estratos socioeconômicos mais elevados, deveriam apresentar pouca ou nenhuma distância entre o modelo explicativo que creditam às suas enfermidades com o modelo biomédico, pois, segundo a literatura médica hegemônica, preencheriam os quesitos de informação, renda, educação e acessibilidade ao sistema de saúde que os transformaria em pacientes ideais e aderentes à terapêutica. (CONCONE, 2003; OMS, 2003; UNIMED, 2008)

Programas de gerenciamento de doenças, GDC, são realizados no Brasil pelas operadoras de convênios médicos, empresas que fazem parte do setor de saúde suplementar. A Lei 9656 de 1998 define plano privado de assistência à saúde como sendo a prestação continuada ou a cobertura de custos assistenciais por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir ao consumidor a assistência à saúde, na área médico-hospitalar ou odontológica.

Estes planos são comercializados por empresas denominadas pela referida lei como operadoras de planos ou de saúde, OPS, ou de planos odontológicos, conforme o produto que negociam. A lei prevê diferentes modalidades de OPS, definidas segundo a forma de gestão e estrutura organizacional. Assim, medicina de grupo é modalidade na qual existe uma empresa intermediadora de serviços de saúde que

recebe um valor pré-fixado mensal independentemente da utilização ou não de serviços. Este pagamento é realizado à medicina de grupo diretamente por uma empresa, por um indivíduo ou por uma família, e esta, por sua vez, remunera aos prestadores de serviço conforme haja utilização de seus préstimos. (MANSO, 2009)

Outra modalidade constitui-se pelas denominadas autogestões, caracterizadas por vincular um grupo pré-estabelecido e fechado de pessoas, cuja ligação ao convênio médico decorre de vínculo a um mesmo setor industrial ou a uma mesma empresa. Seguradora de saúde é forma de organização das OPS nas quais ocorre intermediação financeira de uma empresa seguradora, onde o consumidor tem livre escolha de serviços, pagando diretamente por estes e sendo posteriormente reembolsado pela utilização. Por fim, cooperativas de trabalho médico são outro tipo de empresas intermediadoras, porém cujo conjunto de sócios-proprietários é formado por médicos, os quais também prestam serviços, sendo, portanto, remunerados tanto pelos atos executados quanto por ocasião de cada encerramento de exercício mediante participação nos resultados. (MANSO, 2009)

Após a edição da Lei 9656, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS, órgão regulador vinculado ao Ministério da Saúde responsável por promover o interesse público na assistência suplementar à saúde. Para tanto, cria normas, controla e fiscaliza este mercado, não apenas no que tange às OPS, mas também regulamentando a relação das OPS com prestadores de serviços e consumidores. (ANS, 2013)

A agência vem discutindo, desde a época de sua criação, a forma como se organiza a atenção à saúde nas OPS, isto é, como se estabelecem e combinam recursos físicos, tecnológicos e humanos a fim de enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes em uma coletividade. Hoje a atenção à saúde neste segmento é caracterizada por ser centrada no médico e no hospital, atendendo apenas à demanda espontânea. As inovações tecnológicas são incorporadas acriticamente, mais como um diferencial para vendas. Focada apenas em procedimentos curativos, muito pouca atenção é dada à promoção da saúde e prevenção de doenças. (ANS, 2007)

Em 2005, na tentativa de reverter este modelo de atenção, a ANS editou uma resolução obrigando as OPS a oferecerem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pautados em linhas de cuidado e na integralidade da atenção. Estes programas devem ser fundamentados no perfil de morbimortalidade da população, nas transições demográfica e epidemiológica, na elevação dos custos da assistência à saúde e no potencial impacto das ações de promoção e prevenção. (ANS, 2007).

Hoje em dia, a maioria das OPS possui algum tipo de programa voltado para a educação em saúde e/ou prevenção de doenças crônicas. A ANS, em análise destes programas, destaca que estes se concentram em doenças como diabetes, hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, e em fatores de risco tais como alimentação, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, tendo como escopo a prevenção de complicações advindas das doenças já instaladas. (ANS, 2008)

Para a ANS, um programa de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças é aquele que possui uma série de atividades ordenadas e sistematizadas, tanto para o controle de enfermidades, como para a sua prevenção. Pode ser direcionado a toda a população de clientes ou a uma parte desta, selecionada de acordo com um perfil epidemiológico conhecido. O programa deve ser multiprofissional, acessível e ter qualidade adequada. A população, por sua vez, necessita aceitar o programa e utilizá-lo, o que resultará em uma dada cobertura que, uma vez alcançada, produzirá um impacto sobre um comportamento ou sobre a saúde. O programa deve utilizar indicadores de saúde aceitos universalmente, com o objetivo tanto de direcionar o planejamento das ações programáticas quanto de avaliar e monitorar o estado de saúde da população coberta pelo programa em um período de tempo definido. A fim de realizar estes programas e atender às normas da ANS, as OPS têm utilizado como metodologia principal o denominado Gerenciamento de Doenças, GD, ou Gerenciamento de Doenças Crônicas, GDC. (ANS, 2012; SIDOROV, 2012)

Esta abordagem surge em 1990, nos E.U.A. como uma solução que busca tanto manter a qualidade da atenção à saúde quanto controlar os custos da

assistência e pauta-se por ser um plano de ações de prevenção baseadas em protocolos construídos a partir de evidências científicas, associado a estratégias motivacionais e avaliação contínua de indicadores. São realizados, principalmente, na forma de abordagens telefônicas e/ou presenciais feitas preferencialmente por enfermeiros, que tentam motivar o paciente a colaborar na gestão de sua condição crônica através do aumento das informações que ele dispõe e de seu nível de confiança, obtendo-se desta forma a adesão plena ao tratamento. O foco é a prevenção de complicações potenciais das doenças crônicas. (SIDOROV, 2012).

Os programas de GDC pautam-se no estímulo à adesão ao tratamento com base na educação em saúde e estímulo ao autocuidado. As pessoas que deles participam recebem periodicamente informações sobre o que é sua doença, quais as complicações que dela podem advir e como tomar a medicação de forma correta. São ainda orientados sobre o tipo de alimentação mais adequado à sua condição, à importância do exercício físico, a realização de exames preventivos, à proteção específica para determinada doença, entre outros.

A informação à saúde é fornecida nestes programas de várias formas, desde folhetos impressos à informações na internet e campanhas de mídia. Programas de autogestão do cuidado presenciais ou via computador, programas de telemedicina, programas de farmacovigilância e de estímulo à adesão de medicamentos, programas para auxílio à cessação do hábito de fumar, entre outros, também se encontram disponíveis. Todos visam capacitar o indivíduo, através de informações, a buscar a melhor alternativa para seu tratamento em conjunto com os profissionais de saúde, melhorando a adesão mediante um processo de capacitação e conscientização. (COULTER E ELLINS, 2007)

Estes programas têm mostrado resultados positivos para o controle de algumas condições crônicas, principalmente o diabetes e, em menor grau, para a hipertensão arterial. (PIMOUGUET *et al.*, 2011; ROBBINS, 2011; TSAI *et al.*, 2011). Porém, a cessação do hábito de fumar, a diminuição do sedentarismo, a adesão à alimentação saudável e o uso correto da medicação ou não acontecem ou acontecem apenas parcialmente. (CHOR, 1999; MANSO *et al.*, 2014a;b)

Uma das explicações para que os programas de GDC não atinjam melhores resultados pode ser dada pela própria forma como são implantados na maioria das OPS, desvinculando-se do atendimento integral à saúde, não existindo interrelação com as demais ações e profissionais envolvidos na atenção ao enfermo e, em algumas ocasiões, são mal vistos pelos próprios médicos que creem que interferem na relação entre médico e paciente. Preponderantemente são realizados no Brasil por outras empresas que não as próprias OPS existindo, portanto, uma relação comercial que demanda cumprimento de metas e obrigações contratuais nem sempre condizentes com a situação de adoecimento do grupo que fará parte do programa. Nem sempre esta relação comercial prevê atendimento por equipe multidisciplinar e, às vezes, há apenas o seguimento telefônico. A seleção dos participantes quase sempre se relaciona a critérios atuariais de custo, os quais desconhecem as especificidades dos adoecidos e suas famílias.

A ANS (2012) analisando estes programas das operadoras brasileiras frisa que, grosso modo, são realizados de maneira padronizada, não considerando especificidades, por exemplo, relacionadas à idade, apesar da maioria dos assistidos ser composta por idosos.

Ainda há divergências sobre se estes programas atingem o real empoderamento do doente enquanto um processo de capacitação crítica para que este possa tomar parte do seu plano terapêutico de maneira autônoma. Fernandes e Westphal (2012) e Ribeiro *et al.* (2011), em revisão sobre o tema, ressaltam que os indivíduos não são tratados como sujeitos e sim como o hipertenso, o diabético, etc., em uma atitude etnocêntrica e estereotipada. Ocorre frequentemente a culpabilização dos sujeitos pela sua doença e os profissionais assumem uma atitude prescritiva, tratando os enfermos como incapacitados para agir e tomar decisões corretas. A razão por trás destes programas é a razão instrumental, onde a competência técnica-científica sobressai, traduzindo-se em mais uma relação econômica vinculada à mercadoria saúde.

Os participantes destes programas são usuários de planos de saúde e, portanto, possuem condições sociais e econômicas diferenciadas em relação à maioria

da população. Segundo o modelo biomédico, estas características de renda, nível socioeconômico, acesso a serviços e instrução, somadas às informações transmitidas pelos programas de GDC, constituem condições ideais para a plena adesão ao tratamento, o que constituiria uma situação paradoxal, já que os resultados encontrados não são tão efetivos. (UNIMED, 2008)

O porquê da não adesão ao tratamento entre estes participantes é que despertou esta pesquisa e gerou a hipótese, que já apresentamos, de que o itinerário terapêutico destes enfermos, gerado e inscrito na cultura, origina-se de um modelo explicativo do processo de adoecer mais amplo do que o modelo hegemônico. Estes adoecidos apresentariam assim estratégias de cuidar de si próprias, como parte deste modelo dito leigo, que faz com que convivam e gerenciem seu tratamento tanto dentro quanto à revelia do modelo predominante. Estas estratégias de gestão do tratamento são consideradas pelo modelo biomédico como falhas de adesão, apesar de propiciarem alívio aos adoecidos.

6.2. Seleção dos participantes

Com vistas a compor o grupo a ser pesquisado, entramos em contato com uma das maiores empresas que presta serviços para várias OPS oferecendo programas de GDC no Brasil. Esclarecemos a intenção da pesquisa e sua metodologia e obtivemos autorização para realizar este estudo com os indivíduos que esta empresa acompanha.

Esta prestadora de serviços apresenta hoje em sua carteira de clientes aproximadamente 20.000 pessoas que apresentam uma ou mais afecções crônicas e que se encontram espalhadas por todo o Brasil. São indivíduos sem déficits cognitivos, de maneira geral ainda ativos no mercado de trabalho e que são acompanhados por enfermeiras tanto por via telefônica quanto de forma presencial, mediante visitas domiciliares mensais. Quando estas enfermeiras creem ser necessária a ajuda de outros profissionais, o assistido pode vir a receber visitas de

nutricionistas, educadores físicos e outros profissionais de saúde conforme o caso. Os contatos telefônicos e as visitas buscam, como anteriormente apontamos, informar a pessoa sobre o que é sua doença e como tratá-la, bem como estimulá-las a modificar comportamentos tais como alimentação inadequada, hábito de fumar e de consumir álcool, importância da realização de atividade física, importância do acompanhamento médico, de realização de exames preventivos, entre outros.

Paralelamente, foi contatada uma OPS que realiza com equipe própria um destes programas com clientes de sua carteira. Novamente esclarecemos o porquê da pesquisa e obtivemos autorização. Este programa possui abrangência geográfica no município de São Paulo e inclui, além da visita das enfermeiras ao domicílio, palestras educacionais sobre as doenças crônicas, seus tratamentos e prevenção de riscos e doenças. Há ainda a realização de oficinas temáticas sobre nutrição e grupos de atividade física voltados para a terceira idade.

Escolhemos estes programas por seguirem todos os critérios, metodologia e recomendações, tanto da ANS quanto internacionais, para realização destes, critérios estes anteriormente detalhados.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da PUC conforme pede a Resolução 196/96, tendo sido aprovada sua realização pelo Protocolo de número 219 de setembro de 2011. Somente após esta autorização, iniciamos a etapa seguinte.

O primeiro desafio desta pesquisa foi selecionar uma amostra que ao mesmo tempo em que fosse representativa, permitisse a realização das entrevistas. Como já citado, o tamanho da amostra na pesquisa qualitativa não é tão relevante, daí foram escolhidas aleatoriamente, através de sorteio, pessoas residentes nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, onde se encontra a maioria dos assistidos pelos programas escolhidos.

Dos potenciais informantes acompanhados pelo programa da empresa terceirizada, 12 tinham seu domicílio na cidade de São Paulo, escolhida para início das entrevistas. Destes, após contato telefônico inicial para explicar a pesquisa, somente 8 pessoas concordaram em participar, sendo o principal motivo de recusa

relacionado ao fato de terem compromissos de trabalho e não terem agenda disponível. Foi então realizado novo sorteio, desta vez com maior número de pessoas: 20, dos quais 14 aceitaram participar e 10 recusaram, pelos mesmos motivos anteriormente descritos. Destas 22 pessoas, uma recusou-se a participar ao saber que a entrevista seria gravada. Na cidade do Rio de Janeiro, foram sorteadas 11 pessoas, sendo que, destas 8 anuíram em participar da pesquisa. Quanto ao programa próprio da OPS, foram sorteadas inicialmente 20 pessoas, todas moradoras no município de São Paulo, das quais 12 aceitaram participar. Totalizamos, assim, 41 informantes.

6.3. Coleta dos dados

A primeira conversa com os indivíduos sorteados, independentemente do programa, foi realizada via telefone por um enfermeiro que já tinha contato anterior com estas pessoas. Assim, explicamos o porquê da pesquisa e verificamos a disponibilidade das pessoas em participar da entrevista. Após o aceite, lemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso o indivíduo, após a explicação inicial e leitura, aceitasse participar do estudo, ocorria a anuência por escrito ao termo quando da realização da primeira entrevista. As entrevistas foram gravadas, posteriormente salvas e transcritas em computador próprio da pesquisadora.

As entrevistas presenciais foram realizadas pela pesquisadora ao longo dos anos de 2012 e 2013. A média de entrevistas por informante variou, mas foram realizadas até o ponto de saturação, não de forma ininterrupta, mas dentro das possibilidades de todos e da necessidade de aprofundar questões relevantes para a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos doentes, mas em dois casos, o foram no ambiente de trabalho, fato que não trouxe prejuízos, pois utilizamos áreas reservadas das empresas. Não houve estranhamento advindo destes

procedimentos, pois os adoecidos recebem as visitas de enfermagem do programa nos mesmos espaços onde ocorreram os encontros com a pesquisadora.

Quando realizadas nas residências, em alguns casos houve participação de familiares, principalmente esposas, algumas das quais também acometidas por doenças crônicas e participantes dos programas. Destas, três, uma moradora da cidade do Rio de Janeiro e 2 residentes em São Paulo, solicitaram sua incorporação na pesquisa e acabaram tomando parte desta, apesar de não terem sido inicialmente sorteadas, mas por atenderem aos critérios de inclusão e por acreditarmos que estas contribuiriam para o conhecimento das crenças do grupo. Assim, terminou-se com 44 informantes.

Na primeira entrevista preenchemos um questionário com perguntas sobre idade, local de nascimento, ocupação, religião, renda, doença que apresenta e medicações que utiliza, e, a partir daí as entrevistas seguiram trajetórias próprias, tendo por base um roteiro guia, onde foram pesquisadas as concepções sobre o processo de adoecimento; quais tratamentos foram buscados a fim de obter alívio e cuidado e como estes participantes convivem com suas enfermidades.

Ainda como parte da coleta de dados foi observado um ritual de cura a pedido de uma entrevistada, com a finalidade de melhor entender determinados aspectos dos processos que serão descritos. Minayo (2008), citando Malinowski, destaca que ao observador cabe colocar-se no ponto de vista do grupo pesquisado com *“respeito, empatia e isenção, o mais íntima e intensamente possível (...) tendo abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e para sua cultura, lembrando-se que a interação social faz parte da condição e da situação de pesquisador.”* (op.cit., p. 277)

Utilizamos ainda anotações em um diário de campo com registros sobre impressões, leitura das linguagens não verbais e observações sobre a pesquisa que complementaram as informações obtidas.

6.4. Análise das informações

Analizamos as informações a partir das entrevistas gravadas e transcritas. Esta transcrição, feita pela pesquisadora, permitiu leituras e releituras flutuantes e verificar variações na voz e no tom desta, que, agregados às anotações de diário de campo, ajudaram na ordenação, classificação e análise das falas.

A leitura das transcrições foi realizada de forma exaustiva, o que permitiu apreender uma visão de conjunto e das particularidades, contribuindo na elaboração de pressupostos iniciais que ajudaram na análise. A partir daí escolhemos a classificação inicial, distribuimos os textos pelas categorias e realizamos nova leitura a fim de identificar os núcleos de sentido e reagrupá-los. Na sequência, elaboramos uma redação por tema, articulada com os conceitos teóricos, respondendo aos objetivos da pesquisa e buscando a lógica peculiar e interna do grupo, a descoberta de seus códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações. (MINAYO, 2008; 2013)

Como destaca Minayo (2013), o foco principal da pesquisa social é o conjunto de opiniões e representações sobre o tema que se investiga, portanto não é necessário transcrever todas as falas, já que, como são representativas de um grupo social, costumam ter pontos em comum, mas devemos considerar as divergências de opinião dentro de um mesmo grupo. Assim, nem todas as narrações serão apresentadas, apesar de terem sido analisadas e categorizadas. As falas foram então agrupadas em quatro categorias principais: Causas das Doenças; Diagnóstico da Doença; Itinerário Terapêutico e Convívio com a Doença. Esta última categoria, por ser extensa e apresentar vários núcleos, foi subdividida em: Gestão do Tratamento, Incapacidade e Dependência, Morte, Espiritualidade, Grupos de Apoio, Conhecimento sobre a Doença e Relação com os Profissionais de Saúde.

**RESULTADOS E
DISCUSSÃO**

7. Resultados e Discussão

Apesar dos entrevistados terem sido selecionados em dois programas de GDC diversos, de estarem vinculados a várias OPS diferentes e residirem em cidades diferentes, as narrativas permitiram a construção de um único grupo. A maioria das crenças, itinerários e comportamentos são compartilhadas por todos, e, como citado na metodologia, caso haja alguma discordância, esta será explicitada.

Inicialmente discutiremos as características sócio demográficas do grupo e a seguir apresentaremos e analisaremos as falas segundo as categorias encontradas.

7.1. Características sócio demográficas do grupo

Entrevistamos 44 pessoas, sendo que, destas, 35 (79%) residem na cidade de São Paulo e 9 (21%) na cidade do Rio de Janeiro. O grupo é composto por 26 (59%) mulheres e 18 (41%) homens.

A idade do grupo variou de 35 a 92 anos, com média de 65 anos de idade. As mulheres têm idades entre 35 e 92 anos e os homens, de 40 a 89 anos. Na Tabela 1 apresentamos a distribuição destes participantes segundo sexo e faixa etária. Pudemos observar que 69% do grupo é constituído por pessoas acima de 60 anos, portanto considerados idosos. Destes, 40% tem idade acima de 70 anos e 20% tem mais de 80 anos.

Faixa etária	Sexo					
	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
30-39	0	0	1	1	1	1
40-49	2	11	5	20	7	17
50-59	2	11	4	16	6	13
60-69	5	28	7	27	12	29
70-79	4	22	5	20	9	20
80 e mais	5	28	4	16	9	20
Total	18	100	26	100	44	100

Tabela 1: Distribuição do grupo segundo sexo e faixa etária, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

A composição etária dos beneficiários de planos de saúde no Brasil mostra-se mais envelhecida do que a população como um todo, sendo que a maior cobertura destes convênios é observada nas faixas etárias de 70 a 79 anos. Enquanto os idosos representam em torno de 10% da população total, dentre os que possuem planos de saúde este percentual alcança 11%, e quando se analisam carteiras de clientes de planos mais antigos, este percentual atinge 21%. Planos antigos são definidos pela Lei 9656/98 como aqueles adquiridos pelos consumidores anteriormente à edição da referida lei e que não apresentam o leque de coberturas assistenciais que a norma obriga. (KILSZTAJN *et al.*, 2003; LEITE, 2011)

Quando se observa a idade dos participantes desta pesquisa constatamos que a proporção de idosos é maior do que a descrita para a população vinculada a convênios médicos de maneira geral, alcançando 69%, com número expressivo de indivíduos acima de 70 anos de idade. Este fato pode ser atribuído à origem do próprio grupo, composta por portadores de DCNT vinculados a um programa de prevenção de doenças. Como a frequência destas doenças eleva-se conforme aumenta a idade, não é de se estranhar a proporção de idosos encontrada. Em estudos realizados com participantes deste tipo de programas vinculados a planos de saúde no Brasil,

observamos distribuição semelhante quanto ao sexo e faixa etária ao grupo ora pesquisado. (MANSO, 2009; MANSO E RIBEIRO, 2012; MANSO E GALERA, 2014b)

Quanto ao predomínio de mulheres entre os entrevistados, novamente pode ser explicada pela origem do grupo, já que a literatura destaca que o sexo feminino é mais propenso a participar de programas preventivos. As mulheres, de maneira geral, são menos tolerantes ao risco, principalmente as mais idosas, o que as levaria a procurar mais serviços de prevenção de doenças e de atenção à saúde, comportamento inverso ao encontrado para o sexo masculino. (LIMA-COSTA, 2004; GAVA E VIEIRA, 2011)

Estudos epidemiológicos demonstram ainda que a mulher, apesar de ter uma expectativa de vida maior do que o homem, é mais acometida por DCNT e incapacidades conforme aumenta a idade, caracterizando um envelhecer com mais sofrimento. Os homens idosos apresentam maior mortalidade, enquanto que as idosas sofrem mais com doenças incapacitantes e não letais como artrites e problemas digestivos, dentre outros. Estas diferenças de morbi-mortalidade entre os gêneros tornam distinta a demanda por serviços de saúde, tanto preventivos quanto curativos, sendo a procura sempre maior por pessoas do sexo feminino. (PINHEIRO *et al.*, 2002; MAIA *et al.*, 2006)

Outros fatores além da morbi-mortalidade e do comportamento frente ao risco afetam esta demanda maior de mulheres pelos serviços de saúde. O próprio papel cultural da mulher como mãe e cuidadora faz com que esta não apenas utilize mais os serviços de saúde como também os procure para o atendimento a seus filhos e familiares. Devemos ressaltar, entretanto, que o comportamento da mulher quanto aos riscos e forma de trabalho vem mudando progressivamente, o que pode vir a afetar este comportamento futuramente. (PINHEIRO *et al.*, 2002; MANSO 2009)

Ainda em relação ao número de mulheres encontrado no grupo pesquisado, percebemos que, entre os beneficiários de convênios médicos no Brasil, ocorre o predomínio de mulheres em todas as faixas etárias, exceto nas idades de 0 a 29 anos. Esta diferença entre os sexos torna-se maior conforme aumenta a idade e se acentua após os 60 anos. (LIMA- COSTA, 2004; ANS 2014)

Dos participantes, 25 (56%) são casados, 11 (26%) viúvos, três (7%) divorciados, três (7%) solteiros e dois (4%) vivem em união estável. Os homens do grupo são predominantemente casados, já as mulheres ou são viúvas ou solteiras. Esta distribuição segundo o estado civil encontrada no grupo é semelhante à descrita por outros pesquisadores que destacam a construção sociocultural que leva os idosos homens a se casarem e recasarem com mulheres mais jovens, enquanto que, entre as idosas, predomina a viuvez. (COSTA, 2002; NERI, 2007; IBGE, 2014)

Quanto à religião, 26 indivíduos (60%) se declararam católicos, 3 (7%) referiram ser espíritas, 3 (7%) agnósticos, 3 (7%) neopentecostais, 2 (4%) ateus, 2 (4%) praticantes de umbanda, 2 (4%) protestantes e 3 (7%) referiram vivenciar sua espiritualidade de forma *holística*, sem seguirem nenhuma religião específica, mas, sim, várias ao mesmo tempo, uma mescla de crenças budistas, espíritas, hindus e neoxamanísticas.

Segundo dados do censo de 2010, a maioria dos brasileiros se declara católica, porém vem ocorrendo um aumento progressivo do número de pessoas sem religião e de neopentecostais. Dentre os indivíduos com maior escolaridade, predominam os que seguem o espiritismo e os que se autodenominam agnósticos. (IBGE, 2014)

O grupo pesquisado apresenta, portanto, distribuição semelhante à população como um todo, principalmente quando se relaciona a religião declarada com o grau de instrução. Este último é bem elevado neste grupo, como pode se notar na Tabela 2, onde percebemos que 51% dos participantes, principalmente mulheres, apresentam ensino superior completo, sendo que vários destes referem ter um ou até mais de um curso de pós-graduação.

Grau de instrução	Sexo					
	M		F		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fundamental incompleto	3	16	2	8	5	10
Fundamental completo	3	16	5	19	8	19
Médio incompleto	0	0	1	4	1	2
Médio completo	5	22	2	12	7	16
Superior incompleto	1	6	0	0	1	2
Superior completo	6	40	16	57	22	51
Total	18	100	26	100	44	100

Tabela 2: Distribuição do grupo segundo grau de instrução e sexo, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

Quanto à ocupação, 26 (58%) dos entrevistados estão ativos no mercado de trabalho e 18 (42%) encontram-se aposentados. As profissões referidas pelos participantes estão apresentadas no Quadro 1 a seguir, sendo que 11 mulheres se declararam donas de casa, a atividade mais citada, e dois destes entrevistados se encontravam desempregados. Considerando-se o trabalho doméstico, a maioria das pessoas do grupo encontra-se ativa no trabalho, não obrigatoriamente na profissão que referiu. Excluindo-se as donas de casa, a maioria dos que ainda trabalham é composta ou por profissionais liberais ou por trabalhadores autônomos. Dentre os aposentados todos tem acima de 60 anos, exceto uma entrevistada aposentada por doença.

A renda mensal referida pelo grupo variou de zero a R\$ 14.000,00 mensais, estando a média situada na faixa entre R\$ 4.000,00 e R\$ 7.000,00 por mês. Trata-se de renda média elevada, corroborando o já encontrado em outras pesquisas que vinculam a aquisição de um plano de saúde ao incremento da renda. (FARIAS E MELAMED, 2001; IESS, 2014)

Neste grupo, 21 pessoas possuem planos com cooperativa médica e 23 com seguradoras. A maioria do grupo contrata planos de saúde individuais ou possui convênios específicos desenhados para órgãos de classe, sendo seus titulares.

Apenas 5 dos entrevistados têm seus planos de saúde pagos por familiares ou são destes dependentes. Os tipos de planos que estas pessoas contratam encontram-se caracteristicamente entre os mais caros convênios médicos oferecidos no mercado, corroborando o exposto no parágrafo anterior.

Quadro 1: Distribuição do grupo segundo profissão e ocupação, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

Profissão	Ocupação		Total
	Ativo	Aposentado	
Dona de casa	11	0	11
Advogado	3	3	6
Administrador	3	0	3
Comerciante	3	0	3
Oficial de justiça	0	3	3
Psicóloga	1	2	3
Engenheiro	1	1	2
Professor	0	2	2
Assistente social	0	1	1
Enfermeira	0	1	1
Fonoaudióloga	1	0	1
Gráfico	0	1	1
Mecânico	0	1	1
Médico	0	1	1
Metalúrgico	0	1	1
Passadeira	0	1	1
Músico	1	0	1
Taxista	1	0	1
Técnico de enfermagem	1	0	1

Dos entrevistados apenas sete moram sós, sendo que os demais moram ou com os cônjuges ou com os filhos, pais ou irmãos. Entre os que moram sós, encontra-se o entrevistado homem mais idoso, O, com 89 anos e que ainda exerce a

advocacia. Há apenas uma idosa entrevistada, S, que mora com um cuidador formal, não familiar.

Seis mulheres do grupo cuidam de familiares. As entrevistadas E, I e R, donas de casa, cuidam dos cônjuges, portadores de DCNT, e dos netos. A técnica de enfermagem U, atualmente desempregada, cuida de seu marido, que padece de doença mental, e de sua mãe, adoecida com demência. G1, aposentada, cuida da irmã, portadora de doença crônica, e P, também aposentada, cuida de uma filha com deficiência física. Destas seis mulheres, cinco tem mais de 60 anos.

Cuidador é a pessoa que provê as necessidades físicas e emocionais de um doente ou de um desabilitado permitindo a satisfação de suas necessidades materiais e emocionais, auxiliando e acompanhando diariamente o dependente no exercício de suas atividades, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina. (MANSO, 2010)

Ser cuidador é uma ocupação que pode ser realizada por um familiar ou por um cuidador formal, remunerado. O primeiro encontra-se ligado à pessoa cuidada por laços emocionais e o cuidar implica em mudanças na sua rotina diária e maior ônus no desempenho de sua atividade, posto que a exerça diuturnamente. Implica ainda no desgaste emocional, agravado pela progressão da doença do ente querido, e em sobrecarga física, o que pode gerar altos níveis de estresse, aspectos que serão abordados quando apresentadas as falas destas entrevistadas.

Relembrando, o critério de inclusão no grupo de entrevistados é o fato destas pessoas possuírem planos de saúde, participarem de um programa de GDC e, portanto, conviverem com pelo menos uma DCNT diagnosticada por médico. Das enfermidades que o grupo vivencia, a mais frequente é a hipertensão arterial que acomete 35 (81%) destes indivíduos.

No Gráfico 1 abaixo, apresentamos as doenças para as quais estas pessoas referem realizar ou realizaram tratamentos. A sigla DAC refere-se à Doença Arterial Coronariana e DPOC abrange as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas, aqui no caso, o enfisema. Na categoria outras estão incluídas principalmente a osteoartrose,

além de diverticulose, hérnia de disco, aneurisma de aorta, Doença de Chagas, acidente vasculo–encefálico ou AVE e úlcera gástrica.

A categoria cânceres agrupa quatro pessoas com diagnóstico de câncer de próstata, duas portadoras de câncer de mama, uma com câncer de endométrio, uma com câncer de ovário, uma com câncer de sigmoide, um com câncer de pulmão e um com linfoma, totalizando 11 indivíduos.

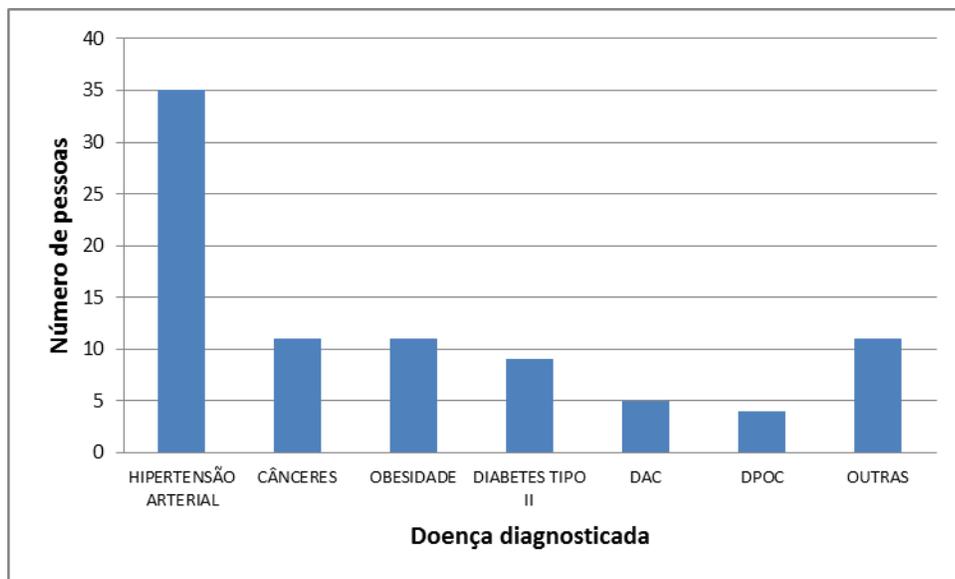


Gráfico 1: Doenças que acometem o grupo de entrevistados, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

Não é de se estranhar ser a hipertensão arterial a DCNT mais prevalente neste grupo, posto que se estima que acometa em torno de 20% da população brasileira, sem distinção de sexo ou raça, porém com aumento progressivo da frequência conforme avança o processo de envelhecimento, sendo a doença mais comum entre os idosos. Dentre os usuários de planos de saúde, avalia-se que 16% e 23% destes, moradores nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente, apresentem a doença. (LEBRÃO E DUARTE, 2007; LIMA-COSTA *et al.*, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A elevada prevalência de hipertensão entre os participantes desta pesquisa pode ser atribuída, como dissemos, à própria origem do grupo, já que é condição para a entrada nos programas de GDC ter pelo menos uma DCNT e, como a hipertensão tem alta frequência populacional, acaba sendo a mais comum condição de inclusão.

A DAC encontra-se, nas pessoas do grupo que são por esta acometidas, em associação à hipertensão arterial, um dos seus fatores de risco. É uma das enfermidades cardiovasculares que mais causam óbitos hoje no mundo, principalmente relacionada ao infarto agudo do miocárdio. A associação de DAC com hipertensão arterial torna estes portadores de alto risco epidemiológico para a ocorrência de morte prematura. (OPAS, 2011)

Os cânceres são a segunda causa de mortalidade global e, neste grupo, aparece também como sendo a segunda doença de maior prevalência, sendo que os homens padecem mais com câncer de próstata e as mulheres da doença localizada na mama. O câncer de próstata é o segundo tumor maligno mais incidente entre os homens no Brasil, suplantado apenas pelo câncer de pulmão, enquanto que o câncer de mama é o mais prevalente em mulheres no mundo e sua incidência se eleva conforme aumenta a idade. O câncer de sigmoide é, junto com o que acomete outros locais do intestino, de frequência elevada na população como um todo, principalmente entre as mulheres, tendo o número de casos aumentado ano a ano, enquanto que os cânceres de endométrio e ovário, são relativamente raros. O linfoma é, caracteristicamente, um tipo de câncer que acomete indivíduos mais jovens, como o que encontramos nesta pesquisa. (INCA, 2014)

A obesidade é considerada um importante problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento, já que afeta mais de um bilhão de pessoas no mundo. A prevalência estimada entre usuários de planos de saúde, moradores nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, gira em torno de 13%. Dentre os entrevistados, é a terceira doença com maior frequência, seguida pelo diabetes, enfermidade cuja incidência entre a população brasileira vem aumentando progressivamente. Já o enfisema e as demais DPOC tem sua incidência diminuindo

ano a ano, fato atribuível à redução do número de fumantes dentre os brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

A dor crônica aparece no grupo associada majoritariamente à osteoartrose, mas também é referida pelo entrevistado com hérnia de disco. É pouco estudada na população em geral e, neste grupo pesquisado, foi referida por sete entrevistados. Estima-se que, na população, em torno de 30% dos idosos apresentem dor crônica. (DELARROZA *et al.*, 2013)

Há no grupo oito (19%) pessoas com apenas uma doença crônica e 35 (81%) com mais de uma DCNT diagnosticada. Este número de comorbidades é semelhante à descrita para outros grupos de usuários de programas de gerenciamento de doenças descritos na literatura. Notamos que, conforme aumenta a idade, aumenta o número de doenças associadas, fato que ocorre tanto no grupo quanto na população em geral. (NERI, 2007; MANSO E GALERA, 2014b)

Entre os denominados fatores de risco para DCNT, 12 (27%) entrevistados referem ter colesterol elevado, nenhum cita o consumo de tabaco e 2 (5%) dizem ter consumo regular e diário de álcool. Lima-Costa (2004) analisando hábitos de beneficiários de planos de saúde em Belo Horizonte, destaca o pequeno número de fumantes encontrado, menor que o da população brasileira em geral, porém a autora constatou um número elevado de indivíduos com alto consumo diário de álcool.

Todos os entrevistados utilizam medicamentos para controle da doença ou doenças que os acomete, sendo 3 a média de fármacos que o grupo utiliza por dia, variando entre 1 e 10 medicamentos diferentes tomados diariamente. O número de medicamentos ingeridos diariamente pelo grupo pesquisado não difere do encontrado em trabalhos realizados com grupos semelhantes, onde a média de medicamentos utilizados por dia variou entre 3 a 4. (MANSO *et al.*, 2013)

A distribuição de DCNT e de fatores de risco que encontramos entre o grupo pesquisado não difere de outras pesquisas epidemiológicas que relacionam renda e adoecimento. O Brasil ainda apresenta iniquidades importantes no processo saúde doença, sendo que, conforme aumenta a renda da população, se modifica o perfil epidemiológico. Em faixas de renda mais elevadas, encontra-se proporcionalmente

mais cânceres, diabetes, hipertensão, DAC e cirrose do que em faixas de renda menores, porém há menos dor crônica, doenças reumáticas, doenças pulmonares e doenças renais. Entre os usuários de convênios há menos internações do que na população em geral, mas mais consultas e utilização de serviços de prevenção de doenças, tornando, portanto, o seu adoecer com menos incapacidades e mortes comparativamente ao restante da população. (KILSZTAJN *et al.*, 2003; BAHIA *et al.*, 2004)

Depreendemos pelo exposto, ser o grupo pesquisado representativo não só das condições socioeconômicas encontradas no Brasil entre os usuários de planos de saúde como também das DCNT que acometem este segmento populacional. Trata-se de um conjunto de pessoas de alto risco epidemiológico para ocorrência de mortes prematuras e incapacidades geradas pelas DCNT por apresentarem vários fatores de risco e morbidades associadas. É um grupo que pode ser considerado pelos provedores de convênios médicos como de altíssimo custo, por apresentarem a necessidade de tratamentos com elevada incorporação de tecnologia, principalmente relacionada a cirurgias, colocações de próteses e órteses, quimioterapia, radioterapia e transplantes, daí terem sido selecionados por estes para os programas de GDC do qual fazem parte. A seguir, passamos a apresentar a análise qualitativa das falas dos entrevistados.

7.2. Análise Qualitativa

Como apresentamos no capítulo Metodologia, as falas foram agrupadas em quatro categorias principais: Causas das Doenças; Diagnóstico da Doença; Itinerário Terapêutico e Convívio com a Doença. Esta última categoria, por apresentar vários núcleos, foi subdividida em: Gestão do Tratamento, Incapacidade e Dependência, Morte, Espiritualidade, Grupos de Apoio, Conhecimento sobre a Doença e Relação com os Profissionais de Saúde.

Antes de iniciar a apresentação de resultados e a discussão, optamos por apresentar no Quadro 2 abaixo algumas das características dos participantes desta pesquisa que se mostraram relevantes quando associadas às suas crenças e comportamentos. A cada entrevistado foi atribuída uma letra do alfabeto a fim de preservar seu anonimato. Quando estas se esgotaram, foi reiniciada a atribuição de letras associadas ao numeral 1. Alguns atributos são apresentados abreviados e a legenda encontra-se na parte inferior do quadro.

Quadro 2: Características do grupo de entrevistados, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013.

	IDADE	SEXO*	RELIGIÃO**	PROFISSÃO	DCNT QUE O (A) ACOMETE
A	74	M	CAT	METALURGICO	HAS, DAC, CA DE PRÓSTATA
B	80	M	UMB	MECANICO	HAS, ANEURISMA DE AORTA, DAC, CA DE PULMÃO
C	65	F	CAT	ASSISTENTE SOCIAL	HAS, DPOC, OBESIDADE
D	69	F	NEOP	COMERCIANTE	HAS, CA DE MAMA, OBESIDADE
E	70	F	PROT	DONA DE CASA	HAS, DIABETES, CA DE MAMA
F	54	F	CAT	ENFERMEIRA	HAS, DIABETES
G	75	M	AGN	ENGENHEIRO	HAS, CA DE PRÓSTATA
H	82	M	CAT	GRÁFICO	HAS, DIVERTICULOSE
I	75	F	CAT	DONA DE CASA	HAS, DOR CRÔNICA, CÂNCER DE SIGMOIDE
J	50	F	HOL	FONOAUDIÓLOGA	HAS, DIABETES, OBESIDADE
K	68	M	CAT	ADVOGADO	HAS, DIABETES
L	64	M	CAT	ADVOGADO	HAS, DAC
M	80	F	UMB	DONA DE CASA	DIABETES, OBESIDADE
N	51	F	CAT	PASSADEIRA	DOENÇA DE CHAGAS
O	89	M	ATE	ADVOGADO	HAS, DPOC, CA DE PRÓSTATA
P	77	F	CAT	PROFESSOR	HAS, ÚLCERA
Q	62	M	ESP	MÚSICO	HAS, DAC, AVE, HERNIA DE DISCO, DOR CRÔNICA
R	75	F	CAT	DONA DE CASA	HAS, CA DE ENDOMÉTRIO
S	67	F	PROT	DONA DE CASA	HAS, DIABETES, OBESIDADE
T	53	M	AGN	ENGENHEIRO	HAS, DAC

Quadro 2: Características do grupo de entrevistados, São Paulo e Rio de Janeiro, 2012 e 2013 (Cont.)

U	49	F	AGN	TECNICA ENFERMAGEM	HAS, DOR CRÔNICA
V	45	F	ESP	ADVOGADO	HAS
W	50	F	CAT	COMERCIANTE	HAS
X	35	F	CAT	ADMINISTRADOR	HAS
Y	43	F	CAT	COMERCIANTE	HAS
Z	60	F	HOL	PSICOLOGA	DIABETES
A1	65	F	CAT	OFICIAL DE JUSTIÇA	HAS, OA, DOR CRÔNICA
B1	40	M	HOL	ADMINISTRADOR	LINFOMA
C1	43	F	NEOP	DONA DE CASA	CA DE OVÁRIO
D1	88	M	CAT	OFICIAL DE JUSTIÇA	HAS, DPOC
E1	58	M	CAT	PSICOLOGO	HAS, DAC
F1	63	F	CAT	DONA DE CASA	HAS, OA, DOR CRÔNICA
G1	86	F	CAT	PSICOLOGA	HAS, OA, DOR CRÔNICA
H1	92	F	CAT	PROFESSOR	HAS, DIABETES
I1	66	F	CAT	DONA DE CASA	HAS, DOENÇA DA TIREOIDE
J1	70	F	CAT	DONA DE CASA	HAS, OBESIDADE
K1	89	F	CAT	DONA DE CASA	HAS,OA, DOENÇA DA TIREOIDE
L1	69	M	CAT	OFICIAL DE JUSTIÇA	DIABETES, OBESIDADE
M1	64	M	ESP	ADMINISTRADOR	HAS, OBESIDADE, AVE
N1	81	M	CAT	ADVOGADO	HAS, DPOC
O1	77	M	CAT	ADVOGADO	HAS, OBESIDADE
P1	41	M	ATE	MÉDICO	CA DE PROSTATA, DOENÇA DA TIREOIDE
Q1	40	F	NEOP	DONA DE CASA	HAS, OBESIDADE
R1	72	M	CAT	TAXISTA	OBESIDADE, OA, DOR CRÔNICA

*M= masculino; F= feminino

** CAT=católica; UMB= umbandista; NEOP= neopentecostais; PROT=protestante; AGN=agnóstico; HOL= holístico; ATE= ateu; ESP= espírita.

OA= osteoartrose; CA= câncer; DAC= doença arterial coronariana, DPOC= doença pulmonar obstrutiva crônica, HAS= hipertensão arterial sistêmica.

7.2.1. Causas das Doenças

Iniciamos a discussão das categorias apresentando o que o grupo pesquisado entende como causas para o seu adoecimento. Estudar a causalidade das doenças do ponto de vista do adoecido permite entender o significado associado às questões do tipo “*por que eu*” e “*por que agora*”, relacionando o adoecer a visão de mundo e à ordem social.

Certos tipos de práticas são entendidos pelas pessoas como mais adequadas para explicar determinados tipos de doenças, daí, em uma sociedade plural, existir a convivência de diversos modelos que se ligam a doenças específicas e que os indivíduos buscam consoante o tipo de enfermidade, criando padrões de procura de auxílio. Estes padrões estão ligados a estruturas cognitivas subjacentes que permitem ao indivíduo formular seu próprio saber médico. (ALVES,1993)

Nenhum dos entrevistados define uma causa única associada à doença que os acomete, compondo cada um deles uma narrativa que inclui vários fatores etiológicos ligados àquela condição. Como a maioria dos entrevistados é portador de mais de uma doença, algumas causas são citadas como sendo comuns a todas elas, enquanto que outras relacionam-se com apenas uma das enfermidades.

Assim, quando inqueridos sobre as causas desencadeantes das doenças que os acomete, todos os entrevistados mencionam o estresse, o qual aparece tanto como desencadeante da doença em si, quanto responsável pela piora dos sintomas, desencadeamento de crises de agudização da enfermidade ou aparecimento de recidivas, no caso dos participantes portadores de câncer. O grupo utiliza as palavras estresse e emocional, ou ainda a combinação estresse emocional, como sinônimos e associadas a problemas familiares, financeiros e ligados ao trabalho. Estas assumem uma série de significados que incluem frustração, pressão, sobrecarga, angústia, apreensão, preocupação, revolta, isolamento social, insatisfação consigo mesmo e com as relações familiares e conjugais. É associado a sofrimento mental, a um desequilíbrio, algo que perturba o organismo e provoca o adoecer.

O estresse, no discurso do adoecimento, aparece como uma força invisível que realiza a mediação entre o estado mental e físico das pessoas e o ambiente social no qual vivem e trabalham. Para Helman (2009), esta versão, onde se unem sentimentos negativos, emoções, sensações físicas e circunstâncias sociais, econômicas e culturais, corresponderia a uma sobreposição entre as explicações populares, médicas e religiosas para o sofrimento humano, uma metáfora para a sensação de sofrimento pessoal e impotência frente aos fatos da vida.

As doenças que afetam familiares, a preocupação com a educação e com o futuro dos filhos ainda pequenos, a tristeza com a vida familiar percebida como problemática dos filhos mais velhos, são motivos de estresse, sofrimento e adoecimento, causadores de hipertensão, diabetes, DAC, obesidade, enfisema e úlcera gástrica.

B: *“...eu sou muito preocupado com tudo. Eu nunca sou normal com os outros, sou muito preocupado com tudo. Pela minha filha, pela minha esposa, pela minha família, eu estou longe, mas estou sempre preocupado, então eu não durmo direito, já começa por aí.”*

J: *“A doença é mais relacionada com momentos de estresse. Meu irmão ficou doente, morreu de câncer, aquele momento, aquele tramite todo da progressão da doença dele, leva a família a um estado de estresse. A hipertensão apareceu nessa época, por que ele sofreu muito!”*

M: *“...e também eu tenho um irmão que sofreu um acidente e desde essa época eu fiquei diabética.”*

P: *“Também me preocupo muito com minha outra filha, pois o marido dela tem o problema da bebida e agora tem piorado. Durante dez anos eles moraram conosco e eu engoli coisa até não poder mais porque justamente eu não queria desavença dela com o marido. Eu não dei limite, ele levava os amigos para minha casa, bebiam... Então eu engoli muita coisa mesmo.”*

T: *“É realmente frustrante porque eu não consigo passar nada, nada, é zero. Eu venho de uma geração pós-guerra, praticamente, minha avó vivenciou a guerra na Europa, foi foragida. Eu tentei passar esses valores, mas hoje infelizmente não consigo passar [triste] de reaproveitar, de reciclar, hoje é tudo gastar, consumir, não sei o que vai ser o dia de amanhã, eu acho que está errado... existe a cultura da televisão, dos amigos [irritado] as influências externas são muito mais poderosas do que o meio familiar, o meio familiar hoje não consegue... pelo menos eu, em função da distância talvez”*

ARIÈS e DUBY (1991) ressaltam que na sociedade atual os filhos devem ser sustentados e tem de estudar por muitos anos, como frutos de um projeto de mobilidade social. O filho ideal é aquele que *“deu certo”*, como ressalta a entrevistada S, cujo filho é um comerciante bem sucedido no ramo de confecções do Rio de Janeiro:

S: *“Não tenho problemas com meu filho. Ele está bem casado, os meus netos vão bem na escola, ele me ajuda, vai na igreja, é missionário, ajuda os outros! Fico feliz e orgulhosa do meu filho ter dado tão certo!”*.

O estresse causado por problemas com cônjuge e filhos que *“não deram certo”* é citado por uma entrevistada como desencadeante para o câncer de mama que a acomete.

E: *“...foi uma fase de muitos problemas, muitos! O marido, os negócios estavam de mal a pior, ele entrou em depressão! Era filho que casava e descasava, perdia emprego, não davam certo, e isto tudo mexeu muito comigo.”*

A relação conjugal aparece como estressora principalmente para as mulheres do grupo. O divórcio e a separação são tidos por elas como uma falha. Os casamentos e descasamentos, próprios ou dos filhos, integram um conjunto de significados relacionados ao estresse. A infidelidade conjugal, tanto para o homem do

grupo que a refere, quanto para as mulheres que a citam, é considerada uma falta grave que os leva ao sofrimento e adoecimento. É tida como uma quebra de acordo, um acontecimento marcante e relacionado, na maioria das vezes, com perdas econômicas concomitantes. Deste modo, o divórcio, a traição e a separação do cônjuge são fatores causais para a hipertensão, o diabetes, a obesidade, o enfisema, bem como desencadeantes da recidiva de um câncer de próstata e de crises de lesões auto infringidas.

O: *“A recidiva, essa mulher com quem eu vivi, quando descobri a traição, aquilo me chocou, aquilo lá me aborreceu então veio, caiu na próstata e acusou o problema.”*

S: *“Por conta do meu marido ter me traído, fiquei muito deprimida e comecei a engordar. Estas coisas me emocionam e a pressão sobe.”*

J: *“Aí fiz uma bateria de exames, coincidindo com a falência do meu casamento, então acho que é tudo ligado no emocional. Aí apareceu gordura alta, glicemia alta, tem época que fica normal, tem época que sobe, mas é raro ficar normal.”*

Y: *“...aí procurei o médico, cheguei a me ferir toda, um processo complicado.”*

A família enquanto geradora de estresse também aparece na relação de cuidado. Como mencionado, seis mulheres do grupo acumulam afazeres com as tarefas de cuidar de um familiar. Estas se queixam da sobrecarga de trabalho físico, de cansaço mental, da falta de companheirismo da família, da falta de oportunidades de lazer. O estresse de cuidar é associado por estas mulheres ao desencadeamento e manutenção da hipertensão, do diabetes e da obesidade, além de piora da dor crônica.

U: *“Não tem quem fique com ela e ela não pode ficar sozinha. Ela pesa 100 e poucos quilos, tenho que ajuda-la, a dor piora... Para sair na rua com ela eu tenho que carregar e é muito complicado. Mas a mãe não é minha só, mas ninguém quer*

assumir. Minha irmã e as pessoas me criticam por eu ser obesa e dizem que é por isso que eu demoro mais para fazer as coisas.”

P: *“... porque tenho esta vida sempre preocupada com ela, ela vira e mexe passa mal, tem dor de cabeça... talvez seja isso também.”*

Conforme aumenta o número de DCNT na população e esta se torna mais envelhecida, aumenta o número de pessoas adoecidas e com dependências cuidadas no domicílio. O cuidador familiar torna-se assim figura chave, porém, neste contexto, os cuidados assumem peculiaridades já que envolvem relações afetivas e subjetivas construídas durante as histórias de vida do cuidador e da pessoa cuidada. (KARSH, 2003)

O exercício de cuidar é um aprendizado constante, tendo por base não só as necessidades físicas e biológicas do doente, mas o grau de dependência. Na maioria das vezes o cuidador não possui a experiência necessária para desempenhar esta tarefa, destarte, atividades simples podem tornar-se árduas para quem nunca precisou enfrentá-las. Com o passar do tempo, o cuidado torna-se cada vez mais complexo, pois o adoecido torna-se progressivamente mais dependente, exigindo do cuidador novas maneiras de cuidar, sem esquecer que se trata de atividade desempenhada nas vinte e quatro horas do dia, ininterruptamente. (FERNANDES, 2009)

A maioria das pessoas se tornam cuidadores por acreditar que seja um dever moral, pessoal ou, ainda, uma responsabilidade social, por gratidão ou por sentimentos de culpa do passado. Normalmente esta função é duradoura e exige uma reorganização na vida dos familiares tanto no aspecto social quanto no profissional. Observa-se que longos períodos dedicados ao cuidado e a ausência de rodízio entre familiares podem gerar no cuidador, além do ônus físico, exclusão social, isolamento afetivo, depressão, erosão nos relacionamentos, perda de perspectiva de vida, distúrbios do sono, maior uso de psicotrópicos e sensação de impotência, pois por mais que o cuidador se dedique, não observa melhora no quadro de saúde do doente. Contudo, cuidar de um familiar pode gerar reflexos positivos no cuidador, como

retribuição a quem, de alguma forma, foi responsável por cuidar dele em algum momento da vida e por alguém que se tem profundo afeto. (RODRIGUES, 2006; AGUIAR, 2011)

O fato do cuidador residir no domicílio faz com que tenha que executar outras tarefas associadas ao cuidado prestado. Quanto maior o número de atividades desenvolvidas pelo cuidador, maior o esforço demandado e conseqüentemente maior cansaço e estresse físico e mental. (FIORIANI, 2004)

A escolha do cuidador familiar geralmente obedece à fatores relacionados ao parentesco, sendo, na grande maioria das vezes, a cônjuge mulher. Na ausência desta, elege-se uma filha. A mulher desempenha um papel cultural associado ao cuidado, daí ser este o sexo preferencial do cuidador. A tentativa de readequação de suas vidas ainda é uma tentativa difícil para os cuidadores, pois caso necessitem realizar tarefas fora de casa, o doente permanece sozinho no domicílio, o que gera grande preocupação. (AGUIAR, 2011)

Não é de se estranhar, pois, que as mulheres cuidadoras entrevistadas atribuam ao estresse da atividade tanto a causa de suas doenças quanto a sua manutenção como adoecidas. Pudemos observar que as cuidadoras destacam esta atividade como fonte de preocupação constante, tanto pela restrição que causa ao seu convívio social e ao cuidar de si, quanto pela possibilidade de morrerem e deixarem o familiar sem alguém que assuma o papel por elas desempenhado.

Os problemas financeiros e o estresse a estes relacionados são citados por quatro entrevistados como etiologia da hipertensão arterial, diabetes e depressão. Dois dos entrevistados se encontravam desempregados no momento da pesquisa, U e J, e dois são autônomos, G e R1. Estes dois últimos, por se encontrarem enfermos e serem idosos, ficam constantemente com receio de não ter como sustentar a si próprios ou à família, já que exercem o papel de provedores.

R1: *“Tenho muita dor, mas não dá para parar. Fico pensando o que vai ser de mim sem poder me sustentar, eu e minha mulher, os filhos, sabe como é, é muita gente.”*

Desencadeado pelas condições de trabalho, o estresse é citado pelo grupo entrevistado como causa para a hipertensão arterial, para o linfoma, para o diabetes e para as doenças cardíacas, especificamente para a DAC.

T: *“O estresse hoje em dia é muito grande, as empresas estão exigindo muito, tem objetivos, tem metas, e quanto menos funcionários tiver é melhor para poder terem mais lucro.”*

T: *“E de lá para cá em função de meu trabalho que é muito estressante, tive um quadro de arritmia.”*

T: *“Existe a cultura da televisão, dos amigos [irritado] as influências externas são muito mais poderosas do que o meio familiar, o meio familiar hoje não consegue... pelo menos eu, em função da distância talvez... moro durante a semana em S Paulo e só vejo minha família no final de semana, no interior, então fico a semana toda fora e não consigo moldar isso no caráter, na personalidade, eles são muito pequenos ainda, são adolescentes, que já é rebelde por natureza, talvez seja isso...[pensativo]”.*

A: *“Era uma empresa que tinha uma política terrível e que aquele ambiente me fez muito mal, eu saí muito estressado de lá, inclusive tive que fazer acordo porque eu não aguentava mais e a gente tinha mulher, filhos, tudo isso pesou muito, me deixou, como se diz? muito para baixo, né? e demorou um pouco para eu sair de lá.”*

F: *“Quando eu parei de trabalhar, minha glicemia melhorou. Coisas mal resolvidas...”*

Todos os entrevistados que relacionaram o estresse no trabalho ao desencadeamento de suas doenças desempenham ou desempenharam funções mais especializadas e que envolvem o comando de equipes de trabalho. Assim, uma enfermeira, um mecânico de aviões, dois compradores de empresas de grande porte, um gestor em uma estatal de grande porte e um gestor da área de vendas associam

diretamente suas doenças à jornada excessiva de horas trabalhadas e ao fato de ter que lidar com grandes volumes financeiros e gerenciar pessoas.

T: *“... as condições de trabalho. Se você tem uma vida na beira do rio, pescando, a chance de enfartar é bem menor. Eu passei e passo muito nervoso aqui dentro, trabalhar com o ser humano você sabe como que é, exige mágica, né, muito complicado”.*

B: *“Eu nunca tinha horário, passei cinco anos sem tirar férias, chegava na oficina às cinco da manhã e saía as nove, dez da noite, tinha que tomar conta do pessoal...”*

Estes entrevistados apontam condições relacionadas ao trabalho como fatores estressores que encontram eco nas pesquisas encontradas na literatura. O trabalho é tido pelas sociedades modernas como um direito social e, como tal, constante em várias declarações internacionais e na constituição brasileira. (LAFER, 2001; COMPARATO, 2003), porém considerado não apenas fonte de recompensas, tais como inserção social e salário, mas também de uma série de constrangimentos relacionados ao cumprimento de obrigações, horários e responsabilidades. Recompensas e constrangimentos são influenciados tanto por fatores ligados ao contexto externo quanto da própria organização e do trabalho em si. (DEJOURS, 1988)

Hoje em dia, globalização, competitividade, mudanças nas necessidades e no comportamento dos consumidores, avanços tecnológicos e mudanças de cenário político são considerados fatores externos que proporcionam adoecimento nas empresas por refletirem negativamente na denominada cultura organizacional. Esta, enquanto um conjunto de crenças e costumes daquela organização, influencia de modo significativo o comportamento dos trabalhadores, definindo claramente o que se espera deles. (BOM SUCESSO, 2002)

A cultura organizacional atual gira em torno de símbolos como relacionamento interpessoal, liderança, capacidade de trabalho em equipes, multiquificação e empreendedorismo, tidas como resposta aos fatores externos citados e consideradas

pontos positivos que todo trabalhador deve ter, a fim de se manter empregado e competitivo no mercado de trabalho. Estas palavras, entretanto, geram falta de clareza nas políticas de gestão de pessoas, falta de conforto no ambiente de trabalho, não valorização profissional, ritmo acentuado de trabalho, tornando assim a cultura organizacional “doente”. Síndromes como *burn-out*, do desamparo, somatizações, fadiga, alterações cardíacas, luto, apatia e depressão aparecem como diagnósticos médicos que, cada vez mais, geram afastamentos, acidentes e incapacidades entre os trabalhadores. (DEJOURS, 1988; ASSUNÇÃO E JACKSON FILHO, 2011)

Visentini e colaboradores (2010) analisando fatores de estresse no trabalho na visão de trabalhadores em restaurantes no sul do Brasil, encontraram que a falta de comunicação, a falta de tempo para terminar o trabalho e a discriminação são citados como sendo os maiores estressores.

Estas mudanças no ambiente das empresas têm levado autores a propor alterações na função que o trabalho desempenha na sociedade, destacando que este deve perder o papel central que possui hoje em dia como construtor da identidade do indivíduo, posto que as pessoas tem se dedicado mais a ele e menos a outras atividades fora de sua esfera, tais como a família e o lazer. (DE MASI, 1999)

Porém, o trabalho ainda possui um significado central na sociedade capitalista, marco simbólico importante, caracterizado por três dimensões: a pessoal, que permite a subsistência e proporciona realização profissional e individual; a organizacional, que propicia sentimento de pertença e reconhecimento e, por último, a social, onde o indivíduo se sente contribuindo para a sociedade, como um cidadão, parte da ética capitalista. Analisando as representações sociais de um grupo de jovens ingressantes no mundo do trabalho, Oliveira, Piccinini e Silveira (2010) descrevem este momento como um rito de passagem, destacando que estes veem o trabalho não só como retorno financeiro, mas como algo útil, assegurando interação com a sociedade e realização pessoal e profissional.

Segundo Sennett (1999; 2006) a natureza flexível do novo capitalismo acentua os sentidos e significados do trabalho, o que causa ansiedade e leva as pessoas a colocarem em cheque seu senso de caráter. Por caráter, entendem-se os traços

peçoais aos quais se dá valor e que se espera que os demais também valorizem. O novo capitalismo quebra a linearidade da experiência e gera insegurança ao prejudicar a formação de laços de afinidade com os companheiros de trabalho, com a vizinhança e com a própria família, já que é frequente a constante mudança de local de trabalho e de moradia. Novas formas de poder e controle são reproduzidos no interior das organizações, aparentando dar à equipe poder sobre seu trabalho, o que, efetivamente não ocorre: apesar das empresas afirmarem priorizar o trabalho em equipe, este, na verdade, é apenas uma representação teatral.

A ética atual, baseada no risco, contribui para a degradação dos indivíduos, propiciando um esvaziamento de sentido do trabalho, o que é agravado pela não superação do modelo anterior de gestão, baseado no fordismo e na burocracia weberiana. Assim, fordismo, burocracia e novo capitalismo convivem, acarretando precarização nas relações de trabalho. O novo capitalismo, ao não priorizar o acúmulo de experiência, torna o trabalho superficial, corroendo o caráter das pessoas. Para este autor, somente um tipo de ser humano pode prosperar em instituições focadas no curto prazo: aquele que despreza as experiências anteriores e o passado. (*ibidem*)

Em concordância com a análise de Sennett, o entrevistado T, o mais jovem entre os portadores de DAC e hipertensão arterial e ainda ativo no mercado de trabalho na função de gestor de uma empresa estatal de grande porte, é o que mais evidencia as condições de trabalho como causadoras de suas doenças. Além de salientar as metas e o trabalho em equipe como desgastantes e a redução do número de funcionários que leva a poucos desempenharem o trabalho de muitos, foi forçado a morar longe da família durante a semana, só convivendo com seus filhos e esposa nos finais de semana e feriados. Em algumas de suas falas, nota-se claramente o quanto esta distância afeta os laços familiares e cria estresse, principalmente relacionado à formação do caráter dos filhos.

Destaca-se ainda a fala de B1, portador de linfoma, jovem executivo de vendas muito bem sucedido financeiramente, o qual comenta que, após ter passado pela experiência do câncer, modificou sua relação com a família e com o trabalho.

B1: *“Se existe alguma mensagem que eu posso deixar sobre o câncer é não o encarar apenas como uma doença e sim como um “presente de Deus”, pois é nessa hora que revemos todas as nossas prioridades, metas e reavaliamos toda a nossa existência e com isso podemos enfrentar o mundo como um ser humano cada vez melhor e evoluir! Trabalhar tanto, deixar a família de lado, não ver os filhos crescerem [suspira] não sei se vale a pena.”*

Por outro lado, o trabalho na sociedade moderna tem ainda o significado de regulador do tempo humano, organizando horários, atividades e relacionamentos, servindo de referência para as pessoas. Propicia efeitos como satisfação pessoal e bem-estar psicológico e físico e é visto como fundamental tanto para o desenvolvimento pessoal quanto para o reconhecimento social, daí a dificuldade do aposentado desvincular-se do mesmo, pois, estar aposentado é associado à improdutividade e exclusão social. (BULLA E KAEFER, 2003; DEPS, 2007)

Para os entrevistados D1, L1 e O1, homens idosos aposentados, a aposentadoria aparece como um marco, um estressor relacionado à inatividade e que propicia o aparecimento tanto das doenças que os acometem, no caso a hipertensão, o diabetes e a obesidade, quanto de outras, como a depressão.

D1: *“... assim eu não fico lá parado, quieto, só pensando e pode até conseguir a doença nova, essa doença que dá em gente idoso que fica parado, a depressão... porque aí eu poderia trabalhar até mais tarde um pouco, apesar de que eu parei de trabalhar com 70 anos. E a empresa que eu trabalhava só ficava me cutucando para eu sair, então eu sai”.*

L1: *“... porque normalmente a pessoa chega a uma certa idade e não tem para onde ir, não está mais trabalhando, se não tem uma atividade que tome o tempo dele, ele vai ficar o dia todo cochilando, assistindo televisão a mesma coisa todo dia. Cria doença, depressão, estresse.”*

O1: “... porque depois que a pessoa adquiri uma certa idade, aposentado, ficar sentado ou ficar como uma ostra, no seu ambiente domiciliar, ele vai com o tempo se recalçando, se enferrujando, adoecendo!”

Após o estresse, a alimentação é percebida pelo grupo como causa para a diabetes, hipertensão, DAC e obesidade.

L: “Eu adoeci porque comia errado, muita gordura, eu era gordo, tinha barriga, depois eu não tive um problema cardíaco, eu não sinto nada, só tenho artérias entupidas.”

Q: “Para mim a pressão alta é problema de alimentação, é um erro de alimentação, porque depois que eu vim descobrir que eu tinha, eu não sabia, eu comia muito sal, abusava, sal adoidado, gostava, comia pãozinho, era apaixonado por isso.”

M: “Eu comia muito doce, muito doce...”

O alimento, além de ser fonte de nutrição, desempenha varias funções na sociedade humana, correlacionando-se a aspectos afetivos, sociais, religiosos e econômicos nas diferentes culturas. O que comer, como comer e o que aprender sobre comida são cultural e historicamente derivados e identificados à coletivos nacionais. Desde sua produção e coleta na natureza até a forma como é cozido, servido e ingerido, é rico em simbolismo, assumindo parte essencial no modo como o grupo social se organiza. (HELMAN, 2009; CONTRERAS E GRACIA, 2011; REZENDE *et al.*, 2011)

Do ponto de vista antropológico, a alimentação é tida tanto como causa de doenças como de sua cura, sendo os hábitos alimentares, por estarem profundamente arraigados na cultura, de difícil modificação, já que estão associados à sustentação da vida e à identidade grupal. Os alimentos podem ser classificados de diferentes formas pelas distintas culturas, existindo aqueles sagrados, os profanos, os que servem como medicamentos, os venenos, etc. A quantidade de comida ingerida e a respectiva alteração que causa no formato do corpo humano pode ser entendida como uma

mensagem informando não apenas sobre o hábito alimentar da pessoa, mas traduzindo suas intenções e seu estado social. (*ibidem, ibidem, ibidem*)

A gordura era um alimento muito apreciado até a pouco tempo, não apenas por fornecer energia rapidamente, mas, principalmente por ser um alimento caro. A maioria das gorduras era utilizada para a iluminação das casas, daí sua pouca disponibilidade. O mesmo se aplica às proteínas, as quais eram reservadas para as elites sociais. Restavam, portanto, apenas os glicídios como alimentos acessíveis à maioria da população. A magreza era associada à pobreza, fome e doenças, enquanto ser gordo indicava prestígio e posses. (CONTRERAS E GRACIA, 2011; HARRIS, 2011a,b)

Hoje em dia, entretanto, o gordo é tido como repulsivo e inadequado e é a magreza que passa a ser associada à saúde e beleza. A sedentarização da força de trabalho e um menor gasto energético, associado à facilidade de acesso à gorduras e proteínas, levaram a uma inversão do padrão anterior. As classes menos abastadas tornaram-se mais gordas e as verduras e frutas, alimentos com menor teor de gordura e açúcares, e o comer em pequenas quantidades, é privilégio dos mais enriquecidos. (CONTRERAS E GRACIA, 2011)

O alimento, além dos fatores emocionais, é apontado em várias pesquisas como representando um fator causal de enfermidades pelos adoecidos, o que aproximaria o discurso destes do modelo biomédico, posto ser a alimentação inadequada um dos fatores de risco associados pela epidemiologia às DCNT. (MINAYO, 1988; CARVALHO *et al.*, 1998; FIRMO, 2004; WENDHAUSEN E REBELLO, 2004; CANESQUI, 2007; SALCEDO ROCHA *et al.*, 2008; BARSAGLINI, 2011)

Para o grupo pesquisado, não é qualquer alimento, entretanto, que é reconhecido como causador das DCNT: o doce é associado ao diabetes, o sal à hipertensão e a gordura à DAC, caracterizando a incorporação do modelo biomédico por este grupo. Como este faz parte de um programa que busca, mediante informações, modificar hábitos considerados nocivos à saúde, contatamos que os entrevistados reproduzem o discurso hegemônico por eles recebido. Entretanto,

quando se observam suas práticas, pudemos ver que o associar determinado alimento como causa de sua doença não é suficiente para que o grupo modifique seus hábitos alimentares, tema que será aprofundado posteriormente.

Já a relação do alimento com a obesidade apontada pelo grupo, não se refere a um tipo de alimento, mas à quantidade ingerida, a qual se relaciona com o estresse causado por relações familiares e conjugais conflituosas: quanto maior o estresse, maior a quantidade de comida ingerida. A entrevistada C afirma que não deseja emagrecer, mas ao mesmo tempo, se culpa por não fazê-lo, associando seu desejo de comer à depressão e ansiedade, um problema de compulsão. Desta forma, a obesidade enquanto disfunção psíquica, pode ser medicada, como afirma J.

C: "... eu não quero [ser gorda]... eu quero resolver a minha relação com a minha filha, não quero emagrecer... não tenho cabeça...isso tudo vai me deixando nervosa, como é que eu vou fazer? Você não fala, se engorda, mas sapo engorda mais do que pão, do que óleo, do que açúcar..."

J: "Quando tomo remédio para emagrecer eu consigo moderar esta compulsão, mas agora tem um termo que tem que assinar para comprar o medicamento na farmácia e a minha médica diz que não concorda com o que está escrito ali, então ela não dá mais o medicamento que eu tomava e eu pedi para ela me passar outro."

O processo de medicalização da modernidade passa e avança pela normalização do que, quando, como e quanto comer, privilegiando hoje em dia, a restrição alimentar. Manter o peso em uma sociedade de abundância, que estimula o consumo, mas deseja a restrição, implica disciplina. A obesidade é tida como uma escolha pessoal, culpabilizando-se assim o indivíduo, visto como fraco e incapaz de se controlar, indisciplinável. (CONTRERAS E GRACIA, 2011)

A obesidade é ainda atribuída pelo entrevistado R1 ao efeito colateral dos próprios medicamentos que a tratam, já que cada vez que tomava a medicação, emagrecia, mas depois voltava a engordar.

R1: *“Fui a três médicos. Tomei muito medicamento para emagrecer, medicamento forte. Acho que os medicamentos me deixaram com obesidade. Tenho certeza que foi a medicação, tomei muito remédio para emagrecer! Emagrecia e voltava cada vez mais gordo. Antes era forte, agora sou gordo!”*

Em seguida ao estresse e à alimentação, a genética é citada como fator causal para várias doenças como o câncer, a DAC, a hipertensão e o diabetes. Para os que a citam, genética significa algo herdado, alguma coisa com o qual a pessoa já nasce e que faz com que a pessoa adoença, tornando a enfermidade inevitável: já que algum familiar tinha a doença, encontra-se justificada a condição do adoecido.

Y: *“A pressão alta é assim: minha mãe tinha pressão alta. Irmão com pressão alta...”*

T: *“Meu quadro é comprovadamente genético, meu pai morreu de infarto, meu avô também morreu cedo, todos nós temos problemas de infarto na família. Os homens da família tem uma tendência a ter duração menor.”*

O: *“Câncer é uma moléstia primeiramente no meu entender genética, segundo ela destrói umas tantas coisas dependendo do lugar onde ela aparece e ela pode levar à morte facilmente uma pessoa”*

Já o mau funcionamento ou disfunção do corpo-máquina foi citado pelos entrevistados: G, L, O, Q, V, L1, P1.

V: *“O corpo é como máquina, um órgão dependendo do outro. Se um falhar, surge a doença”.*

L: *“O corpo humano é uma máquina fantástica!”*

O mau funcionamento do corpo ou de órgãos deste leva à deficiência, fator causal relacionado ao enfisema e à diabetes.

O: *“... é uma deficiência pulmonar a qual eu não posso, não tenho a capacidade, deficiência pulmonar que me impede de andar como antigamente. Está diretamente relacionada com o cigarro e o emocional.”*

L1: *“Essa tal diabetes que eu não chamo de doença, eu chamo de deficiência, na verdade porque ela é uma deficiência, como é quem usa óculos, quem não escuta, quem tem a perna manca. É deficiência, porque a partir do momento que o pâncreas deixou de funcionar eu passei a precisar de uma âncora, que é a tal da insulina, pois o açúcar sobe no sangue.”*

Este modelo de deficiência relacionado ao desencadeamento do diabetes citado pelo entrevistado é corroborado por outras pesquisas, onde os mesmos significados aparecem. Barsaglini (2008; 2011), ressalta que o excesso de açúcar no sangue é sentido como uma desordem, já que o sangue é naturalmente salgado. Daí o diabetes ser visto como algo que danifica o pâncreas, uma disfunção, que se expressa como um excesso de açúcar onde este não deveria estar.

Para o entrevistado O, a disfunção pulmonar é associada à entrada de algo no pulmão, no caso, o cigarro, que, junto com as emoções provoca um mau funcionamento. Esta explicação é repetida pelos entrevistados C e D1, também portadores de DPOC. Estes fatores *sobrecarregam* o pulmão, provocando disfunção.

O mau funcionamento do corpo é ainda associado a uma falha no sistema que interliga os diversos órgãos: os vasos. Quando estes são obstruídos, surge a doença, explicação causal para a DAC, citada por Q e L.

Q: *“Eu sei que eu tenho artérias entupidas há muitos anos, eu sei que tenho obstrução no corpo, meu colesterol é alto, então não tem jeito, eu acho que foi a comida, a gordura e a vida que eu levei que entupiu tudo. Fumava muito a noite, também toquei muito na noite, passei anos tocando em conjunto, então fumava demais, bebia demais, e veio a acarretar estas coisas todas.”*

Helman (2009) destaca que o modelo que visualiza o funcionamento do corpo como um conjunto de encanamentos corporais relaciona-se à visão da saúde como um fluxo de energia, visão esta que predomina na medicina tradicional chinesa, na ayurvédica, na árabe e na própria medicina hipocrática. Nestas, o equilíbrio das forças leva à saúde e a interrupção do fluir da energia ou dos humores provoca adoecimento. Ter uma obstrução, portanto, impede a livre circulação ou propicia o acúmulo de substâncias, neste último caso, algo que não deveria estar ou permanecer no corpo.

A influência da mente enquanto causadora de doenças é citada por uma das entrevistadas. Trata-se de significado diferente do encontrado para o estresse, já que, para esta entrevistada, a sua própria mente é que produz a doença, em um processo de culpabilização.

C: “A gente faz a doença, eu digo que a cabeça e o nosso maior amigo e nosso maior inimigo, dela você faz todas as saúdes e todas as doenças, por que é nela que tem o medo, nela que tem a tristeza.”

A mente como causa de doenças é, segundo Helman (2009), uma etiologia que representa uma culpabilização do indivíduo por seu adoecer encontrada, principalmente, no mundo ocidental, e associada a doenças estigmatizadas como obesidade e AIDS. Desta forma, comportamentos ou pensamentos incorretos levariam ao adoecer.

A mesma entrevistada, C, vê ainda seu adoecer como uma expiação por maus comportamentos. Ambas as etiologias, mente e expiação, encontram-se relacionadas à DPOC e à obesidade que a acometem.

C: “...quando isso aconteceu [o enfisema] era um momento em que eu estava pronta para arcar com o resultado de uma vida anterior.”

Esta visão é semelhante à de B1, que se refere ao câncer como um “*presente de Deus*” que lhe permitiu melhorar sua vida e pode estar associada com a interpretação religiosa dada pelo espiritismo e por outras religiões onde o sofrimento proporciona expiação de culpas passadas e posterior evolução. (RABELO, 1993;

1994; ARMOND, 1995) Alguns autores associam ainda a visão da enfermidade enquanto expiação com o pensamento cristão ocidental, o qual relaciona a doença a uma punição ou a redenção de pecados cometidos. (AQUINO E ZAGO, 2007) Esta interpretação parece adequar-se à fala do entrevistado L, quando menciona ser sua doença um complemento do sofrimento do Cristo crucificado.

L: *“Sabe doutora, a cruz tem dois lados: um é dele e o outro é da gente. Então chega um momento, São Paulo fala assim que o que eu sofro é para completar o sofrimento de Cristo.”*

Destacamos que para quatro das mulheres entrevistadas portadoras de hipertensão, esta teve seu início associado à menopausa.

J: *“Minha mãe é hipertensa, mas ficou com pressão alta por causa da menopausa.”*

A menopausa marca o fim da menstruação e da vida reprodutiva da mulher. Relacionada a alterações no balanço hormonal feminino é, para o modelo biomédico hegemônico, além de um conjunto de sinais e sintomas universais, um fator de risco epidemiológico para o desencadeamento de diversas doenças, principalmente as doenças cardiovasculares e osteoporose, entre outras. Assim, é necessário substituir estes hormônios faltantes em determinados casos.

Lock (1998), entretanto, apresenta a menopausa como um constructo social. Analisando taxas de morbimortalidade e relatos de mulheres em países como o Japão, Estados Unidos e Canadá, observou que não existe a tão propalada universalidade de sintomas e nem sequer a de riscos de desencadeamento de doenças. Comparou ainda o encontrado em sua pesquisa com países como a Tailândia e China, demonstrando ser a menopausa–doença uma construção ligada à cultura ocidental e que reflete as condições sociais e físicas da vida das mulheres nestas sociedades, ocorrendo em uma fase da vida destas associada a uma série de eventos tais como aposentadoria e a saída dos filhos de casa, como exemplos. Sendo considerada como uma doença em si somente a partir do século XX, caracteriza a medicalização pela qual passa o corpo feminino.

Para as mulheres entrevistadas e que citaram a menopausa como causa de hipertensão, esta aparece nas falas muito mais como um marco, como um acontecimento associado a modificações em suas vidas do que propriamente uma narrativa de sintomas. Caracteriza uma espécie de transição entre a juventude e a velhice, transição esta que levaria ao surgimento ou recrudescimento da hipertensão arterial. Aparece ligada ao estresse e à preocupação com os filhos, como se observa na fala de D.

D: *“Eu atribuo a alimentação, eu atribuo, agora eu também não sei porque disparou após a menopausa, eu também não sei porque eu vim a adquirir agora! Eu acho que foram as duas coisas juntas, eu acho que é estresse, no domingo lá na igreja uma senhora falou assim que eu fiquei tão preocupada com a minha filha que a pressão aumentou! Uns dizem que o nervosismo faz isso, outros não. Eu acho que é comida, eu acho, a gente sempre sai fora da linha, a gente sempre come algo que extrapola. Minha mãe tinha, acho que é tudo junto.”*

Hábitos como fumar e o consumo abusivo de álcool também foram citados como causa, porém estes dois últimos com menor frequência e apenas relacionados à DAC.

Q: *“Eu fumava demais, não, penso comigo o meu corpo é que interagiu com o cigarro, outros fumam mais e não tem nada, o cigarro para mim ele entrou dentro de mim para acabar comigo, para acabar comigo...”*

Q: *“A bebida, era um câncer que eu punha dentro de mim, põe gelo, caramba gelo na bebida, eu vou tomar isso aí, ai acabei ficando viciado em uísque, eu tomava duas garrafas de uísque por noite, eu tocando na noite, eu tomava duas garrafas de uísque por noite, o ambiente trazia para mim a vontade de beber.”*

Os entrevistados portadores de enfisema, C, O, D1 e N1, associam o hábito de fumar, a tristeza e depressão como causa de sua doença. A associação do pulmão com a tristeza remete à medicina tradicional chinesa. Esta classifica o pulmão como

um órgão *zang*, órgão de reserva da energia vital, com propriedades de limpeza e responsável pela habilidade de aceitar a vida, associado ao elemento metal, à tristeza, ao outono, ao entardecer e à contração de energia. (WANG, 2001)

C: *“...porque eu achava que aquilo era falta de ar. Era falta de ar porque tinha fumado e não tinha feito a ligação de uma coisa com a outra. Segundo a metafísica, o pulmão é a tristeza, tenho muita tristeza contida que a medida que eu vou descobrindo ...”*

O modelo causal que estes entrevistados atribuem para o câncer é o mais variado apresentado pelo grupo. Estresse e genética, associados ou não, são as explicações mais frequentes. Causas sobrenaturais e contágio também foram citadas.

Os quatro entrevistados com câncer de próstata, A,G,O e P1, e a entrevistada com câncer de sigmoide, I, creditam à genética a etiologia de sua doença. Um dos participantes deste grupo alia como desencadeante o estresse, mas ressalta que sem a genética não teria tido a doença.

G: *“Doença genética. Tenho primas, tias, pai, mãe todos morreram de câncer. Tem um histórico, por isso que influenciou. Genética.”*

Para o entrevistado portador de Linfoma, B1, e para a entrevistada com câncer de endométrio, R, suas doenças são causadas única e exclusivamente pelo estresse, sendo que para o primeiro este se encontra relacionado ao trabalho e para a segunda à problemas com os filhos.

R: *“tenho muitos problemas com minha filha, muitos... daí adoeci.”*

B1: *“... muito trabalho, metas, correria do dia a dia, sem horário, acho que foi isso!”*

Problemas com os filhos e o marido é a causa do câncer de mama para a entrevistada E, como já citado, também associados ao fator genético.

E: *“Depois que eu fiz a operação, minha irmã descobriu que tinha câncer de mama e morreu. Ela tinha uma filha só que morreu um pouco antes de câncer fulminante,*

descobriu e morreu em 15 dias. Aí minha irmã e a família, bem, ficamos muito abalados. Meu irmão teve um tipo de câncer logo depois e morreu. Aí fiquei deprimida, não tem jeito, é uma sequencia. E a gente tem que estar preparado!”

O entrevistado B, portador de câncer no pulmão, associa sua doença ao estresse no trabalho e com a família, o que o levou a fumar muito e apresentar câncer. Já a entrevistada D, portadora de câncer de mama destaca ser sua doença causada pelo demônio, espírito maligno que lançou uma seta sobre ela, fato acontecido por ser a entrevistada pastora evangélica responsável por um grupo de cura e libertação. Além do demônio, cita ainda um assalto que ocorreu dias antes da realização do exame diagnóstico.

D: “O câncer eu já falo para a senhora que eu acho que foi uma coisa espiritual, uma coisa espiritual. Uma seta maligna dirigida a mim, porque quando você começa a lidar com o reino das trevas você tem que estar muito revestido do poder de Deus, senão você leva [faz sinal de pancada com a mão], fica vulnerável. É câncer maligno, olha aí, maligno!”

D: “Olha entrou ladrão na minha casa, depois de quatro dias recebi a notícia, eu me mantenho calma e tranquila, porque sei que Deus esta no comando...”

Para C1, com câncer de ovário, sua doença deu-se por contágio, atribuído ao cônjuge promíscuo. Para ela, o contágio está associado ao demônio, um ser maligno que penetra o corpo através da relação sexual e causa doença.

C1: “Então, é transmitido por relações sexuais ilícitas, a promiscuidade, e o que é isso, o marido sai a caça de outras mulheres e chega em casa e tem relações sexuais com sua mulher que só tem relações sexuais com ele, é obvio, ele traz toda aquela carga maligna para ela, né, e geralmente essas mulheres que é vida fácil, que não é vida fácil, elas tem relação com muitos homens, e o que vai adquirindo? Malignidade, malignidade, malignidade, né? E vai passando isso e então é uma coisa tenebrosa, como uma corrente!”

O contágio é frequentemente associado ao câncer, assim como a possessão demoníaca, como uma metáfora que explica a invasão e a progressão das células cancerígenas, uma força progressiva que destrói o corpo. (HELMAN, 2009) Esta metáfora do câncer crescendo dentro do corpo é ressaltada ainda por O. Este, apesar de creditar o câncer que o acomete à genética e ao estresse, destaca que o câncer vai crescendo e se espalhando pelo corpo, à custa da destruição das células normais. No caso da fala de C1, o contágio sexual é ressaltado, relacionado à localização do tumor que a acomete localizado em um dos ovários, órgão pertencente ao aparelho reprodutor feminino.

O contágio também está presente na fala de uma das entrevistadas portadora de Doença de Chagas.

N: *“Ah sim, teve outras pessoas vizinhas que morreram, um monte de gente, sabe? Quando eu descobri eu achei que eu ia morrer no outro dia porque morria muita gente lá, morria muito inchado, chamava doença do barbeiro, não era Chagas, era doença do barbeiro, e as pessoas não tinha contato com os doentes, não pegava neles, as pessoas doentes ficavam isoladas, só a família mesmo que se aproximava mais, tanto que quando eu trabalhava eu pegava ônibus da empresa e quando eu descobri, todo o mundo ficou sabendo porque eu tava deprimida, eu passava os dias chorando, e então as pessoas não sentavam mais perto de mim no ônibus, foi muito desagradável para mim. As pessoas preferiam ir em pé e aquela cadeira ao meu lado ficava vazia... ainda tem muitas pessoas ignorantes! Acha que vai pegar no toque e não é assim!”*

A Doença de Chagas tem elevada prevalência no Brasil, principalmente associada aos estratos sociais menos favorecidos. É uma doença progressiva e incapacitante. Chamou-nos a atenção o constructo cultural na fala de N que associa a doença ao contágio entre pessoas, construção esta que se repete tanto no interior do Nordeste, cidade onde a adoecida nasceu, quanto em São Paulo, entre os seus colegas de trabalho.

Para Goffman (2013) o estigma é um atributo negativo que torna o sujeito possuidor de uma desvantagem que o diminui, o torna diferente, o deprecia. Estes atributos causam manifestações de discriminação com relação aos que os portam. Determinadas doenças como o câncer, a sífilis e a hanseníase, como exemplos, há muito são associadas com alta carga moral, bem como a AIDS mais recentemente. São doenças estigmatizantes, às quais se aplica a metáfora do contágio, permitindo isolar os indivíduos considerados pela sociedade como moralmente inadequados. (SONTAG, 2007; HELMAN, 2009)

Parker (2013) destaca ser ainda o estigma um processo social ligado à produção e reprodução das relações de poder e controle, origem das desigualdades sociais e violência estrutural, funcionando como discriminação dos indivíduos que, naqueles grupos sociais, detém menos poder. Helman (2009) ressalta que quais doenças são consideradas incapacitantes é um constructo social relacionado não à doença em si, mas ao fato dos adoecidos tornarem-se dependentes e, portanto, tidos como improdutivos em termos econômicos. Destarte, nem todo incapacitado seria incapaz e vice-versa, marginalizando-se os grupos aos quais se atribui a improdutividade. Como é a improdutividade que define a incapacidade, nem sempre o estigma físico estará presente.

Com base nos autores citados acima, depreendemos da narrativa de N como um todo, que a metáfora do contágio encontra-se associada à Doença de Chagas não apenas devido à incapacitação progressiva que a doença traz e consequente improdutividade, mas também à questão de quem na população brasileira contrai a doença, associada à pobreza e às condições de vida.

Para este grupo, portanto, as causas das doenças relacionam-se principalmente ao estresse provocado por conflitos familiares e conjugais, aos problemas financeiros, ao ato de cuidar de um familiar, ao trabalho ou a falta deste. A seguir, surge a alimentação, alterada tanto em quantidade quanto em qualidade, onde alguns alimentos relacionam-se especificamente com algumas doenças. São ainda apontadas como causa a genética, que torna a doença inevitável; a menopausa, enquanto marco da vida da mulher; o mau funcionamento e disfunções do corpo-

máquina; a mente; a punição e a expiação por atos da vida; a tristeza, relacionada ao funcionamento do pulmão; o hábito de fumar e o consumo de álcool. Causas sobrenaturais aparecem como etiologias para o câncer e o contágio surge relacionado ao exercício da sexualidade e enquanto metáfora da incapacidade social, relacionado ao câncer e à Doença de Chagas.

Minayo (1988), em pesquisa realizada sobre as causas de doenças para um grupo populacional na cidade do Rio de Janeiro, aponta quatro domínios explicativos para a causalidade de enfermidades em geral.

O primeiro domínio, natural, tem a natureza como causa das doenças. Frio, vento, calor, sol, poluição, comidas e bebidas, principalmente, entre estas últimas o álcool, são geradores de adoecimento. O segundo domínio, socioeconômico, inclui as condições materiais de existência como moradia, lazer e trabalho, além do acesso e funcionamento do sistema de saúde e problemas na relação médico-paciente. Já o terceiro inclui os sentimentos e emoções, as relações familiares, de vizinhança e de trabalho. O quarto e último, sobrenatural, inclui espíritos e deuses, explicações metafísicas que fazem com que as pessoas busquem outros tipos de tratamento além do modelo médico hegemônico.

Estes quatro domínios podem ser identificados como fatores causais das DCNT que acometem este grupo pesquisado. No domínio natural são citados pelo grupo a alimentação, o consumo de tabaco e de álcool. Podemos incluir neste a genética e o mau funcionamento do corpo máquina. Quanto ao domínio socioeconômico, o trabalho e suas repercussões sobre a vida dos entrevistados aparecem como explicação para várias doenças. O domínio psíquico inclui todos os fatores desencadeantes de estresse, a tristeza e a mente como fatores etiológicos. Já o domínio sobrenatural é citado pelos entrevistados neopentecostais como a possessão pelo demônio e pelos cristãos e espíritas como punição e expiação.

Laplantine (2010) propôs oito modelos etiológicos, no que chamou de formas elementares de doença. Estes modelos podem ser identificados nas falas dos entrevistados. Isto posto, no modelo ontológico, os adoecidos se referem à doença como uma entidade, um ser, isolado de seu corpo.

K: “... eu, por exemplo, não como doce, não sou chegado, mas salgado... esse é o problema, todo dia que tem reunião, tem um jantar e depois tem o doce e eu falo não quero por que minha Tia Bete fica de plantão, eu não desobedeço ela.”

Já para o modelo funcional ou relacional, a doença é vista como uma ruptura do equilíbrio entre o indivíduo e ele mesmo, entre a pessoa e o cosmo ou como uma ruptura com o meio social. O mau funcionamento do corpo máquina, o estresse, a depressão, a tristeza, a mente, são fatores que interferem, para estes entrevistados, em seu equilíbrio.

O modelo exógeno, explica a doença como algo que vem do exterior e penetra no indivíduo, adoecendo-o. Aqui, o contágio, o demônio, a alimentação, o cigarro, o álcool, são identificados pelos entrevistados como alguma coisa que penetra no organismo e provoca enfermidades. Para o modelo endógeno, a doença surge de algo no interior do corpo, como a hereditariedade ou a menopausa para este grupo.

Há ainda o modelo aditivo, onde a doença é desencadeada pela presença de algo, identificado pelo grupo como o excesso de gordura, excesso de açúcar, excesso de sal, algo que está a mais em seu organismo. O modelo subtrativo, por outro lado, atribui a causalidade das doenças à ausência de alguma coisa, como a falta de trabalho para os idosos aposentados.

A doença como algo benéfico, modelo benéfico, é citada pelo entrevistado B1 como um “*presente de Deus*”, uma oportunidade de melhora, enquanto para o modelo maléfico, é tido como uma punição, algo que deve ser expiado.

Pudemos verificar ainda que a maioria dos entrevistados portadores de hipertensão arterial percebe um modelo explicativo para a causalidade da enfermidade composto por uma combinação de estresse, alimentação inadequada e genética, onde o primeiro aparece tanto como fator causal da doença em si quanto das crises de aumento da pressão, o mesmo ocorrendo com os excessos alimentares, principalmente relacionados à ingesta de gordura e sal. A menopausa surge ainda como etiologia para algumas das entrevistadas associada aos demais.

Estes achados, exceto a menopausa, corroboram o encontrado por outros pesquisadores que estudaram a causalidade da hipertensão arterial para os adoecidos. Estes estudos ou foram realizadas em cidades do interior brasileiro ou com usuários do sistema público de saúde, porém os achados são muito semelhantes aos encontrados para este grupo pesquisado.

Deste modo, Machado e colaboradores (2012) encontraram narrativas de alimentos ricos em gordura, a ingestão de álcool, o tabagismo, a falta de autocuidado, o excesso de sal e o estresse relacionado à família e ao trabalho como desencadeantes da doença. Firmo e colaboradores (2004) descrevem como significados para a causalidade da enfermidade os problemas emocionais levando ao nervosismo, à contrariedades e preocupações; alimentação inadequada caracterizada pelo excesso de gordura e sal; a hereditariedade e o fumo. Canesqui (2007) observa que é frequente a crença que associa o volume e densidade do sangue ao alimento ingerido, tornando alguns tipos de alimentos propensos a desencadear a moléstia.

Já para os entrevistados adoecidos com DAC, o modelo encontrado neste trabalho surge de uma combinação de seu estilo de vida anterior, relacionado ao hábito de fumar e consumir álcool, com a genética e o estresse, este principalmente relacionado ao trabalho. Artérias entupidadas e a ingestão de gorduras são ainda associadas. Do ponto de vista do modelo biomédico, a doença arterial coronariana ou DAC está ligada, principalmente, com o estilo de vida do portador, com destaque para a obesidade, sedentarismo, colesterol elevado e hábito de fumar. Há uma estreita relação com o fato de haver familiares com a doença, o que representa um risco aumentado para o desencadeamento da doença. O estresse mental é outro fator relacionado ao aparecimento da doença, por provocar várias alterações hormonais e na regulação nervosa. Notamos uma estreita relação entre o modelo biomédico e a leitura que estes indivíduos fazem da causalidade de sua doença.

O modelo de causalidade do diabetes, para estes entrevistados, tem a hereditariedade, a alimentação e o estresse como componentes. A alimentação em excesso, principalmente de carboidratos, e o estresse familiar e no trabalho causam tanto a doença quanto são responsáveis pela elevação da glicemia. Para um dos

entrevistados, não se trata de uma doença, mas sim de uma disfunção, um mau funcionamento.

Como modelos de causalidade para a hipertensão arterial, diabetes e DAC, observamos que os entrevistados desta pesquisa reproduzem o encontrado em outros estudos, com pequenas variações, o que faz pensar em uma construção cultural comum, um modelo explanatório sobre a causalidade destas DCNT que incorpora traços do modelo médico hegemônico, reinterpretando-o à luz das suas vivências. Já os participantes portadores de enfisema, reproduzem um modelo que também reinterpreta as explicações dadas pelo modelo biomédico, mas incorpora traços advindos de outros modelos médicos que não a biomedicina.

Luxardo (2006) estudando a causalidade para adoecidos portadores de câncer na Argentina destaca as várias etiologias encontradas. Para as mulheres, os cânceres tiveram como causalidade traumas físicos, emoções fortes, herança genética, problemas com a sexualidade, fatores ambientais e estilo de vida, entre outros. Para os homens, são apontados como fatores causais traumas físicos, emoções fortes, o processo de trabalho e o estilo de vida. O câncer é ainda tido como encarnação ou como algo de fora que penetra no corpo como o fumo. Eventos traumáticos como assaltos e a vontade divina também aparecerem.

Estes resultados são muito semelhantes ao encontrado entre os participantes desta pesquisa. Com exceção dos traumas físicos e fatores ambientais que não foram mencionados como etiologia para o câncer pelo nosso grupo, todos os demais se encontram reproduzidos nas falas.

Observamos, portanto, a interação de vários modelos de causalidade, que apresentam aspectos apreendidos e reinterpretados não só do modelo médico hegemônico, mas de outros modelos, como a medicina tradicional chinesa, associados a interpretações religiosas, leituras sociais e experiências de vida, não só dos entrevistados, mas de seus grupos familiar e social. Como já mencionamos, as DCNT para este grupo não são atribuíveis a um único fator causal, daí vários modelos se entrecruzarem nas falas. Para este grupo de pessoas as causas das doenças representam um acúmulo ou até um ciclo, como se observa nas palavras de uma das

entrevistadas, C, não havendo uma cisão corpo–espírito quando o grupo narra a causalidade das doenças que os acomete.

C: “*Eu vou te dizer uma coisa que me ocorreu: eu não sei se é a gordura ou a emoção, porque vem as duas juntas então eu não sei, quem desencadeia o que e ficam nessa causação circulativa, quem chega primeiro, se dá para saber quem chega primeiro...*”

7.2.2. Diagnóstico da Doença

A maioria dos entrevistados descobriu ser portador de doença crônica por acaso, ao realizarem ou um exame médico periódico ou ao procurarem auxílio médico por outra causa, porém, nem todos se consideraram doentes após esta descoberta, isto é, o diagnóstico médico *per si* não configurou, para alguns, fato suficiente para que se considerassem como enfermos. Para algumas destas pessoas, diagnosticados há vários anos como portadores de DCNT, ainda hoje a doença não existe.

O fato da maioria dos diagnósticos terem sido realizados por acaso não é de se estranhar, pois as DCNT costumam permanecer silentes durante boa parte de sua evolução. Entretanto o sentir–se doente não se relaciona apenas com o ter ou não sintomas. Vivenciar uma doença é relacionar–se de forma conflituosa com o social, sendo que o doente só se sente doente quando deixa de realizar atividades que lhe dão a sensação de pertença a um grupo.

O primeiro estudo com esta temática foi desenvolvido por Talcott Parsons, o qual cunhou a expressão *sick role*: o indivíduo somente passa a ser considerado doente e desobrigado de determinadas obrigações sociais, ao procurar tratamento. Este deve ser ministrado por uma autoridade profissional competente e o doente deve cumpri–lo, daí ser a enfermidade uma realidade social. (GAZZINELLI *et al.*, 2005)

Telles e Pollack (1981) mencionam que o adoecimento se inicia com sensações internas que produzem um mal estar na pessoa, o qual pode ou não ser considerado uma doença, dependendo das normas e atitudes sociais, tornando o

adoecimento um processo de legitimação social. Destacando que os mecanismos de controle social são complexos e que abrangem inclusive as sensações internas das pessoas, haveria quatro estágios de legitimação social entre o sentir-se mal e o ser doente. No primeiro, existe um reconhecimento pela rede social da doença ou não; a seguir esta mesma rede indica quais sentimentos são socialmente aceitáveis como manifestação daquela enfermidade; na sequência, os indivíduos demonstram a validade de seus sentimentos e, por fim, o indivíduo é encaminhado a pessoas socialmente aceitas como legitimadoras oficiais do adoecer, na sociedade ocidental, os médicos. Somente após todo este processo é possível dizer se o indivíduo está ou não enfermo.

Portanto, ser considerado doente implica no reconhecimento e redefinição pela sociedade da pessoa no papel de doente, além do auto reconhecimento como tal.

Como já citado, as categorias *illness*, o que é doença para a pessoa, *disease*, a doença para o modelo biomédico, e *sickness*, o reconhecimento social da doença, permeiam o processo de sentir-se ou não doente. Desta forma, *illness* e *disease* nem sempre estabelecem uma relação direta, podendo haver uma sem haver a outra. Como exemplo podem se citar situações relacionadas à hipertensão arterial onde podem ocorrer: interrupções de medicações por parte de enfermos que não se sentem doentes; pessoas que só se sentem doentes quando ocorre um evento dramático e súbito como um AVE; adoecidos que se sentem doentes ao auferir sua pressão e a constatarem elevada, mas o médico ainda não atribui a este fato o diagnóstico de hipertensão, entre outras situações. (EISENBERG, 1977)

Adotamos por apresentar nesta categoria as falas dos entrevistados segundo as doenças diagnosticadas, haja vista a existência de alguns padrões de comportamento e percepções a estas ligadas. A primeira doença a ser descrita será a hipertensão arterial. A maioria dos entrevistados acometidos não se consideram doentes, sendo que, alguns, ao serem inqueridos sobre quais doenças tinham nem sequer a citaram. Alguns só mencionaram ter hipertensão arterial quando, ao relatar quais medicamentos faziam uso, foram questionados pela pesquisadora, pois aqueles eram especificamente medicamentos anti-hipertensivos.

I1: *“Doença? Não, na minha opinião não, porque é leve, não interfere.”*

D: *“O que é essa hipertensão, esse colesterol? Não é nada.”*

T: *“Eu não estou mais doente! Então eu estou assim... tive angina, um pré-infarto e tomo remédio para pressão”.*

Todos os entrevistados hipertensos não apresentavam sintomas antes de receberem o diagnóstico médico da doença, exceto um dos entrevistados que já vinha apresentando dores de cabeça frequentes que foram atribuídas por um médico ortopedista à problemas de coluna, dores estas que aumentaram progressivamente de intensidade e culminaram em um AVE, motivo de internação e diagnóstico da hipertensão.

M1: *“Eu não sabia que tinha pressão alta, a primeira manifestação foi o AVC, já deu o derrame, eu tive uma forte dor de cabeça na nuca, eu trabalhava numa metalúrgica, eu era encarregado geral de uma metalúrgica multinacional, e me deu uma forte dor de cabeça, fortíssima, violenta, aí me socorreram na enfermaria e na enfermaria me falaram que eu tinha que procurar um médico. Aí procurei um médico, procurei, aí me mandaram para um ortopedista. Fui, me puseram colete, tudo, mas a dor de cabeça não melhorava! Aí fui em outro médico que não me lembro a especialidade dele, ele mandou eu continuar com o colete e me deu um remedinho para eu tomar e esse remedinho que foi que me aliviou, me dava muito sono, era controlado até esse remédio, relaxante e aí a dor parou. Um ano depois eu tive um AVC.”*

Alguns dos entrevistados com hipertensão arterial ressaltam que não acreditaram ou não se sentiram doentes após receberem o diagnóstico médico, decorrendo um intervalo de tempo para que começassem a se tratar, pois não tinham nenhum sintoma e a pressão encontrava-se controlada. Desta forma, o tratamento só aconteceu após um evento de descompensação da doença e aparecimento de sintomas.

U: *“Fiquei hipertensa aos trinta anos, quando tive meu filho. Mas vim mesmo a me tratar aos 36 anos... então não me preocupei com a pressão até ter tido uma crise e ir parar na UTI”.*

H1: *“Sempre foi ótima minha pressão! Operei as coronárias há 4 meses, não tomava remédio, não sentia nada.”*

J1: *“Eu tenho pressão alta. Demorei para acreditar! mas eu tenho pressão alta. Tive um começo de derrame, agora...”*

C: *“A pressão alta, eu não sei, foi um cardiologista que eu fui, a pressão mais alta que eu tomei conhecimento foi 18, num momento de um stress, eu estava no hospital, e toda vez que eu fui ao medico, tomando ou não tomando remédio, normalmente é 12 por 8, 13 por 9, em nenhum lugar eu tive uma pressão mais alta que essa. Só essa vez no hospital... eu tomo, esse remédio é caro, mas eu tomo.”*

Entretanto quando a hipertensão arterial está associada à DAC ou AVE, os entrevistados mostram-se preocupados, por serem estes eventos percebidos como graves e estarem relacionados à possibilidade de morte. Assim, a necessidade de controle da pressão arterial é mais premente para estes.

L: *“O senhor tem três artérias entupidas e precisa operar fazer uma revascularização. Internei, e quando marcaram a cirurgia, eu pedi para minha mulher chama o padre que eu vou fazer uma unção dos enfermos, pois eu posso não voltar, eu posso morrer. O padre veio, eu comunguei, e a medica brincou: pensei que fosse achar o seu marido moribundo!”.*

K: *“Nunca me preocupei com a doença, recebi normalmente o diagnóstico, me preocupei um pouco quando um dia trabalhando no escritório comecei a sentir umas dores no peito. Fui ao médico, e ele me examinou e mandou fazer exames.”*

O principal fator apontado como desencadeante do aumento ou descontrole da pressão arterial é o estresse, seguido pela alimentação.

S: *“Minha pressão sobe sempre que eu passo nervoso, da última vez subiu depois que eu fui no supermercado e na hora de pagar que eu fui ver na minha bolsa, cadê minha carteira? Foi roubada. Eu sempre vou de taxi, mas desta vez resolvi ir de ônibus e fui roubada. Levei aquele baque! A gente é assim, a pressão sobe às vezes do nada, mas às vezes tem até motivo, eu fui para a delegacia.”*

Q: *“Eu tive crise aí, eu pensei que ia morrer aqui na porta, a semana passada, passei mal, mal, minha pressão subiu, foi medido, estava dando 19X15, foi um torresmo maldito que me deu vontade de comer, ele estava muito salgado, mas já estava na boca... engoli e comi assim mesmo!”*

Ao analisarmos as falas dos entrevistados, notamos que a maioria destes entrevistados faz uma diferenciação clara entre ser doente e estar com a doença. No primeiro caso, o indivíduo passa a ser um doente, portanto incapacitado, exigindo maiores cuidados ou até dependente. Já no segundo, condição transitória, a pessoa convive com a enfermidade no dia a dia, gerenciando sua condição.

A maioria destas pessoas se considera portador de pressão alta controlada, sendo que eventualmente esta pressão sobe e causa desconforto, relacionada aos fatores desencadeantes citados. A pressão alta é por eles caracterizada como uma perturbação caracterizada por picos de elevação da pressão.

Em algumas falas aparece a diferenciação entre pressão alta e hipertensão arterial, esta última entendida como uma doença com maior gravidade e que necessita de auxílio médico imediato. Um dos entrevistados, inclusive, cita que o prefixo *hiper* de hipertensão não se aplica ao seu caso, já que significa algo muito grande, uma doença com maior gravidade da que o acomete. Esta enfermidade caracteriza-se pela pressão não controlada e altos níveis pressóricos.

A: *“Eu trabalhava dentro da firma mesmo, né, e um dos exames médicos, no periódico, né, ele detectou que eu era realmente um hipertenso, hoje tenho ela sobre*

controle, em uma situação cômoda, mas naquele tempo era 17X10, 18X10, bem elevada. Fui internado duas ou três vezes que ela chegou a 21 x12, a ultima vez até, há três anos ela chegou a 17x10, e sobrevivemos a uma situação de pico alto, o máximo!”.

G: “Não tenho hipertensão, de vez em quando tenho pressão alta, mas muito difícil. Hiper é muito grande! Não tenho hipertensão.”

I1: “Eu tenho pressão alta.”

J1: “Não tenho hipertensão! Minha pressão tá controlada.”

R: “A minha pressão é normal, mas tem muitas vezes que ela sobe.”

Em pesquisa realizada no interior de Minas Gerais com idosos com hipertensão arterial, observou-se que a maioria dos indivíduos foi diagnosticada por acaso e que faziam uma distinção entre problema de pressão e pressão alta. O primeiro é algo do dia a dia que não traz grandes problemas, já pressão alta é algo abrupto, preocupante e que deve ser tratado. Para os pesquisadores, estas pessoas aparentemente apresentam *disease* hipertensão, com um discurso semelhante ao biomédico no que tange às suas causas e consequências, porém, quando se aprofunda a questão, nota-se que elas se apropriam dos conceitos biomédicos e os resignificam em uma *illness*, daí pressão alta e problema de pressão. (FIRMO *et al.*, 2004)

Em outro estudo realizado com ex-combatentes das forças armadas americanas que frequentavam um serviço para tratamento de hipertensão, notou-se que estes diferenciavam duas doenças: hiper-tensão e pressão alta. A hiper-tensão associa-se ao estresse crônico e ao estresse no trabalho, à traços de personalidade como se algumas pessoas fossem mais tensas do que outras. É enfermidade herdada, mas não é uma doença psicológica e sim física, daí o uso de tranquilizantes não serem considerados por estes entrevistados como uma terapia adequada. A

comida, principalmente alimentos gordurosos e sal, são tidos como fatores causais. Já a pressão alta é a doença dos médicos, a explicação que é dada por estes para o aumento da pressão e não é desencadeada pelo estresse. (BLUMHAGEN, 1980)

Heurtin–Roberts e Reisin (1992) em pesquisa realizada com portadores de hipertensão arterial atendidos em um hospital de Nova Orleans, encontraram uma parcela destes que diferenciavam duas doenças: fluxo arterial elevado e pressão alta. A primeira doença está relacionada à hereditariedade e dieta, daí poder ser tratada com medicamentos e ser mais fácil de controlar. Já a segunda, encontra-se ligada à traços de personalidade e estresse, portanto os medicamentos não fazem efeito. Ambas as doenças podem acometer a mesma pessoa. Mesmo os pacientes que não distinguiam estas duas doenças refeririam, entretanto, que conheciam pessoas que acreditavam nesta distinção, o que indicaria a difusão da crença.

Já em pacientes portadores de pressão alta em Ribeirão Preto, São Paulo, esta diferenciação entre duas doenças não foi observada, sendo que a maioria dos entrevistados também foi diagnosticada por acaso e creditava estar doente devido à problemas emocionais, alimentação inadequada, herança familiar, abuso de álcool, obesidade ou pelo consumo de tabaco. Estes entrevistados acreditam ser sua doença de difícil controle por ser causada por nervosismo, preocupação, ansiedade, ou problemas familiares. (PÉRES *et al.*, 2003)

Dentre o grupo pesquisado, uma parte dos entrevistados não crê ser portador de hipertensão arterial e alguns, apesar de utilizar medicamentos anti-hipertensivos, quando inqueridos sobre quais doenças os acometem, sequer mencionam a hipertensão. Uma parte dos entrevistados demorou certo período de tempo para procurar tratamento, e, somente após eventos como internações ou presença de DAC associada ou após um AVE é que se tornaram mais preocupados com a enfermidade. Este tipo de comportamento é citado por outros pesquisadores, que ressaltam que os indivíduos adoecidos tendem a se preocupar menos com ela, pois não produz quase nenhum sintoma. (CARVALHO *et al.*, 1998)

Inferimos que, para este grupo pesquisado, a hipertensão arterial aparece resignificada como uma *illness* causada principalmente pelo estresse, familiar ou no

trabalho, mas também pela alimentação, com destaque para a ingestão de sal, também fatores de exacerbação da doença. Associada à genética, apresenta certa inevitabilidade. Só é reconhecida e considerada como uma doença que deve ser rapidamente tratada quando relacionada a eventos graves como DAC ou AVE ou quando a pressão se eleva a níveis considerados alarmantes pelos entrevistados. Na maioria das vezes, quando os níveis pressóricos encontram-se controlados, não causando preocupação a estas pessoas, sequer é considerada uma doença. Alguns entrevistados, inclusive diferenciam sua condição da hipertensão, considerada mais grave.

Já os entrevistados portadores de diabetes apresentaram sintomas que são percebidos pelo grupo como próprios da doença, ou por comentarem com um familiar a respeito do que sentiam e estes diagnosticarem diabetes e recomendarem exames, ou por terem lido ou ouvido a respeito destas queixas e sua relação com a doença. O aparecimento destes fez com que procurassem auxílio médico e recebessem um diagnóstico. Estes mesmos sintomas são associados por estas pessoas como indicativos de uma descompensação da doença.

O sistema popular de cuidado provê uma linguagem que é passada de geração a geração, através da qual as pessoas expressam sua experiência de doença. Esta linguagem proporciona um conjunto de ideias, modelos cognitivos, expectativas e normas que guiam a resposta individual, familiar e de sua vizinhança a uma dada doença, proporcionando a construção de significados à experiência da doença e seu cuidado. A medicina popular aparenta ser uma *bricolage*, uma colação de elementos que podem *ser usados sempre que vier a calhar*, como define Levi-Strauss. (GOOD, 1977, p. 30) Portanto, a partir da identificação de um rol de sintomas culturalmente associados à diabetes, estes entrevistados definiram sua doença, antes mesmo da procura de um diagnóstico validado por um médico. Assim, sintomas como tonturas, sede excessiva, emagrecimento são associados à doença e fazem com que estes indivíduos procurem auxílio.

Porém, mesmo com estes sintomas presentes, uma parte do grupo não se sente doente, pois o diabetes está controlado e não causa complicações ou leva à

internações. Nota-se um comportamento semelhante ao encontrado no grupo de portadores de hipertensão, onde novamente a diferenciação entre ser e estar doente aparece e a doença só é sentida como preocupante quando ocorre algum evento grave. Este aspecto é ressaltado inclusive pelos profissionais de saúde, entrevistadas F e J, acometidas por diabetes e hipertensão arterial.

S: *“Descobri que era diabética fazendo um check up logo depois que meu marido morreu e minha neta ficou internada com água no pulmão. Não tinha nenhum sintoma. Foi emocional. Continuo sem sintomas.”*

M: *“...aí eu comecei com muita sede, a emagrecer, fui no médico e tava com 180 de glicemia.”*

K: *“Estava meio cansado no escritório e aí um dia fui fazer exame de sangue e descobriu. Eu me acho controlado, meu médico não acha, mas eu me acho controlado, não tenho nenhum sintoma. A diabetes acontece na minha vida como uma preocupação menor, pois não tenho nem nunca tive nenhuma complicação. Vou ao médico, tomo as providências...”*

F: *“Eu tenho diabetes, não me sinto doente com diabetes.”*

J: *“Dieta não existe. A doença nem me lembro dela!”*

Novamente inferimos que estes entrevistados vivenciam o diabetes como uma *illness*, causada pelo estresse, pela alimentação e pela genética, também vista como uma disfunção do pâncreas. Associada a uma série de sintomas entendidos como característicos da doença e que indicam tanto sua existência quanto sua descompensação, a doença é tida por estes entrevistados como uma condição não preocupante, já que não se relaciona a eventos considerados graves. Destacamos a fala do entrevistado K que resalta a divergência de entendimento entre a sua interpretação da doença e a do médico que o acompanha.

Já a obesidade, apesar de ter sido diagnosticada como doença pelo médico, não é sentida como tal por nenhum dos entrevistados acometidos, não sendo motivo para procura de tratamento a não ser por questões estéticas relacionadas à forma do corpo ou por piorar determinadas condições como a dor na osteoartrose. Não é ainda relacionada por estes entrevistados como risco para outras doenças como hipertensão ou diabetes.

Sudo e Luz (2007) e Ribeiro e colaboradores (2009), destacam que a cultura ocidental valoriza a magreza, como já comentamos, e que esta cultura do corpo magro é alimentada pela biomedicina e transforma o indivíduo com sobrepeso e obesidade em um vilão de si próprio, que não se cuida, que não valoriza sua saúde. Não importa o que se faça para conseguir um corpo ideal, controlando-se a comida, os prazeres, exigindo um investimento que se afasta cada vez mais do natural. O corpo ideal é o jovem, magro e modelado, destacando-se que o gordo não terá saúde. Dentro de uma perspectiva foucaultiana, estes discursos demonstram a governabilidade sobre os corpos, legitimando que saúde é igual à estética corporal. Estas representações afetam o indivíduo com excesso de peso, que é levado a procurar o médico e ao uso de medicações para conseguir a forma perfeita, medicalizando-se assim, a obesidade.

Como já destacamos quando da causalidade da obesidade para este grupo, a medicalização desta fica clara nas falas dos adoecidos, que, inclusive, atribuem a doença ao efeito adverso da própria medicação que usaram para fins de emagrecimento.

Há ainda outras doenças que não são vistas como tal pelo grupo, como o hipotireoidismo, que não foi citado por nenhum entrevistado, apesar de que quando relacionaram os medicamentos que utilizam, tomarem fármacos para esta enfermidade. O mesmo ocorre com a osteoporose. Pudemos depreender, portanto, que a obesidade, o hipotireoidismo e a osteoporose são vivenciadas pelo grupo muito mais como *diseases* sem *illness*.

Já a dor crônica, considerada como um sintoma pelos médicos, é tida pelos entrevistados que dela padecem como uma doença incapacitante e que torna o dia a dia difícil de ser vivido, tópico que será mais bem abordado adiante, quando

descrevermos o convívio destas pessoas com a doença. A dor crônica é hoje considerada um importante problema de saúde pública, como destacam Lima e Trad (2007), não sendo um objeto de estudo valorizado pela biomedicina e considerado uma categoria anômala, parcialmente legitimada como doença.

A depressão, para estes entrevistados, é experimentada como o são o diabetes e a hipertensão arterial. Como as duas doenças citadas, os entrevistados revisitam o modelo hegemônico, transformando-o em um modelo próprio, em uma *illness*. A depressão é referida principalmente pelos idosos do grupo como uma série de sensações como tristeza, solidão, senso de inutilidade, medo da dependência, medo da morte e estresse causado por problemas conjugais e com os filhos e estresse do cuidador, e associa-se, principalmente, à dor crônica. Nestes casos, não é reconhecida pelos médicos, sendo por estes desvalorizada e atribuída ao próprio processo de envelhecimento.

R1: *“... os médicos não ligam, eu falo: doutor a dor piora quando fico sem trabalhar no taxi, ele diz: que nada, o senhor já tem idade, tá na hora de descansar. Descansar! Aí pedi um remédio, falei: doutor é depressão, me dá um remédio que ajuda, ele diz: que nada, o senhor está ótimo, com essa idade, está ótimo, aí trabalhando. Ótimo! Queria que ele sentisse a dor que eu sinto [emocionado]...”*

Martin e colaboradores (2012) destacam que estudos clínicos realizados em culturas não ocidentais ressalvam ser a depressão caracterizada pelas pessoas muito mais como uma série de sintomas somáticos do que psicológicos. Trata-se de agravo que vem ganhando importância na vida cotidiana das pessoas e que traz tanto sintomas que se aproximam do modelo biomédico quanto outros. Como seu diagnóstico é feito pelos profissionais de saúde com base na presença de critérios sintomáticos, o não preenchimento destas condições faz com que não seja passível de diagnóstico e terapêutica. Desta forma, a depressão pode ser mais bem definida como uma condição social com componentes clínicos, o que propiciaria uma proposta terapêutica mais eficaz.

Para os entrevistados portadores de câncer, o diagnóstico teve um efeito totalmente diferente do que é relatado pelos portadores de hipertensão e diabetes. Palavras como medo, nervoso intenso, depressão, são frequentemente associadas à doença. A palavra câncer é associada de pronto com a morte, esta vinda de forma dolorosa e com muito sofrimento.

A: *“A primeira notícia deixa a gente baqueado, a gente perde o chão, assusta, assusta mesmo, a gente se sente, como se diz? A gente se sente como se estivesse no fim mesmo... mas depois a gente vai se assimilando...”*

G: *“Quando recebi o diagnóstico fiquei preocupado pela minha família, porque meus filhos estavam estudando, então, fiquei preocupado. Eu não tinha nenhum sintoma. Não fiquei desesperado e tenho um respaldo extraordinário [a esposa] e ela mesmo disse vamos tratar e vamos para frente. Mas pensei que ia morrer!”*

O: *“Parece até uma coisa chocante o que vou dizer, mas é a expressão da verdade, eu não tive sensação de medo nenhuma. No meu conceito câncer era atestado de óbito e eu tinha aqui em casa um ferramental de marcenaria, que eu gosto de fazer coisas, bom eu me desfiz do ferramental, dei para marceneiros que eu convivia, eu sabia que eu ia embora! Eu tinha mil discos de jazz, doei.”*

E: *“Ah! É uma tijolada, terrível! Há 14 anos atrás era pior, pois hoje as pessoas tem informação. Eu acho que estava meio desinformada na época, então eu acho que para mim foi terrível. Achei que fosse morrer, fiquei deprimida. A cabeça da gente não dá para avaliar. Agora nem lembro mais que ele existe.”*

Cinco dos participantes, B, E, C1, B1 e P1, tiveram sintomas que os levaram à procura de um médico e à realização de exames diagnósticos que confirmaram a presença de um câncer. Os demais entrevistados portadores da doença referem tê-la descoberto por acaso, durante a realização de exames de rotina.

R: *“Eu fui numa médica por que eu tinha ido no médico que eu sempre ia, mas eu tava botando muito sangue, aí ele disse toma este remédio, fica três meses, e daqui a três meses volta. Mas aquilo não parava! Aí eu falei para o meu marido procurar no livrinho do convênio e vê uma doutora, mas eu quero mulher. Aí ele falou: tem uma aqui com o nome estrangeiro, vamos nessa. Foi a minha salvação, Deus em primeiro lugar e depois essa mulher! Aí depois eu marquei a consulta e fui com a minha filha. Ela foi taxativa e disse estou desconfiando que a senhora está com câncer...”*

A: *“Bom, depois dos 45 anos, todo ano eu fazia um check-up, então eu passei, eu fazia inclusive holter, endoscopia, então eu vinha fazendo o acompanhamento, PSA, toque retal, o PSA sempre em torno de 5 e nunca saía disso. Aí de uns três anos para cá o PSA subiu, de seis em seis meses, o PSA subiu muito. Tanto é que o médico com quem me consultava achou que o toque retal não ia mais dar resultado porque ele não achava nada, não achava nada no toque retal, então sugeriu uma biopsia, então eu fiz e realmente deu dois tumores, então eu falei: o que a gente vai fazer? Vamos encarar isso aí e”*

Uma das entrevistadas, mesmo apresentando alterações na mama, demorou a procurar um diagnóstico, pois tinha medo de saber o que era.

E: *“Eu sentia uma leve diferença na mama, era mais uma região endurecida e tinha feito uso de hormônio, aí descobri o câncer. Demorei para procurar ajuda, tinha medo...”*

Outro entrevistado, P1, médico, refere que se recusava a realizar exame de toque retal, achando-o dispensável, só fazendo acompanhamento através de exames laboratoriais. Quando começou a apresentar sintomas urinários, os atribuiu ao envelhecimento, porém, com a piora, obrigou o a investigar estes sintomas, descobriu ser portador de câncer de próstata, já em estágio avançado.

O câncer é uma palavra que por si só as pessoas associam à morte, uma morte com muito sofrimento e dor, apesar de todo o progresso realizado em seu

tratamento. O câncer afeta órgãos do corpo tidos como constrangedores como o seio, cólon, reto, bexiga, próstata e impõe tratamentos mutiladores, o que torna alguns tumores mais vergonhosos que outros. É uma doença vista pela sociedade como causada pelo próprio indivíduo, como uma punição por seus comportamentos como por suas reações e emoções. (SONTAG; 2007; ARIÈS, 2012)

Este medo fica claro nas falas dos entrevistados, inclusive nas falas dos entrevistados E e P1, os quais demoraram a procurar ajuda, pois já sabiam o que os acometia, mas tinham medo do diagnóstico. Este medo do diagnóstico é citado por outros autores, destacando a imagem que a doença ainda hoje tem da inevitabilidade da morte. (FUGITA E GUALDA, 2006)

A mesma visão de inevitabilidade da morte trazida pelo diagnóstico de câncer é repetida pelos portadores de enfisema, porém com uma diferença: os últimos sequer desejam citar o nome de sua doença para os demais. A associação DPOC com incapacidade e morte faz com estes entrevistados utilizem a denominação asma para suas enfermidades, o que é visto por eles como uma forma mais branda e socialmente aceitável de doença pulmonar. Este tipo de relato é referido em outras pesquisas, onde os portadores destacam o caráter incapacitante e progressivo da doença, associado a um senso de inutilidade e descontrole, já que as crises nem sempre são previsíveis. Assim, estes enfermos escondem dos demais a sua doença para evitar serem estigmatizados. (BOYLES *et al.*, 2011)

Kleiman (1980) menciona que diferentes sociedades e diferentes grupos étnicos em uma mesma sociedade frequentemente colocam diferentes rótulos na mesma síndrome, os quais mudam ao longo do tempo. Estas rotulagens permitem que doenças que são estigmatizadas pela sociedade quando denominadas pela linguagem médica, passem a ser aceitas quando nomeadas segundo o modelo explanatório leigo. Assim, para estes entrevistados, ser portador de asma, uma doença associada à alergias e à infância, ameniza seu diagnóstico, já que, para eles, o enfisema se associa à velhice e dependência progressiva.

A sociedade moderna expressa as doenças como duas metáforas. A primeira transforma todos os desvios sociais em enfermidades passíveis de serem tratadas

com medicamentos, o que as simplifica. A segunda visualiza a doença como fruto da mente, um fato psicológico, tornando a pessoa a única responsável pela sua melhora. Assim, enquanto a primeira metáfora mitiga a culpa, a segunda a restabelece, fazendo com que o paciente mereça a doença. (SONTAG, 2007)

Os entrevistados portadores de enfisema, também tiveram sintomatologia prévia que os levou a procurar um médico, recebendo um diagnóstico. Apesar da falta de ar frequente e progressiva, estes só procuraram auxílio ou quando tiveram uma internação pela doença pulmonar ou quando apresentaram restrições à execução de atividades usuais do dia-a-dia. Constatamos nas falas destes entrevistados, como já citamos, que o enfisema é tido por eles como uma doença grave e incapacitante, cujo diagnóstico deve ser escondido, pois está relacionado ao fim da vida e à dependência, grande temor do grupo.

O: *“Eu comecei com dificuldade de andar, cansava, ficava ofegante, então procurei um médico,...”*

C: *“Tenho DPOC, é enfisema no frígir dos ovos, DPOC é disfunção pulmonar obstrutiva crônica. Aprendi a falar que não é enfisema, é asma, porque enfisema todo mundo arregala os olhos, asma tudo é normal, é porque enfisema é fim de vida, eu não admito, absolutamente.”*

D1: *“Falo que tenho asma, é melhor, não assusta! Se eu não tratar eu tenho crise prolongada preciso ficar internado, quando eu não tinha plano de saúde eu ficava internado até 15 dias para passar a crise. Eu tomava tanto corticoide que o meu rosto ficava redondo.”*

Nesta pesquisa, a entrevistada N, portadora de Doença de Chagas, também refere o medo que teve quando ficou sabendo do que era portadora, medo advindo das experiências vividas por ela junto à pessoas de sua cidade e família que também tinham a mesma doença, como anteriormente narramos.

N: “...quando eu descobri eu achei que eu ia morrer no outro dia porque morria muita gente lá, morria muito inchado...”

Notamos que, além da morte, o que mais incomoda N é o mesmo que incomoda aos portadores de enfisema: a dependência e a estigmatização. A estigmatização das doenças incapacitantes já foi discutida quando da análise da causalidade contagiosa referida por N para a Doença de Chagas, e encontra-se associada não com uma lesão física, mas com a incapacidade produtiva. Quais doenças são estigmatizadas, quais são consideradas como deficiências, quais serão consideradas como doenças, não são definições biológicas e sim culturais e sociais, como já ressaltamos. (CONRAD E BARKER, 2010)

O grupo entrevistado, a partir de um conjunto de significados, símbolos, experiências e crenças pessoais, familiares e relacionadas a seu grupo social, vivenciam suas enfermidades como *illness* e não *diseases*. Estes modelos apresentam pontos de convergência e divergência em relação ao modelo biomédico, alguns dos quais são por eles explicitados. Há *diseases* que sequer são experimentadas pelos entrevistados, como a obesidade, o hipotireoidismo e a osteoporose e há *illness* não consideradas como *diseases* pelos médicos, como a dor crônica e a depressão. Os adoecidos do grupo reinterpretem e reelaboram o discurso médico hegemônico em um saber próprio que faz com que determinados tratamentos sejam mais buscados que outros, como abordaremos a seguir.

7.2.3. Itinerário Terapêutico

Itinerário terapêutico pode ser definido como uma: “*rede de relações estabelecidas entre o indivíduo e familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas, serviços de saúde e os vários e diferentes grupos com que cada pessoa se inter-relaciona ao longo de sua existência. As escolhas de cuidados*

resultam então de operações racionais baseadas na lógica e na avaliação do custo-benefício para os momentos de saúde e/ou doença, isto é, para manutenção e resgate da saúde ou combate à doença” (ROSA et al., 2011)

Toda cultura possui sistemas de cuidados com a saúde ou *health care systems*: sistemas culturais de significantes simbólicos que se encontram ancorados em um arranjo particular de instituições sociais e relações pessoais, inter-relacionando as atividades de saúde. Em cada cultura a doença, as respostas a ela, as experiências individuais, os tratamentos e as instituições a estes relacionadas são sistematicamente interconectados em sistemas de cuidados com a saúde, os quais por sua vez, integram os sistemas culturais maiores relacionados à saúde e compostos por um conjunto de crenças sobre a causalidade das enfermidades, normas que governam as escolhas e avaliação do tratamento, papéis legitimados de doente e curador, relações de poder, as diversas interações e instituições. (KLEINMAM, 1980)

Estes sistemas são mapas cultural e socialmente produzidos, de e para uma área específica do comportamento humano onde as crenças e comportamentos; os locais de interação como casas ou consultórios; as restrições econômicas e políticas de acesso; os tipos de tratamentos disponíveis e os tipos de problemas de saúde, entre outros, são influenciados por instituições específicas como os hospitais; os papéis sociais de estar ou não doente; as relações interpessoais tais como médico-paciente, família-paciente e rede social-paciente, todos imersos em uma configuração de significados culturais e relações sociais que não pode ser entendida fora deste contexto. (*ibidem*)

Deste modo, todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas constituídas por três setores diferentes: profissional, tradicional e popular, cada um com um conjunto de crenças e normas específicas legitimando diferentes terapêuticas. O setor popular, o maior dos três, é aquele em que a família e o grupo social mais próximo possuem papel mais importante, é um espaço onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura. O setor profissional possui a biomedicina como forma de prática de saúde e, mesmo não sendo o maior, é o hegemônico nas sociedades

ocidentais, buscando impor-se aos demais, medicalizando-os. Já o setor tradicional abrange outras práticas de saúde como as religiosas e outras formas de cura. (*ibidem*)

Os médicos, pensando em *disease* avaliam a eficácia do tratamento como *curing*, ou seja a cura mediante correções dos sistemas e órgãos afetados. Já os doentes desejam *healing* para a *illness*: ou seja, a eficácia do tratamento situa-se no plano do significado social e cultural. Esta distinção é de suma importância para o manejo das doenças crônicas e da atenção primária à saúde, pois, nesta última, mais da metade dos problemas que ocorrem na prática médica são *illness*, porém *healing* não é reconhecida no campo biomédico e sim no campo do autocuidado, do cuidado familiar e da psicoterapia. Como o modelo biomédico não reconhece nem *illness* nem *healing* há falhas e atritos. (*ibidem*)

O Sistema de Cuidados com a Saúde é, portanto, uma instituição social onde ocorre a interação de, no mínimo, o doente e seu curador e onde são mobilizados recursos do enfermo, de seu grupo familiar e da sociedade onde se inserem, que suportam o problema do adoecido. Já a Teoria da Doença corresponde à explicação e crenças que as pessoas têm sobre o mal que os acomete, sobre suas doenças e sua causalidade e sobre as possibilidades de tratamento. Ambos os constructos, quando associados, constituem a forma de interpretar e enfrentar a doença compartilhada socioculturalmente. (CAROSO *et al.*, 2004)

Todos estes entrevistados, a partir de quando se sentiram doentes ou logo após o recebimento do diagnóstico, procuraram atendimento dentro do modelo médico hegemônico, o que é corroborado por várias outras pesquisas realizadas com portadores das mesmas afecções. O tratamento alopático com consultas médicas e exames é sempre procurado, apesar de médicos e adoecidos terem representações diferentes sobre o processo de adoecimento e sobre o que é cura e alívio, pois é mais prático para ambos. Este comportamento somente exprime a medicalização da sociedade atual, onde o médico é tido como o único profissional de saúde legitimado para propiciar melhora das enfermidades, em uma postura ideológica que encobre as causas dos conflitos e das doenças, prometendo o impossível, exercendo assim as

funções de regulação e controle descritas por Foucault. (ALVES, 1993; WENDHAUSEN E REBELLO, 2004)

Paralelamente ao setor profissional, entretanto, várias práticas de alívio e cura foram procuradas pelo grupo, as quais são tidas como propiciadoras da integração corpo-espírito, o que proporciona significado aos sofrimentos, como descrito em várias outras pesquisas realizadas no Brasil. Estes estudos demonstram ainda que a grande maioria dos adoecidos não relataram aos médicos a procura e o uso destas outras terapias. (MYNAIO, 1988; CANESQUI, 2007; SCHEFER *et al.*, 2009; GENTIL *et al.*, 2010; BARSAGLINI, 2011)

Estudos levados à cabo com a população argentina moradora da área urbana e rural, demonstram que remédios caseiros, novenas, padres, pastores tem importante papel no processo de alívio e cura dos adoecidos portadores de doenças crônicas, principalmente entre os evangélicos e católicos carismáticos, independentemente de grau de instrução ou nível socioeconômico. Desta forma, neste país, há uma verdadeira etnomedicina que é uma mescla da biomedicina, da medicina caseira e medicinas tradicionais, incluindo a religião, sendo que as classes de maior poder aquisitivo recorrem a ela com mais oportunidade de possibilidades terapêuticas. Algumas destas representações são contraditórias com a visão médica hegemônica, mas, mesmo assim, são buscadas. Assim, neste país biomedicina nada mais é que uma explicação no meio de tantas outras. (MOLINA, 2004; SAIZAR E DISDERI, 2004; ALGRANTI, 2007)

Estudos semelhantes realizados em no Brasil e em vários outros países apontam percursos múltiplos que os adoecidos com doença crônica realizam em busca de alívio para seu sofrimento. (MINAYO, 1988; MUÑOZ *et al.*, 2003; BOLTANSKI, 2004; HARVEY E SILVERMAN, 2007; MORENO-ALTAMIRANO, 2007; VELASCO *et al.*, 2010)

Laplatine e Rabeyron (1989) destacam que as medicinas alternativas são mais procuradas pela classe média e alta, urbana, jovem e principalmente mulheres, o que não é corroborado pelas pesquisas mais recentes, que mostram que, independentemente do estrato social, do local de moradia e do sexo, os adoecidos

percorrem vários itinerários terapêuticos que incluem diferentes medicinas. Nesta pesquisa, apesar dos entrevistados pertencerem, em sua maioria, aos estratos sociais médio e alto e serem moradores urbanos, as medicinas alternativas foram procuradas tanto por homens quanto mulheres.

As medicinas alternativas buscam preencher um vazio estabelecido com a modernidade e fragmentação da medicina. Como o sofrimento humano é desconsiderado pelos médicos, estas medicinas ganham importância ao colocar a relação curador paciente em primeiro lugar e não a tecnologia como ocorre com a biomedicina. (TESSER E BARROS, 2008) A medicina popular nas sociedades complexas está profundamente integrada à vida social e estruturas simbólicas de uma comunidade. Como produto de diversos períodos históricos e de diferentes tradições, ela permite integrar diferentes conceitos de doenças e terapias a padrões socialmente aceitos.

A partir dos anos 60–70 do século passado houve uma reabilitação de medicinas como a ayurvédica e a tradicional chinesa acompanhada por uma revitalização das medicinas xamânicas e ligadas às religiões afro-brasileiras, principalmente nos grandes centros urbanos. Na América Latina há hoje em dia, portanto, três grandes grupos de medicinas alternativas, todas com grande número de seguidores: a medicina tradicional indígena, a medicina afroamericana e as medicinas denominadas complementares. A primeira é a expressão das culturas locais, alicerçada em um sistema de cura baseado na integração homem–natureza. Desta advém as benzedeiças e erveiros. Já a medicina afroamericana, que também se ancora na fitoterapia, é mais espiritualista, sendo a cura realizada mediante entidades. É mais utilizada para doenças espirituais ou para aquelas que a biomedicina não tem perspectiva, como algumas doenças crônicas. Quanto às complementares, incluem a ayurvédica, a medicina tradicional chinesa e a homeopatia. (MADEL, 2005)

Além dos tratamentos com medicamentos e mudança de hábitos prescritos pelo modelo médico hegemônico, os portadores de DCNT entrevistados utilizam concomitantemente outros tipos de terapias. A fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia ou foram prescritos por profissionais de saúde ou foram buscadas

espontaneamente pelos adoecidos. Estas terapias são vistas pelos entrevistados como uma continuidade do tratamento biomédico, algo que o complementa.

Entre o grupo pesquisado, a fitoterapia aparece prescrita por nutricionistas, amigos ou familiares. A fitoterapia tem uma longa tradição, sendo empregada por todas as culturas. No Brasil, é prática que faz parte da cultura de vários povos, considerada um conhecimento de domínio popular, na maioria das vezes passada de geração a geração mediante tradição oral. O uso de ervas na forma de chás, emplastos, banhos ou outras formas é ainda prática frequente entre a população de maneira geral. Vários estudos demonstram os resultados simbólicos, farmacológicos e econômicos da utilização de plantas medicinais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A: *“Eu tive úlcera alguns tempos atrás, eu tive úlcera no duodeno, muitos anos que ela me perturbou, eu me lembro de ter feito um tratamento com um remédio de ervas de uma farmácia lá de São José do Rio Preto, e ela me deu um tratamento durante três meses e sumiu a úlcera, ela deixou de me incomodar, e na endoscopia só tinha uma cicatriz.”*

B: *“Tomo chá de pata de vaca para prevenir diabetes.”*

H: *“Tomo chá de pata de vaca e como linhaça por indicação da nutricionista”.*

A homeopatia foi citada como tratamento por apenas três entrevistados, C, H e Z, o que é corroborado por outras pesquisas que demonstram sua pouca utilização como tratamento no Brasil. (GENTIL *et al.*, 2010) Relacionada ao tratamento do estresse e enfermidades agudas, não é, entretanto, reconhecida por estes entrevistados como efetiva para as doenças crônicas que os acomete.

Z: *“Tratei uma amigdalite há muitos anos atrás. Funcionou muito bem, não precisei operar. Para diabetes, não confio.”*

C: *“Melhora muito estresse, uso direto, me ajuda muito, não nas crises [de falta de ar].”*

H: *“Quando tenho dor de garganta ou algo assim recorro a uma homeopatia, compro medicamentos homeopáticos na farmácia.”*

Ambas, a homeopatia e a medicina chinesa são consideradas medicinas vitalistas, onde a vida é tida como um movimento de energia vital, que, quando desequilibrado, gera doença. Sendo a doença um desequilíbrio, o indivíduo como um todo deve ser reequilibrado, o que pode explicar a procura destas terapias para o tratamento do estresse por estes entrevistados. (FERREIRA E MADEL, 2007)

Entre o grupo entrevistado a acupuntura é a medicina alternativa mais utilizada principalmente para o alívio de dores, mas também para o controle do estresse e para o emagrecimento. Os participantes que a procuraram não a veem como tratamento efetivo para a doença que os acomete, mas, por melhorar alguns de seus sintomas, entendem que ela proporciona melhor qualidade de vida e alívio.

C: *“Eu fiz um regime, fiz acupuntura, achei muito legal acupuntura, por que muda o metabolismo, mas não ensina como manter, já viu?”*

T: *“Um pouco de acupuntura para o stress. Não acho que a acupuntura alcance tanto como um entupimento de uma artéria, a mim não me convence, mas pode proporcionar um certo conforto, uma certa harmonia, a pratica da acupuntura sou favorável.”*

S: *“Já fiz acupuntura para as dores da artrose e melhorou um pouco, melhorei bem por um tempo, agora está começando de novo.”*

K1: *“Acupuntura eu já fiz, tenho uma sobrinha que trabalha com isto, mas devido à distância ficou difícil! A acupuntura deu muito resultado.”*

H: *"Fiz acupuntura por um tempo por causa de dor no abdômen, mas não resolveu nada, também não acho que ia resolver, porque eu tinha uma aderência e a dor só passou quando operei."*

G1: *"Eu tenho problema na coluna e estou fazendo acupuntura, não digo que cura, mas melhora!"*

Em estudo realizado pelo Centro Nacional de Estatísticas dos EUA, 81% das pessoas acometidas por dor crônica utilizam algum tipo de terapia alternativa, sendo a acupuntura a mais utilizada, seguida por orações e pela cura espiritual. Quando pesquisados serviços de atenção primária a saúde, este número engloba 84% dos indivíduos com dor crônica, novamente com destaque para a acupuntura. (HO *et al.*, 2009)

A acupuntura é considerada pela OMS como uma prática dentro da medicina tradicional chinesa (OMS, 2002b) e encontra-se muito difundida no Brasil, sendo praticada por profissionais da saúde como médicos e fisioterapeutas, sendo, na maioria das vezes, incorporada ao sistema biomédico.

Isto tem gerado algumas críticas, pois ao ser absorvida pelo modelo hegemônico, torna-se desarticulada com um sistema maior de terapêutica e cosmovisão representada pela a medicina tradicional chinesa, o que acarreta um empobrecimento dos significados e experiências do adoecimento. (TESSER E BARROS, 2008)

O estudo da medicina caracteriza-se pela teoria, pela prática e pela visão de mundo dos agentes, que interagem entre si e com o campo. Este se constitui em um lugar de luta, a qual se desenrola tendo como pano de fundo: *"o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto poder falar e agir legitimamente, de maneira autorizada e com autoridade, que é socialmente outorgada a um agente determinado"*. (BOURDIEU, 2009, p.122 e 123). O campo tem maior autonomia na medida em que quem tem maior competência pode impor sua linguagem de autoridade. Maior competência implica na maior

quantidade ou qualidade de capitais: econômico, simbólico, técnico e social. Cada agente ocupa um lugar na estrutura do campo e os que detêm menor capital tendem a ser fundadores de uma nova ordem. A medicina complementar passa a ser praticada pelos profissionais vinculado ao modelo hegemônico como sendo uma vanguarda, gerada pelo embate do poder no campo da saúde, o que é visto pelo leigo como um resgate simbólico e histórico contra o excesso de tecnologia e de especialização. (BARROS, 2000)

Devemos ressaltar que este grupo pesquisado, por ser usuário de planos de saúde, tem a possibilidade de utilizar nutricionistas, acupunturistas médicos e médicos homeopatas pelo convênio, sem custo além do valor já pago nas mensalidades, porém, todos os que procuraram estes profissionais o fizeram sem relação com o convênio, por indicação de amigos ou de familiares.

Como já mencionamos, não há para estes entrevistados uma cisão corpo-espírito, o que faz com que causas e curas sobrenaturais façam parte do seu dia a dia. Não há uma substituição do sistema médico hegemônico por outro, mas sim uma complementariedade de vários caminhos terapêuticos possíveis, os quais os entrevistados percorrem concomitantemente de acordo com suas crenças.

Alguns destes entrevistados buscaram alívio para seu sofrimento em outros tipos de terapias, às quais atribuem tanto a cura de suas doenças quanto de sequelas destas advindas. Estes tratamentos não são reconhecidos ou aceitos pela medicina hegemônica, diferentemente da fitoterapia, homeopatia e acupuntura, como já destacado. Este é fato irrelevante para estes entrevistados, já que, em nenhum momento consideraram a opinião de um profissional de saúde para realizá-los, tendo a procura por estes ou sido parte de sua prática religiosa ou indicação de familiares. Não são vistos como complementares, mas como algo que deve vir junto com o modelo médico hegemônico.

J1: *“Nunca deixei os remédios de lado, nunca deixei de tomar, porque o espiritual foi junto...”*

Da mesma forma que a causalidade, as curas sobrenaturais são preconceituosamente vistas pelo sistema médico hegemônico como características de estratos sociais mais pobres, pouco alfabetizados e que não dispõem de acesso ao sistema de saúde e por isso devem ir a curandeiros. (CONCONE, 2003) Nenhuma destas características sócio demográficas, entretanto, pode ser imputada ao grupo pesquisado. Devemos considerar ainda que este grupo de entrevistados inclui profissionais de saúde e que todos fazem parte de um programa que reforça periodicamente os paradigmas do sistema médico hegemônico em relação às suas doenças.

A preocupação do homem com sua saúde sempre o levou à busca de recursos eficazes, existindo várias evidências de que a eficácia destas recomendações sempre se basearam na fé dos doentes. Para Levi- Strauss (2012a; 2012b) a fé é a responsável pela cura ritual. A dor e a doença são vistas como algo estranho que perturbam um sistema cultural coerente que inclui o doente e a sociedade onde este vive, cabendo ao curador restituir as condições do sistema anteriores à esta perturbação. Para que a cura seja realmente eficaz deve existir uma conexão simbólica e crenças compartilhadas entre o doente, o curador e o seu grupo social. Destarte, o paciente reinterpreta seus significados e signos e a partir daí constrói uma realidade que o leva à cura, inserida em uma visão de mundo que a justifica. A este processo se denomina eficácia simbólica.

Vários autores destacam ser a cura e o alívio do sofrimento parte do sistema de cosmovisão dos indivíduos, de sua visão de mundo. As técnicas de cura espirituais são componente fundamental dos rituais de cura de todas as sociedades, desde o advento da humanidade. Elas buscam manter o indivíduo uno, isto é, integrar corpo e a mente do adoecido, restaurando seu papel social e o bem estar da comunidade. Os rituais de cura desempenham o papel de manter a coesão entre as pessoas, fortalecendo laços e identidade grupal. (ALVES *et al.*, 2010)

Turner define o ritual como sendo “*uma reafirmação periódica das condições sob as quais os componentes de uma cultura particular devem interagir para haver algum tipo de vida coerente.*”(apud Helman, 2009, p. 203) Assim, os rituais tem a

função de expressar valores básicos e orientações culturais chaves para aquele grupo, comunicando-os aos participantes e aos observadores. É ainda um processo criativo, pois cria e recria categorias através das quais as pessoas daquele grupo percebem a realidade, a estrutura de sua sociedade e leis de ordem moral e natural. Assim, reafirmam sistematicamente os valores e princípios, a forma como as pessoas devem agir e a cosmovisão de uma cultura.

O ritual atinge suas funções mediante símbolos: objetos padronizados, canções, falas, gestos, aromas e sons, dentre outros, que são introduzidos em uma ordem fixa. Estes símbolos são locais de armazenamento de várias informações, daí serem multivocais. Cada símbolo tem uma variedade de associações para quem participa do ritual, expressando como aquela sociedade se organiza, como vê o mundo natural e o sobrenatural. A reafirmação que o ritual apresenta é particularmente importante quando as pessoas sentem seu mundo ameaçado ou em um período de incerteza. (TURNER, 1974; HELMAN, 2009)

Como destaca Helman (2009):

“Quer a cura simbólica seja sagrada ou secular, a situação em que ela ocorre e os símbolos rituais usados são partes cruciais do processo de cura. Ambos desempenham um papel essencial, embora não-verbal, na criação de um mundo mítico, em termos do qual a cura vai ocorrer.” (*op. cit.*, p. 249)

Todas as medicinas são amplamente carregadas de símbolos em suas práticas, inclusive a biomedicina. Nesta última, desde o jaleco branco e o tom de voz do médico, até a forma como se comporta durante o exame do doente, são símbolos e a consulta médica nada mais é que um ritual.

Rabelo (1994) destaca que o ritual, mediante metáforas e analogias, constrói uma encenação com a qual o indivíduo se identifica, deixando de ser mero expectador e tornando-se participante, o que permite uma reflexão sobre sua experiência que consegue reorganizar seu mundo de acordo com os novos cenários construídos. Assim, a cura não seria um retorno a um estágio anterior à doença, mas sim “*a inserção do doente em um novo contexto de experiência*”. (*op. cit.*, p.49)

Portanto a fé não visa curar a doença e sim o modo de vida da pessoa, a partir de três tarefas interrelacionadas: a predisposição, ou seja, a crença do adoecido de que a cura é possível; o empoderamento, onde o doente é convencido de que a terapia será eficaz e, por último, a transformação, onde o enfermo é persuadido a mudar. (CZORDAS, 2008)

O processo terapêutico, portanto, é composto pelas sequências rituais do encontro curador–enfermo, pela vivência da enfermidade como um processo intrapsíquico, pelas escolhas e decisões tomadas pelo adoecido e, por fim, pela dimensão político–econômica do controle dos processos clínicos. (ANDRADE E COSTA, 2010)

Enquanto a medicina moderna despersonaliza o doente (TAUSSIG, 1980), não mais cumprindo seu papel ritual, a religião o reorganiza enquanto sujeito. Culturalmente a religião, organizada em função de símbolos sagrados, cria identidade e coesão entre as pessoas, inserindo–as em novos grupos de relacionamento e reforçando laços. (RABELO, 1994; AQUINO E ZAGO, 2007)

No Brasil, as igrejas neopentecostais surgem como dissidências de grupos evangélicos mais antigos e vem apresentando rápida expansão. Na sua visão de mundo há uma oposição rígida entre bem e mal, irreconciliáveis, onde o fiel só pode compartilhar o poder sagrado caso se alie definitivamente com o bem, trocando práticas consideradas mundanas pelas práticas e celebrações religiosas. A doença é vista como uma provação ou ataque do demônio, a fim de fazer calar aquele que leva a palavra. Nestes cultos, a cura busca retirar o mal que ocupa o corpo e que deve ser expulso mediante uma luta ritualística entre o bem e mal. (RABELO, 1993; 1994; CERQUEIRA–SANTOS *et al.*, 2004)

Para duas entrevistadas evangélicas a cura para o câncer de mama e para uma lesão pré–cancerosa em colo de útero, vieram das orações e da cessação da possessão demoníaca, causadora de suas enfermidades. Caso não tivessem orado e tido fé, as cirurgias realizadas pelos médicos não teriam sido suficientes para proporcionar–lhes cura.

D: *“Oração teve, muita oração, quando tirou para biopsia já tirou todo o tumor porque era muito pequeno. Olha eu acho, eu vou voltar ao assunto anterior: a minha cura foi muito mais espiritual que propriamente física, eu acho, eu acho, tenho certeza! Por que foi uma coisa inexplicável!”*

Q1: *“Eu tinha feito uma biopsia e tinha dado papanicolaou grau III. Orei muito, meus irmãos oraram também! Aí fiz nova biopsia e não tinha nada! Eu fui curada! Eu fui curada! Então o que eu posso falar para as pessoas: coragem , animo, nem tudo é desgraça, se você ficar assim vai ficar pior, tem que se levantar, tem que ter fé, tem que ter esperança, porque tudo tem uma resposta, tudo tem um porque e um para que, né?”*

Uma delas, D, cita ainda um episódio de cura mediante orações ocorrido com um seu sobrinho e da qual foi protagonista, já que sua função no templo que frequenta é a condução do ritual de orações para a cura das pessoas, para que o demônio seja retirado de seus corpos. Relata ainda a descrença e o pouco caso do médico que assistia esta criança e que esta cura foi comprovada mediante exames posteriores realizados.

Esta senhora convidou então, a entrevistadora a acompanhar um ritual de cura mediante orações de sua igreja. Durante este ritual, a entrevistada entoou orações em voz alta, quase aos gritos, e com as mãos impostas sobre a cabeça do adoecido, alcoólatra crônico e que procurava se curar. Pudemos observar algumas das alterações citadas pela entrevistada que ocorrem em seu corpo quando executa esta função no templo, tais como vermelhidão no rosto, tremores e suor. Após o término da oração, a entrevistada D demorou alguns minutos para se recuperar. A cura, no caso presenciado, não se consolidou, pois na palavra de D, o demônio que possui esta pessoa é muito poderoso e demandará um novo conjunto de rituais de orações.

No caso das entrevistadas neopentecostais, D e Q1, as doenças foram atribuídas ao demônio e estas foram curadas mediante orações que o expulsaram. Palavras como *“seta maligna”*, *“fé”* e *“cura pela palavra”*, no caso orações, foram

frequentemente utilizadas tanto para explicar tanto o porquê da doença quanto sua cura. Já a entrevistada C1, pertencente a outro ramo neopentecostal, não obteve sua cura, pois o seu marido, que segundo ela lhe transmitiu a doença através de contágio sexual e que estava repleto de “*malignidade*”, não aceitou a palavra, prejudicando-a. Diferentemente de algumas igrejas neopentecostais, as três entrevistadas não foram encorajadas ao abandono de outros tratamentos que realizavam. (CERQUEIRA SANTOS *et al.*, 2004)

Cirurgias espirituais fazem parte do tratamento proposto pela religião espírita. O espiritismo é uma religião com visão evolucionista, onde a fim de alcançar o desenvolvimento espiritual, ações moralmente relevantes devem ser desempenhadas, especialmente atitudes assistenciais e de caridade. A doença é uma interferência de espíritos menos desenvolvidos e a cura deve levá-los a evoluir, sendo o ritual pedagógico. (RABELO, 1993; 1994)

Cirurgias espirituais são citadas pelos entrevistados deste grupo, tanto para a cura em si da doença quanto para diminuir tumores e propiciar ao tratamento médico oportunidade para levar à cura. São citadas como método de cura inclusive por quem não se declarou espírita. O entrevistado B1, portador de linfoma e que declarou sua espiritualidade como holística, buscou este tipo de terapia por ter lido sobre ela em uma reportagem de uma revista semanal brasileira. Nesta reportagem, um artista famoso, também portador de linfoma, busca este auxílio antes do tratamento. (BATISTA JUNIOR, 2013)

Um dos entrevistados, após um AVE, ficou com sequelas que desapareceram após uma cirurgia espírita. Este mesmo entrevistado também realizou cirurgias espirituais para cura de DAC e de asma.

Q: *“Ah sim! Eu parti para outras! Além da medicina normal eu parti para outra, que me dei muito bem. Parti para cirurgia espiritual, de fazer essa cirurgia espiritual, eu confio muito, tenho fé e eu fui com fé. Eu estava com a boca torta, mão torta, a mão não fechava, não segurava nada, eu fui depois do derrame, eu fui, fiz e deu certo a cura das sequelas só foi espiritual, não foi da medicina. Eu tive bronquite asmática quando muito pequeno, mas fui curado com o espiritismo, nunca mais tive, também fiz*

cirurgia para o coração. Creio que meu coração de jovem hoje é por causa da cirurgia espiritual, creio que sim, na minha total fé, creio que sim.”

A descrição do procedimento espiritual a que este entrevistado se submeteu é transcrita a seguir e pode-se observar que houve um processo de cicatrização sentido pelo entrevistado no local da incisão.

Q: *“Minha esposa frequentava um centro e ela falou que lá tinha muita cirurgia, dá certo, e eu já tinha, anteriormente, já tinha mediunidade essa coisa toda, eu não trabalhava, mas eu tinha a mediunidade. Aí eu falei: eu vou nisso daí! Aí minha mulher falou: Você que ir? Eu falei: Lógico que eu vou! Aí já fui. Já fui operado no mesmo dia. Eu senti cortar minha cabeça, eu flutuei, eu senti um corte daqui até aqui [mostra de um lado da cabeça a outro]. Aí mandaram repouso que era para ser feito e o que era para tomar, foi só o que foi feito, água de arroz, água que cozinha o arroz sem sal sem nada, aquela água que eu tomei durante sete dias, depois, voltou tudo ao normal. Quando eu vinha vindo para casa já não tinha mais nada, porque com essa mão [mostra a mão que refere ter paralisado em decorrência do AVE] eu tirei casca de ferida da cabeça e eu não fiz corte nenhum, eu sentia a casquinha de ferida e eu tirava, como se tivesse sido aberto! Para mim abriu a cabeça, mexeu alguma coisa dentro e aí eu fiquei normal, sem problema nenhum!”*

Outro episódio de cirurgia espiritual foi realizado pela entrevistada V para tratamento de um mioma. Neste caso, apenas foi retirada a malignidade do tumor e este foi reduzido de tamanho, fato comprovado por exames posteriores realizados.

V: *“Tinha um mioma grande e muito sangramento, suspeita de algo mais grave. Foi marcada a cirurgia, mas antes fui ao centro espírita e fiz uma cirurgia espiritual. Lá me disseram que não iam tirar o tumor, só a parte maligna e que eu fosse tranquila operar. Foi o que aconteceu!”*

Neste último caso, a entrevistada refere que o espiritismo é baseado na ciência e que não afasta os médicos, mas trabalha junto. Para comprovar, três livros foram

oferecidos como leitura à entrevistadora, um deles sobre os métodos espíritas de cura. Neste há explicações sobre a visão de doença para os espíritas onde sentimentos negativos como ódio, desespero e injustiça levam ao desequilíbrio do psiquismo espiritual, o qual causará doença física. O desconforto por esta causado é uma oportunidade para atingir novamente o equilíbrio. As operações mediúnicas são realizadas por espíritos especializados e podem ou não envolver uso de artefatos como facas ou bisturis, podem ser realizadas presencialmente ou à distância. A cura é um estado que aparece quando o espírito se reequilibra e surge com a fé, merecimento e necessidade. (ARMOND, 1995)

Já a umbanda caracteriza-se pela concepção unitária de corpo e espírito, onde o primeiro, por estar em relação com o mundo, recebe influências tanto positivas quanto negativas que atingem a pessoa como um todo. É caracterizada por rituais místicos e populares onde são incorporados espíritos denominados entidades, as quais baixam à terra através das mães ou pai de santo. Os rituais ocorrem em locais considerados simbólicos, sendo sua natureza de troca. Os espíritos que baixam tem uma missão à cumprir na terra, em favor de pessoas vivas, e, uma vez cumprida a missão, não necessitam mais baixar. É tradicionalmente dividida em uma hierarquia onde, no topo, encontram-se os santos orixás, e em duas linhas, direita e esquerda. Nesta última encontram-se entidades que recebem um pagamento, chamado despacho, para realização de trabalhos, nem sempre moralmente aceitáveis. Não há, na cura da umbanda, o conceito de milagre, pois não há intervenções sobrenaturais extraordinárias. (CONCONE, 2003)

Os dois entrevistados seguidores da umbanda, B e M, marido e mulher, atribuem à interferência das entidades sua melhora, sendo que o esposo ressalta que sua rápida recuperação pós-cirurgias para retirada de câncer no pulmão, para revascularização de miocárdio e para retirada de aneurisma, deve-se à interveniência das entidades, em conjunto com Deus.

B: *“Atribuo e atribuo e muito minha melhora e recuperação à fé. Os médicos ficam admirados com minha recuperação! Em todas as três cirurgias! Graças a Deus, recuperação muito boa, eu atribuo isto ao lado religioso, a Deus e às entidades, que*

sem ele não se faz nada para o bem ou para o mal. Então eu acho que Deus permitiu às entidades me ajudarem, e é isso que eu achei!”

Já a esposa conta que as entidades salvaram seu irmão de uma morte certa e por isso crê que poderá também contar com o auxílio destas em sua recuperação da diabetes.

M: *“Eu tenho um irmão que sofreu um acidente e desde essa época eu fiquei diabética. Ele era eletricitário e caiu pegando fogo, perdeu um braço, mão... Eu como mais velha fiquei muito preocupada. O que ajudou ele foi o lado espiritual, porque era para estar morto! Isso aí, acredite quem quiser, o choque que ele levou era para estar morto, mas, graças às entidades, tem muita força das entidades que ele se recuperou, tá praticamente bem, bem não tá porque ficou sequela, mas tá vivo!”*

Para os entrevistados católicos carismáticos, Deus é quem realizou as cirurgias às quais foram submetidos. Estas falas são semelhantes a outras citadas em pesquisas que envolvem católicos desta corrente. (DREW E SCHOENBERG, 2011). Para dois dos entrevistados, R e L, as cirurgias que realizaram, quais sejam a retirada de um câncer de endométrio e uma revascularização do miocárdio, respectivamente, e que os curaram, só tiveram um bom êxito porque *“Deus operou pelas mãos dos médicos”*. O participante portador de DAC e hipertensão arterial submetido à revascularização do miocárdio, atribui ainda sua recuperação à Jesus.

R: *“Sou muito religiosa, acho que Deus me ajudou muito a me curar. Sou católica, praticante, eu pedi: Meu Deus eu vou fazer tudo o que ela mande, mas peço que me ajude! Sem Deus a gente não faz nada! Acho que primeiro tá Deus e depois tá ela [a médica] aqui na terra, mas acho que foi ele que me ajudou a me curar, a não sentir nada.”*

L: *“Falei para a enfermeira: estou calmo, quem vai fazer a operação não é o médico, é Deus pelas mãos dele, é ele que vai operar, tá tudo calmo, eu fui numa paz após a*

unção que é impossível de entender para quem não passou. Por que é uma graça muito especial, muito importante.”

L: “Eu tinha estado um dia antes [da cirurgia] em um grupo de oração e quando cheguei uma mulher disse assim: Alguém que vem hoje pela primeira vez está sendo salvo. Eu perguntei, ela disse que não sabia quem era, havia três pessoas novas no grupo, e no dia seguinte eu li um livro que descrevia a experiência de quase morte de um rapaz e tem uma hora que ele vê Jesus. Quando cheguei nesse momento do livro, meu corpo se levantou! É uma sensação que só quem passa sabe o que é! Tiraram um saco de batatas de 60 kg das minhas costas, que coisa! Que sensação! A partir deste instante, eu fazia uma série de coisas na minha vida, erradas, que parei de fazer. A partir desse momento me deu uma vontade imensa de ler a bíblia, eu precisava devorar a escritura. E frequentando o grupo, eu li vários livros e um dos livros que li dizia assim que quando Jesus tira um encosto de uma pessoa, um espírito mal, o que acontece: a pessoa se sente como? Como se tivesse tirado um saco de batatas de 60 kg das costas! Era a resposta que eu precisava, que eu estava esperando, está vendo: você foi libertado!”

Outra entrevistada, W, católica, utiliza pílulas do Frei Galvão, pílulas estas feitas por freiras e que trazem em seu interior rezas escritas e que, quando ingeridas curam as pessoas. Refere utilizá-las como cura para qualquer doença tanto em si mesma quanto em membros da família. Podemos atribuir a eficácia destas pílulas ao denominado efeito placebo, onde a crença dos que recebem é responsável pelo efeito. Este efeito é normalmente relacionado à medicamentos, mas a simbologia da pílula permite esta aproximação.

Uma entrevistada, também católica, com artrose e dor crônica refere estar melhorando de suas doenças através da ingestão de água benta.

A1: “Toda tarde, as seis, ligo o rádio para ouvir orações e deixo um copo de água perto do rádio. A água é benzida pelo padre durante o programa e aí a gente toma

esta água que vai curando os problemas. Já subo e desço escada e tenho menos dor!”.

Czordas (2008) destaca que os carismáticos católicos vem a cura divina como a praticada por Jesus nos evangelhos, portanto, como milagres. A doença é tida como um processo de crescimento espiritual e a cura é tida em um modelo tripartite, onde ocorrem a cura física, a cura interior e a liberação dos efeitos adversos. Grupos de oração são frequentes e o apoio emocional do indivíduo é valorizado, reafirmando-se seu valor perante a comunidade. Como citado pelo entrevistado L, sonhos ou intuições também fazem parte da cura. Percebemos que as orações são tidas pela entrevistada A1 como forma de cura, inclusive à distância, já que o rádio as transmite.

Benedeiras também são procuradas por alguns destes entrevistados. Promessas e novenas à Santa Catarina aliadas ao benzimento e jejum foram a causa da recuperação de K1, uma das entrevistadas. Destacamos que esta não atribui a cura da doença ao benzimento, mas refere alívio para os sintomas relacionados à dor crônica.

K1: *“... porque na fisioterapia eu ficava deitadinha e não sentia nada.”*

As benedeiras estão mais ligadas aos ritos da umbanda, apesar de afirmarem ser católicas, e são um importante recurso terapêutico utilizado pela população, principalmente para o tratamento de crianças. Outro tratamento citado pela entrevistada C inclui o benzimento para cura da asma que acometia seu filho (GENTIL *et al.*, 2010)

Já a materialização de objetos é descrita por Levi-Strauss (2012b) como sendo uma artimanha dos xamãs, fazendo parte do ritual de cura. A materialização de objetos com a retirada de doenças do corpo é citada por uma das entrevistadas que refere ter se curado de lesões que se autoinfringia na pele quando ficava nervosa.

Y: *“... é conhecida como benedeira do algodão, retira os males de dentro da pessoa e estes se materializam em uma bacia com algodão. Retirou de mim várias correntes e até um escorpião!”*

Helman (2009) destaca as denominadas curas “new age”, uma variedade de crenças e práticas que buscam realinhar energias e que incluem desde crenças advindas de religiões pagãs quanto orientais. Todas estas práticas e terapias podem ser encontradas em vários países, como parte do itinerário de cura que os indivíduos realizam. Constatamos que estas práticas foram citadas por três dos entrevistados B1, Z e J, os quais declararam sua religião como holista e inclui, passes, radiestesia, yoga, reiki, meditação e rezas, todas com a finalidade de reequilibrar a energia corpo-espírito. Ressaltamos que o entrevistado B1, jovem executivo, realizou, como mencionamos anteriormente, uma cirurgia espiritual para o tratamento do câncer que o aflige. Por último, a cura para o estresse que desencadeia as crises de hipertensão foi conseguida por uma das entrevistadas, X, através de “*meditação alternada com passes e tratamentos de radiestesia e reenergização*”.

Boff (2014) destaca que o povo brasileiro é um povo místico, sendo que o catolicismo pode ser identificado tanto na vertente institucional da igreja, quanto nos santos populares, uma vertente por ele denominada de cristianismo popular, considerada como uma criação cultural brasileira. Em suas palavras:

“...multiconfessional, compõe um rico tecido religioso. O antropólogo Roberto da Matta o exprimiu acertadamente: “No caminho para Deus posso juntar muita coisa. Nele, posso ser católico e umbandista, devoto de Ogum e de São Jorge. A linguagem religiosa de nosso país é, pois, uma linguagem de relação e da ligação. Um idioma que busca o meio-termo, o meio caminho, a possibilidade de salvar todo o mundo e de em todos os locais encontrar alguma coisa boa e digna”(O que faz o Brasil, Rocco, Rio de Janeiro 1984,117).” (Boff, 2014)

Para Laplantine (2010) os modelos terapêuticos estão relacionados à etiologia das doenças. O autor considera que, além da classificação habitual dos tratamentos em pares, qual seja preventivo/curativo, paliativo/definitivo, causais/sintomatológicos e simbólicos/medicinais, há ainda quatro pares contrastados de modelos elementares de

cura. Estes quatro podem explicar de forma teórica todas as estratégias de cura existentes e são:

- A- (i) *alopático ou aloterápico*: há uma contra agressão a um agente patogênico externo, nem sempre isenta de efeitos colaterais, (ii) *homeopático*, pelo princípio das similitudes, trata a doença por meio do remédio que pode provocá-la, semelhante à vacinação. Neste modelo estão ainda inclusos os santos populares que, quando invocados, protegem contra determinada doença, a cura psicanalítica e a antipsiquiatria. Entre os entrevistados pudemos identificar o tratamento alopático majoritário e fitoterapia no primeiro grupo, enquanto que o tratamento homeopático representa-se no segundo;
- B- (iii) *subtrativo*, no qual a terapia subtrai algo do corpo doente; (iv) *aditivo*, no qual se restitui algo perdido. No grupo entrevistado, o primeiro aparece nas cirurgias realizadas por médicos ou nas espirituais, já o segundo pode ser relacionado à acupuntura, onde se restabelece o equilíbrio perdido;
- C- (v) *exorcista*, o qual, para o autor representa o modelo médico atual através do qual se quer extrair a doença de alguém a qualquer custo; (vi) *adorcista*, onde a doença é tida como uma oportunidade de melhora, um caminho de transformação para algo melhor. Aqui, o primeiro é representado pela cura neopentecostal além do próprio tratamento biomédico, como exemplo entre o grupo entrevistado. O segundo aparece na visão de melhora espiritual desencadeada pelo próprio processo de adoecer;
- D- (vii) *sedativo*, aqui o terapeuta apenas retira o que está em excesso e (viii) *excitativo*, há ativação do organismo. Nestes, há vários tratamentos que foram realizados pelos entrevistados e que podem estar inclusos, mas destacamos as cirurgias e a acupuntura, respectivamente, como exemplos.

Laplantine (2010) ressalta ainda que nem sempre há uma correlação direta entre modelo etiológico e terapêutico, podendo haver mais de um modelo terapêutico para uma mesma etiologia. Falar de concepções de doenças e formas de tratamento implica em considerar as concepções de natureza religiosa, pois, nem sempre as pessoas tem um limite claro entre religião e adoecimento. Esta inter-relação, entretanto, não fica clara para a sociedade nem para os médicos, que creem em uma ciência neutra.

Depreendemos que o grupo entrevistado possui um rico itinerário terapêutico, que inclui a biomedicina e as denominadas medicinas complementares ou alternativas, onde se destacam as questões de natureza religiosa. Estas últimas aparecem nas falas não apenas como método de cura, mas, também de apoio e alívio do sofrimento, auxiliando, inclusive, na recuperação e na convivência com a doença, como será descrito a seguir. Como a média etária do grupo é elevada, poder-se-ia pensar que a utilização destas práticas está relacionada à “crendices ultrapassadas” ou apenas associada à doenças tidas como limítrofes com a morte, como o câncer, porém o que notamos neste grupo que o itinerário é rico também para os mais jovens, independentemente do tipo de doença que os acomete.

7.2.4. Convívio com a Doença

Conviver com a doença inclui uma série de estratégias de gerenciamento do tratamento e das restrições que estas doenças impõem que revelam como, uma vez feito o diagnóstico e buscado o tratamento, estes indivíduos vivem seu dia a dia. Nesta categoria serão expostas estas estratégias encontradas pelos entrevistados para conviver com as doenças que os acometem. Observamos que a religiosidade ou o convívio em grupos de convivência ou de terceira idade ameniza o dia a dia da maioria destes entrevistados, porém, quanto maior a incapacidade que suas enfermidades geram, estes tendem a comentar mais sobre a proximidade da morte.

Por se tratar de uma categoria que engloba vários aspectos diversos, decidimos por apresentá-la segundo as subcategorias encontradas.

7.2.4.1 Gestão do Tratamento

As DCNT são um grupo de doenças de longa duração que fazem com que os doentes tenham que conviver diariamente e em qualquer lugar com a doença. Barsaglini (2011) ressalta que esta convivência impõe um “*jogo permanente de ajustes e conciliações entre as demandas diárias delimitadas por um contexto e pelas decorrentes da enfermidade, do seu curso, sintomas, tratamento e da resposta a este*” (op. cit., p.156) A este jogo denomina-se gestão do tratamento.

A maioria do grupo não se sente doente e segue executando seus afazeres normalmente. Para alguns, entretanto, a aderência a uma dieta específica ou o fato de ter que tomar medicamentos diariamente acaba sendo visto como um problema que os restringe em suas atividades. O que mais incomoda a todos os participantes é a necessidade de seguimento do tratamento por um longo período de tempo.

Como já apontamos, este grupo caracteriza-se por ter suas doenças diagnosticadas e, uma vez que isto ocorra, passam a ser acompanhados por um programa de prevenção de riscos e complicações para estas enfermidades. Assim, mensalmente recebem visitas de profissionais de saúde, em especial, enfermeiras, que verificam itens como uso da medicação prescrita, adequação à dieta recomendada, realização de atividade física, cessação do hábito de consumo de tabaco e álcool, aferição da pressão e medição da glicemia capilar, aferição do peso, todos relacionados à fatores de risco que desencadeiam ou podem levar à exacerbação das DCNT segundo o modelo médico hegemônico. Além das visitas, recebem telefonemas mensais reforçando estas orientações. Alguns, inclusive, frequentam palestras e oficinas temáticas, portanto a gestão de suas doenças deveria em tese seguir o modelo prescrito. Entretanto, quando se aprofunda a questão, nota-se que não é bem assim que estas pessoas se comportam. O principal problema apontado por estes

entrevistados no que tange à seguir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde refere-se à alimentação, às restrições alimentares.

Para serem comidos, os alimentos devem ser elegíveis, preferidos e processados pela culinária, atos repletos de significado. A alimentação é um processo voluntário e consciente repleto de influências culturais, econômicas e psíquicas que levam o indivíduo a escolhas, seleções e rituais, portanto, quando as pessoas comem não apenas atendem às suas necessidades de sobrevivência, mas se reconstróem como seres humanos. O comer está associado à rituais familiares e sociais, à identificação a um grupo, e as restrições alimentares, neste contexto, podem levar ao isolamento social. Pesquisas mostram que a dieta fornecida pelo profissional de saúde é muito restritiva e de difícil seguimento. (HEURTIN-ROBERTS E REISIN, 1992; WENDHAUSEN E REBELLO, 2004; CANESQUI E GARCIA, 2005; BARSAGLINI, 2008; DOUGLAS, 2010; PONTIERI E BACHION, 2010)

Para o grupo entrevistado, as restrições dietéticas, na maioria das vezes, não são cumpridas ou são cumpridas apenas parcialmente.

M: *“Pão, pão eu não dispenso. O endócrino diz que tem vez que chego no consultório a glicemia tá boa, tem vez que eu engordo dois quilos! Ele diz: não come pão!, mas se eu não como pão de manhã, quando chega onze horas to querendo desmaiar. Como no lanche, como até quatro por dia.”*

I: *“Meu filho fica põe pouco sal, põe pouco sal, mas é meio salgadinha a minha comida. Quando fico nervosa, tem hora que não desce nada, mas tem hora que como muito, principalmente pão, como tudo o que aparece.”*

K: *“Sou mais ou menos obediente. O grande problema é a dieta, é o grande problema!”*

Entre os entrevistados portadores de hipertensão o que mais incomoda é a retirada do sal, mas são os portadores de diabetes os que mais pontuam problemas

em seguir a dieta. A retirada do doce e do pão só é realizada em períodos de descompensação da doença.

E: *“O mais difícil é fazer dieta, tirar o sal é a morte!”*

M: *“Como muito doce, não adianta falar. Mas a glicemia tá boa. Meus exames tão bons. Em casa eu tenho um diário, falo todo dia a medição. Quando ela tá baixa eu aproveito e como tudo o que posso e, quando tá alta, aí não.”*

Um dos entrevistados, portador de diabetes há anos, se refere à doença como Tia Bete, alguém que está sempre à espreita para repreendê-lo caso coma doces ou não siga as orientações dietéticas recomendadas.

K: *“... eu, por exemplo, não como doce, não sou chegado, mas salgado... esse é o problema, todo dia que tem reunião, tem um jantar e depois tem o doce e eu falo não quero por que minha Tia Bete fica de plantão, eu não desobedeço ela.”*

Pires e Mussi (2012) em pesquisa com mulheres portadoras de hipertensão na cidade de São Paulo mostram nas falas destas que, apesar do sal ser tido como causa da doença que as acomete, estas mulheres creem que a falta de sal modifica o gosto da comida e torna a refeição menos prazerosa. O mesmo ocorre com a gordura, tida como produtora de colesterol e causa de problemas cardiovasculares e obesidade. Idem com o açúcar, responsável pelo diabetes, mas, para elas, é impossível não comê-lo.

Pesquisas demonstram que o sabor doce é uma característica adaptativa positiva do ser humano, pois o açúcar é uma fonte importante de energia. Alimentos doces estão presentes em todas as culturas, o que torna difícil sua restrição. O mesmo ocorre em relação ao sal. Doentes com diabetes referem um desejo irresistível de comer doces após o diagnóstico, o que atribuem à própria enfermidade. (BARSAGLINI, 2011; CONTRERAS E GRACIA, 2011)

Mesmo quando o diabetes ou a hipertensão trazem complicações, como o AVE, estes entrevistados não conseguem seguir as orientações dietéticas à risca. A

maior dificuldade encontrada por este grupo está relacionada à participação em viagens e em eventos festivos, tanto com familiares quanto com amigos.

L1: *“Afeta né como qualquer outra doença, porque começa com a alimentação porque você não pode comer o que quer, não pode comer a quantidade que quer, para onde for tem que levar alguma coisa para comer ou dinheiro ou alguma coisa, então é mais uma preocupação que você não precisava ter, porque quem não tem não tem. Quem não tem a doença não tem essa preocupação. A diabetes eu tenho, se eu for fazer uma viagem eu tenho que levar alguma coisa, não só a insulina, mas o alimento né? Então me preocupa sim.”*

D: *“Eu sou gluttona, para falar a verdade, eu gosto de tudo, modéstia a parte sou uma boa cozinheira. Como de tudo, gosta de comer. Ah!, vamos fazer uma noite árabe, quem vai fazer? Eu então eu tenho as minhas ajudantes, as vizinhas e tal, todo mundo põe a mão na massa, mas eu que coordeno, noite italiana e assim vai... cada dia na casa de um, na casa de outro, muitos casamentos, aniversários, muitas festas.”*

C: *“Atualmente eu sei que estou gorda, já fiz dois regimes e consegui emagrecer 17 kilos, mas assim eu gosto de um chocolatinho... eu tenho uma turma aqui no bairro que a gente se reúne três vezes por semana, a gente bebe cerveja e cada um leva uma coisa, a gente faz aquela reunião e se come e se bebe...e eu não vou abrir mão disso!”*

K: *“Se você vai num casamento ou festa você extrapola um pouco em questão de comidas diferenciadas e aí aumenta um pouco [a glicemia], mas depois volta ao normal.”*

A liberação da dieta em eventos festivos é denominada licença social e é comportamento comum observado em várias pesquisas com adoecidos com DCNT. Estes reconhecem os exageros do que comeram, compensando-o com estratégias posteriores que envolvem o uso da medicação ou de restrições alimentares mais

intensas, mas o mais importante é o sentimento de pertença ao grupo que sobrepuja a necessidade da dieta. (DUARTE *et al.*, 2010; BARSAGLINI, 2011)

O entrevistado Q, além de cozinhar sua própria comida, também o faz para a família. Para este, as restrições se tornam piores.

Q: *“... então tem muita coisa que eu sou apaixonado e não posso comer, e isso me incomoda muito, incomoda bastante, pois do jeito que eu gosto de comer, sabe eu sou cozinheiro, sempre gostei de cozinhar em casa, então o que eu faço, faço para os outros que eu não posso comer, entendeu? Então isso me incomoda. [começa a chorar] Olha como é que eu fico! É fogo! É fogo!”*

A comida possui aspectos simbólicos, sendo o que comer ou não comer influenciado pela cultura. Comer sozinho tem significados totalmente diferentes do comer em grupo ou em família. Toda cultura possui refeições especiais que incluem um valor ritual, daí a maior dificuldade apontada pelo grupo entrevistado em seguir o tratamento dietético relacionada aos eventos familiares e comunitários. Comer sozinho, pode proporcionar sensação de isolamento.

Por ser o alimento uma linguagem cultural, os adultos são os que mais vivenciam situações conflituosas ao ter que modificar seus hábitos. O entrevistado T deixa este fato muito claro em suas falas, inclusive ressaltando a questão do preço, já que alimentos tidos como saudáveis tem maior custo. Hábitos alimentares estranhos à sua cultura também são citados pelos entrevistados como dificultando a adesão à dieta.

T: *“Sou descendente de italianos, sempre gostei de mussarela e de massas...”*

T: *“Tem esse componente, as propagandas [de comida] são multimilionárias, bem feitas, conquistam as pessoas, é complicado, sem falar que essa parte integral, orgânico, diet light é sempre mais caro, então o componente preço é sempre importante”.*

Inúmeras pesquisas demonstram que o poder aquisitivo *per si* não explica a não adesão ao tratamento dietético, apesar dos alimentos ditos saudáveis ou dietéticos terem um preço maior que os demais. (BARSAGLINI, 2011; CONTRERAS E GRACIA, 2011)

Para os participantes portadores de obesidade, o tratamento dietético é descrito como um “*tormento*”, algo muito difícil de ser seguido. São comuns as narrativas de perdas e ganhos de peso sempre associadas à melhora ou piora do estado emocional.

C: *“Eu tenho obesidade, sempre lutei com esse negócio. Sempre fui muito magra desde menina. Atualmente eu sei que estou gorda, já fiz dois regimes e consegui emagrecer 17 kilos, mas assim eu gosto de um chocolatinho! A dinâmica da minha casa ta atrapalhada, e o chocolate e ainda é o chocolate branco que é pior ainda, eu sinto falta de doce, doce! Enquanto não acaba...é compulsivo, porque eu já fiz vigilantes do peso. Quando dá aquela segura.... antes eu tinha em estoque, eu agora não tenho mais. Eu gosto de comer, eu abro mão do arroz e feijão para salada, mas o doce e o pão... to obesa, mas não sinto que isto ta dificultando minha vida, não sinto diferença em relação à minha capacidade pulmonar, por que ela já é diminuída mesmo, não sinto diferença comparando com o que sentia ou quando eu não tomo o remédio.”*

J: *“Tomo metformina de manhã, preciso emagrecer, mas não tenho fome o dia inteiro, mas no período após as quatro da tarde é um desespero e uma compulsão.”*

Destacamos que estes entrevistados recebem regularmente a visita de uma nutricionista ou participam de oficinas e palestras com estes profissionais. Rezende e colaboradores (2011) ressaltam que a educação alimentar é ainda realizada por muitos profissionais de forma tradicional, visualizando o indivíduo como “*um paciente que não tem conhecimentos sobre a nutrição e sobre seu problema de saúde. O profissional assume, nessa perspectiva, a condição de detentor do saber “sério”, “rigoroso” e “científico” – posição por vezes etnocêntrica –, estabelecendo uma*

estratégia pedagógica direcionada a gerar informações que irão sanar o problema de saúde do outro.” (op. cit. p. 96). Este tipo de postura, fruto da formação profissional, impede que as pessoas possam utilizar seus saberes na conformação da sua dieta em conjunto com o profissional, retirando do indivíduo sua autonomia e não considerando as influências culturais e sociais relacionadas ao hábito de comer.

Todos os entrevistados referiram utilizar os medicamentos exatamente conforme prescrito, porém, exceto os fármacos utilizados para tratamento de câncer, todos os demais ou tiveram suas doses modificadas ou nunca foram sequer utilizados, inclusive pelos entrevistados profissionais da área da saúde.

C: *“Eu tomo dois medicamentos e ela [a médica] aumentou a dose do mais caro, porque não tem grande diferença na composição e no resultado, então por quê? Eu não vou usar esse remédio.”*

H: *“A pressão é só um controle, continuo tomando o remédio, só que de médico e louco tudo mundo tem um pouco, e eu diminui por conta própria, por que a pressão estava boa. A pessoa tem que entender seu organismo, a pessoa tem que ser seu próprio médico!”*

J: *“A médica me passou desde o início duas metforminas, mas eu, na verdade, nunca tomei, nenhum remédio...”*

Os entrevistados acometidos por hipertensão e diabetes são os que mais modificam a prescrição medicamentosa. Este comportamento é descrito na literatura tanto associado à hipertensão quanto ao diabetes, associado ou não à baixa adesão às consultas médicas e/ou prescrição dietética. (CARVALHO *et al.*,1988; PÉRES *et al.*,2003; FIRMO *et al.*,2004; WENDHAUSEN E REBELLO, 2004) Este fato é ressaltado por Lopes (2000) em pesquisa realizada com idosos, na qual destaca a importância de outros fatores além da orientação propriamente dita que interferem na utilização de medicamentos por doentes deste grupo etário. Assim, a importância do pertencimento e da dignidade com que são tratados não só pelos profissionais de

saúde como também pela sociedade interferem diretamente no uso da terapêutica medicamentosa.

Barsaglini (2011) destaca que os medicamentos podem ter sua dose ajustada ou seus horários de tomada modificados, o que demonstra que os adoecidos não encaram passivamente o que os médicos prescrevem.

A presença de efeitos colaterais é citada no grupo como fator importante de não seguimento de prescrição. O próprio efeito da medicação, associada a condições decorrentes do processo de envelhecer, tais como a incontinência urinária, faz com que estes idosos ou deixem de sair de casa ou, quando saem, deixem de tomar a medicação. A iatrogenia é destacada por Illich (1975) como um atributo da medicina ocidental hegemônica, sendo hoje uma preocupação para a saúde pública.

I: *“Sou meio preguiçosa com o remédio, às vezes paro. Quando eu to melhorzinha, não tomo remédio. O remédio que tomo é diurético, quando tenho que sair, não o tomo. Tenho incontinência e não dá para tomar o diurético. Tenho receio. Quase não saio mais...”*

Q: *“...tá marcado os dias direitinho nas cartelinhas, os dias que tenho que tomar, mas quando esqueço, fica lá. Parei um medicamento por causa de asma. Eu tive bronquite asmática e tive que parar com um dos remédios que tomava para o coração, o médico falou você não pode usar porque tava me fechando[o pulmão]. As crises de asma começaram por causa do remédio betabloqueador que tomava, o pneumo falou, foi o remédio mesmo.”*

O1: *“Quando vou ao médico ou saio de casa não posso tomar o remédio para pressão. É diurético, sabe, nem sempre tem banheiro perto.”*

S: *“Perdi peso por causa do remédio, que me deixa muito enjoada e não consigo programar minha alimentação. Falei para o médico: Doutor eu não aguento tomar, vou parar com esta medicação! Aí o médico reduziu para metade da dose, mas, por minha conta, por que é demais, eu tomo só uma vez ao dia, porque é duas vezes ao dia. É*

o que minhas filhas falam: Mãe o que adianta sua glicose baixar se a senhora está sempre com mal estar, sempre enjoada? A gente vai assim comer fora e às vezes não dá, então elas falam: Fala com a médica porque a senhora não pode continuar”.

A automedicação é frequente neste grupo, independentemente da doença que acomete estas pessoas e apesar dos entrevistados estarem cientes de que pode haver interação medicamentosa.

L: *“Tomo cogumelo do sol há seis anos, desde a cirurgia, e os médicos dizem que estou melhorando. É certo que estou tomando remédios para afinar o sangue, mas talvez o cogumelo potencialize.”*

Uma das entrevistadas ressalta que para os medicamentos surtirem efeito deve haver crença por parte de quem o utiliza e informação por parte do médico, caso contrário o efeito não será obtido.

C: *“Eu acho que é assim, uma explicação ajuda muito, você usar o remédio e saber para o que que é. Eu acredito que a gente faz a doença e a gente faz a cura. Eu acredito mesmo nisso. Quando você sabe que esta tomando aquele remédio e o objetivo daquele remédio é isso, ele alcança!”*

Inquerimos, então, aos portadores de hipertensão arterial, de diabetes e de enfisema o porquê de referirem para os profissionais de saúde que os acompanham que seguem as prescrições quando na verdade não as seguem. A maioria refere que seu médico sabe de seu comportamento. Não houve outra explicação dada pelo grupo. Transcrevemos abaixo a fala que parece traduzir o que leva este grupo de entrevistados a modificar ou não seguir as prescrições.

H: *“... só que de médico e louco tudo mundo tem um pouco, e eu diminui por conta própria, por que a pressão estava boa. A pessoa tem que entender seu organismo, a pessoa tem que ser seu próprio médico.”*

Várias revisões sobre o tema adesão ao tratamento, dentro do modelo biomédico, citam que a falta de informação é o principal motivo para o tipo de comportamento em relação à alimentação e medicamentos encontrado neste grupo pesquisado. Outros fatores apontados são o número de medicamentos ingeridos, a falta de dispositivos mnemônicos e os efeitos colaterais dos medicamentos. (LEITE E VASCONCELLOS, 2003; OMS, 2003)

Novamente ressaltamos que este tipo de comportamento não seria esperado para este grupo, pois o mesmo faz parte de um programa que tem como um de seus objetivos modificar este tipo de atitude. As enfermeiras são orientadas a ressaltar a importância de seguir o regime alimentar e a medicação prescrita rigorosamente, sendo esta informação reforçada mensalmente tanto nas visitas quanto por telefone ou nas palestras e oficinas para o grupo da terceira idade. São entregues ainda dispositivos mnemônicos para os doentes. Mesmo assim observamos que o grupo entrevistado lida com estas orientações em um processo próprio, sendo que para as doenças que são pelo grupo consideradas como mais graves, os entrevistados seguem a prescrição, já para enfermidades que não são consideradas como tal, adapta-se ou não se segue o prescrito.

Ressaltamos a fala da entrevistada C, que diz que para o medicamento obter a cura é necessário acreditar nesta, e do entrevistado K, abaixo. Ambos modificam sua prescrição e não seguem a orientação alimentar, mas destacam o quanto sua visão da doença interfere em seu comportamento. O comportamento destes entrevistados é bem definido pela fala de H, acima, que explicita o seu próprio saber médico.

K: “A melhor parte do tratamento é você se identificar com um médico, pois aí você segue direitinho as indicações [não segue a dieta]. Eu me acho controlado, meu médico não acha, mas eu me acho controlado, não tenho nenhum sintoma.”

Estes entrevistados citam ainda uma série de sintomas que, quando ocorrem, servem como sinal de alerta para que modifiquem sua prescrição ou tomem o medicamento, comportamento descrito em outros estudos sobre o tema. (FIRMO *et al.*,2004; WENDHAUSEN E REBELLO, 2004) Barsaglini (2011) refere que

adoecidos portadores de DCNT, dependendo do tempo que convivem com a enfermidade, vão reconhecendo sensações e desenvolvendo estratégias para que deixem de se sentir incomodados. Assim, o que comer, quando e onde comer, aumentar ou diminuir a medicação, ou até suspendê-la, são as mais frequentemente citadas.

A maioria dos nossos entrevistados refere saber quando sua pressão vai subir, ou quando o diabetes está descompensando ou quando terá crise de falta de ar, daí poder modificar sua prescrição sem problemas. Para os participantes portadores de hipertensão sintomas como dor de cabeça, angústia, agitação, irritação e moleza indicam que a pressão está aumentando, o que os leva ou a tomar medicamentos anti-hipertensivos ou a aumentar a dose do que já tomam habitualmente. Caso estes sintomas melhorem, ficam despreocupados. Alguns sintomas como a dor de cabeça ou dor no peito são mais valorizados, indicativos de que devem procurar auxílio imediato, pois indicam que a pressão subiu além dos limites por eles considerados toleráveis.

A: *“Quando ela sobe, eu não sinto que ela vai subir, mas quando ela sobe eu sinto uma inquietação, uma como se diz uma...falta de controle, não consigo ficar me acomodado, fico meio estressado, fico angustiado, né, aí eu percebo que alguma coisa tá errada, tanto que eu tenho ate um monitor de pressão aí e quando eu sinto assim, já meço, aí quando eu vejo que dá muito alta eu vou para o pronto socorro, aí faço as medicação para controlar novamente, mas isso já faz tempo que não tem acontecido, não tem me dado esta preocupação.”*

D: *“...sempre sem sintomas, inclusive quando ela sobe e dizem que isso é ruim, né? Porque se eu tenho uma dor de cabeça serve de alerta... mas eu fico alerta, sabe, qualquer coisa eu vou lá no postinho medir ou na farmácia ou coisa assim.”*

K: *“Nunca me preocupei com a doença, recebi normalmente o diagnóstico, me preocupei um pouco quando um dia trabalhando no escritório comecei a sentir umas dores no peito. Fui ao médico, e ele me examinou e mandou fazer exames.”*

Nem sempre as crises são controladas através de medicamentos anti-hipertensivos. Alguns entrevistados referem saber por experiência que determinados medicamentos fazem com que sua pressão diminua, sem necessidade de outro auxílio.

Q: *“... porque pressão eu controlo, eu conheço minha pressão, quando eu tenho pressão alta eu sinto, esses dias atrás eu pensei que ia ter outro derrame! Minha mão incha, minha mão não fecha, isso é fora do normal, então eu sei que a minha pressão tá no limite, então não posso abusar, tenho que tomar bastante líquido, tenho que urinar, não posso reter a urina, então eu me controlo por isso, isso e a dor na nuca. Só o inchaço e a dor de cabeça, a tampa [da cabeça] parece que vai cair, que vai arrancar fora, e eu tive isso, entrei no portão do colégio [onde trabalha] corri e tomei dipirona, 50 gotas, mandei, engoli aquilo, aquilo foi, foi, foi....!”*

O sintoma que os entrevistados acometidos por diabetes associam com a elevação da glicemia é a sede intensa, o que faz com que se mediquem ou procurem auxílio médico.

J: *“A médica me passou desde o início duas metforminas, mas eu, na verdade, nunca tomei nenhum remédio, mas eu sei quando está alterada a glicemia porque eu sinto sede a noite.”*

Uma das entrevistadas portadora de enfisema diz saber quando vai ter crise:

C: *“Algumas vezes tenho uma espécie de aura...”*

Dentre os portadores de DPOC constatamos não apenas a mudança de prescrição medicamentosa, mas a não utilização do oxigênio, tido como um símbolo da dependência e incapacidade. Em pesquisa realizada com portadores de DPOC americanos, estes percebem o uso de bengalas, oxigênio, cadeiras de rodas e andadores como símbolos de dependência e limitação física, não desejando usá-los. O oxigênio, principalmente, foi considerado como um marcador visível da deficiência,

explicitando a incapacidade destes doentes e piorando seus sintomas. (BOYLES *et al.*, 2011)

O: *“Usei oxigênio por algum tempo, mas isso me fazia pior, me fazia mal, psicologicamente, me sentia dependente daquela porcaria verde lá [o cilindro de oxigênio]. Então eliminei isso aí e me senti melhor, psicologicamente melhor, para mim aquilo era uma muleta”.*

A insulina também é tida pelo grupo de entrevistados que a utiliza como um medicamento associado à dependência. Esta é vista como associada ao final da vida e assume representação idêntica ao oxigênio para os enfermos com DPOC, um marcador de incapacidade. Esta mesma representação é apontada por Barsaglini (2008) em estudo com portador de diabetes.

F: *“Quando o meu medico me propôs a insulina, fiquei deprimida, porque achei que meu pâncreas tinha parado. As pessoas associam a insulina com um estágio muito avançado da doença e dá muita depressão no inicio.”*

Entre os participantes da pesquisa portadores de câncer, a maioria tinha hipertensão arterial ou diabetes ou DAC ou as quatro DCNT associadas à enfermidade, sendo que a adesão ao tratamento destas doenças seguiu o comportamento anteriormente relatado. Já para o câncer em si, o tratamento foi realizado por todos conforme a prescrição, exceto pelo entrevistado O, que recusou a quimioterapia.

Nas falas dos entrevistados portadores de câncer de próstata, são explicitados os problemas advindos de efeitos colaterais do tratamento a que se submeteram. Para estes, as dificuldades sexuais advindas da terapêutica é um efeito adverso que impacta em suas vidas, principalmente para os casados, mas não os leva a abandonar o tratamento.

G: *“Aqui em casa, a senhora sabe, não acontece mais nada [a esposa, presente na entrevista, aponta que desde que o marido necessitou retirar o testículo, eles não tem*

mais relações sexuais], ela é muito compreensiva [a esposa: Somos companheiros e isso é importante!]"

P1: *"Ainda sou um homem inteiro, completo, mesmo que o sexo... sabe né?"*

A preocupação com o exercício da sexualidade apareceu como tema importante apenas para os homens entrevistados. Rodrigues e colaboradores (2009) estudaram durante seis anos idosos em varias capitais brasileiras, encontrando diferenças de postura frente a sexualidade entre os sexos. Assim, mulheres idosas tendem a considerar menos importante a vida sexual e se preocupar mais com temas como o cuidado com o outro e o companheirismo. Já os homens costumam dar mais importância ao tema. Ressaltam os autores que estas posturas são ditadas pela cultura, ligadas às representações culturais de gênero.

O entrevistado O ressalta que se recusou a fazer quimioterapia, pois esta provoca queda de cabelo, e, como ainda trabalha, ficaria aparente sua doença, o que não era por ele desejado. Desta forma, realizou apenas a radioterapia.

O: *"Não fiz quimioterapia, na quimio, o sujeito cai o cabelo, esse tipo de coisa, então fica mais aparente, a radio, não fica aparente nenhum, mais também estraga muito mais o corpo, arrebenta, eu tive incontinência urinária, esta incontinência urinária não tinha solução para ela."*

Além da alimentação e medicação, são considerados fatores de risco para o desencadeamento ou piora das DCNT, o consumo de tabaco, o consumo de álcool e o sedentarismo. Assim, estes hábitos são enfatizados como nocivos pelas enfermeiras e pelos médicos que assistem estes adoecidos.

Alguns destes entrevistados tiveram que modificar, portanto, o consumo do tabaco. Todos os ex-fumantes associam o uso do cigarro ao *glamour*, à propaganda, à conquista sexual e ao próprio trabalho, mesmo assim, quando confrontados com sua doença, pararam com o hábito, o que não foi fácil, mas é motivo de orgulho. Alguns

destes participantes se arrependem de ter fumado um dia, mas nenhum referiu sentir falta do hábito.

Q: *“Fumei, eu sempre fumei, 15 a 17 cigarros por dia, nunca um maço, um maço dava para dois dias, sempre o mesmo cigarro, filtro branco, nunca mudava. Eu entrei nessa por ver os outros fumando, as mulheres bonitas olhando para quem fumava...eu pensava: Vai ter que olhar para mim também! Comecei a fumar com 22 anos e fumei por 30 anos, 30 anos! Graças a Deus, não sinto vontade!”*

T: *“Fumei, fumei muitos anos! Foi uma besteira! Hoje me arrependo muito, sou um ex-fumante chato. Era elegante, questão de moda. A gente não tinha noção do que estava fazendo com o corpo da gente, era gostoso, mas é uma besteira, né?”*

O fumar está associado ao estresse no trabalho e à situações tidas como prazerosas, tais como convívio social e atividades de lazer desenvolvidas em grupo. As representações de *status* social enquanto liberdade, poder, distinção social são frequentemente referidas pelo fumante, o que os leva a adquirir o hábito. (MANSO 2009; MANSO *et al.*, 2014a)

O consumo de álcool é outro hábito que alguns dos entrevistados tentaram modificar, mas, diferentemente do cigarro, não conseguiram. Trata-se de um hábito associado ao relaxamento e à eventos relacionados ao convívio familiar ou com amigos, o que o torna agradável, segundo estes entrevistados.

K: *“ Tomo uma lata de cerveja todo jantar e uma dose de uísque toda noite quando chego em casa, no jantar, para relaxar.”*

Quanto ao álcool, seu uso pela humanidade é tão antigo quanto a agricultura, como um subproduto da fermentação de frutas, grãos e vegetais. O consumo de álcool ainda é tido como um ato social, construtor de laços e ligado à sociabilidade. Há modelos socioculturais sobre o quanto, como, onde e que tipo de bebida usar, sendo o consumo de bebidas um símbolo associado principalmente à masculinidade. (HELMAN, 2009; CAMPOS, 2010)

O sedentarismo não é identificado pelo grupo de entrevistados relacionado às doenças que os acometem, apesar das informações recebidas pelos programas de GDC. Pesquisas ressaltam que a maioria das pessoas não associa atividade física à saúde, comportamento social este que vem se modificando lentamente. (WENDHAUSEN E REBELLO 2004; CONTRERAS E GRACIA, 2011)

Apenas uma parte dos entrevistados idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes realiza atividade física como parte do programa de GDC que os assiste. A atividade física é vista por estes idosos como uma oportunidade de convívio social e como benéfica no tratamento da dor.

L1: *“A atividade física é necessária, mas ninguém faz sozinho. Você só faz em grupo, seja na escola, seja no quartel, seja lá na Liberdade que se reúnem de manhã cedo lá e vão fazer. Sozinho o cara não faz!”*

F1: *“Depois a atividade física, para mim pelo menos, me deu mais segurança com a minha perna que eu tenho problema de artrose, tinha osteoporose e agora tenho osteopenia, eu estava ficando meia torta. A coluna foi junto com o joelho, o quadril também. Agora estou mais ereta, estou me sentindo melhor, o estímulo para mim foi muito grande, me deu mais segurança, trabalho melhor na minha casa. Agora está tudo de bom!”*

Conviver com uma doença crônica impõe, segundo o modelo hegemônico, a adesão ao tratamento enquanto realização de todas as prescrições feitas pelos diferentes profissionais de saúde, com ênfase na modificação de hábitos e na participação do doente na gestão de sua doença. Desta forma, a não adesão, ou seja, o não seguimento das restrições alimentares, o uso incorreto da medicação prescrita, o não deixar de fumar ou consumir álcool e o sedentarismo são consideradas falhas de tratamento.

Gazzinelli e colaboradores (2005) destacam que os programas de educação em saúde hegemônicos, entre os quais, ressaltamos, se enquadram os programas de GDC, voltam-se para o modelo exógeno de doença, segundo a classificação de

Laplantine. Assim, há sempre um agente exógeno a ser combatido, tal como o fumo, o álcool, etc., apontados como fatores causais da doença. Educar é visto pelo profissional da saúde como a correção de maus hábitos e de comportamento inadequados, atribuíveis a um déficit cultural e cognitivo, que pode ser superado através da ajuda e informação.

Trata-se de uma visão de educação normativa e que vários estudos demonstram ser ineficaz. O comportamento humano traduz percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos. As pessoas, incluindo os próprios profissionais, estão sempre reatualizando seus hábitos, modos de vida e sensibilidades de acordo com significados históricos e culturalmente construídos, elaborando representações de saúde e doença. Portanto apenas agregar conhecimentos não é o suficiente para mudar comportamentos. (GAZZINELLI *et al.*, 2005; REZENDE *et al.*, 2011)

O cuidar de si é importante para a autoconformação do sujeito. Foucault (2004) destaca que, apesar de existir regras e comportamentos impostos pela família e pela sociedade, há sempre uma margem de não normatização que permite ao indivíduo elaborar uma conduta própria.

Ribeiro e colaboradores (2011), analisando os programas de gerenciamento de doenças executados pelo setor de saúde suplementar brasileiro, destacam serem estes uma forma de exercício do biopoder, poder disciplinar sobre os adoecidos. Os indivíduos não são encarados como seres autônomos, mas sim responsabilizados por sua doença, buscando padrões massificados de comportamentos tidos como adequados, privando os indivíduos do cuidar de si.

O grupo pesquisado demonstra um comportamento próprio ao lidar com seu tratamento prescrito, tanto na forma como buscam seus itinerários terapêuticos quanto na forma como lidam com os medicamentos, prescrições dietéticas e demais normas aos quais estão sujeitos por fazerem parte dos programas. Estes comportamentos não ocorrem de forma inconsciente, como um esquecimento ou um descaso, mas são formas conscientes que propiciam a estes indivíduos certo controle sobre suas

doenças e seus corpos, selecionando informações e reinterpretando suas relações com o adoecer, com o sofrimento, como parte de seu saber médico.

7.2.4.2. Incapacidade e dependência

O medo da dependência é frequentemente citado pelos entrevistados portadores de doenças tidas pelo grupo como incapacitantes. A dependência é vista por estes participantes como a impossibilidade de cuidar de si, a ter alguém que dele cuide, à perda do trabalho, à não participação nos assuntos familiares, à inatividade social e ao isolamento. Assim, pudemos depreender que este grupo de pessoas teme a morte social, ou seja, o fim da sua identidade social, para eles simbolizada como dependência. (HELMAN, 2009)

Todas as DCNT que acometem o grupo entrevistado atingem vários órgãos e sistemas do corpo humano, podendo gerar dependência e morte, mas, das doenças que acometem os participantes deste grupo pesquisado, apenas o enfisema, as doenças articulares e a Doença de Chagas são identificadas como efetivamente incapacitantes. O câncer, o AVE e a DAC são associadas pelos entrevistados à morte e não à incapacidade.

A dispneia decorrente do enfisema e a dor crônica associada à hérnia de disco e às doenças articulares, por serem sintomas diários e constantes, são citados como restritivos e tidos como incapacitantes pelos adoecidos.

Os entrevistados portadores de doenças que causam dor crônica apontam-na como sendo um obstáculo de difícil convivência, já que não conseguem alívio para seu sofrimento, apesar de terem tentado vários tratamentos, e isto os desespera. Frente à dor, estas pessoas reagem com tristeza, depressão e nervosismo. Todos referem melhora com algum tipo de tratamento como água benta, rezas, orações, passes, acupuntura, medicamentos, mas, estes não os privam da dor.

I: *“A dor incomoda bastante, incomoda, não posso me virar, não consigo dormir, eu fui no médico, ele mandou por uma almofada, mas não melhorou. Eu durmo mal, não consigo ter uma noite boa. Não sei, ela pesa!”*

Q: *“A dor, tem que saber lidar com ela! Tomo remédio, tava ficando viciado em anti-inflamatório, fui obrigado a parar porque estava dando um problema renal, também tenho problema de estômago que tenho que tomar um remédio que tomo contínuo, hoje é a ranetidina, forra o estômago, mas parei de tomar por causa do problema renal, já tenho problema de próstata, ainda ter problema renal, aí um abraço! Saí para uma alternativa aí, comecei a tomar injeção, dexacitoneurin, aí começou a me inchar o corpo, tem corticoide, aí o médico me disse para continuar tomando e deu diurético para diminuir o inchaço, mas eu não gosto muito de ficar tomando injeção, uma hora pode errar, então parei com a injeção e resolvi aguentar a dor para ver ate quando.”*

A dor é uma experiência individual e subjetiva, mas cada cultura possui sua própria linguagem de dor, o que permite que esta seja socialmente reconhecida. As culturas também impõem um padrão de tolerância à dor diferente para o homem e para a mulher, sendo que do homem espera-se mais tolerância.

Budó *et al.* (2007; 2008) destacam que a linguagem da dor é uma linguagem de sofrimento que permite que as pessoas se reconheçam com dor. Esta é tida como psicológica e parte da condição humana. As mulheres são identificadas como cuidadoras, constructo social que faz com que o primeiro cuidado ao quadro doloroso ocorra no domicílio, com chás e remédios caseiros.

Lima e Trad (2007), como anteriormente apontado, ressalvam ser a dor um sintoma que afronta a racionalidade médica, pois não é possível comparar o normal e o patológico, já que a dor é uma experiência subjetiva. Mesmo quando assumida como doença pelo sujeito, permanece invisível ao olhar médico. Desta forma, as pessoas procuram vários tratamentos sem melhora e os médicos passam a orientar o enfermo a *“aprender a viver com a dor”* (*op. cit.*, p. 2675), pois se encontram impossibilitados de tratá-la dentro da ótica biomédica.

A dispneia é apontada como sendo muito restritiva no dia a dia dos que dela padecem. Diferentemente do dor, para as quais os entrevistados desenvolvem estratégias de manejo, a dispneia é sentida como incapacitante e de difícil controle.

N: *“Eu sinto muito cansaço, até conversando eu me canso, tomo banho e me canso, subir a escada... às vezes eu esqueço que tenho esse problema e subo de uma vez quando chega lá em cima preciso deitar para me recuperar.”*

N1: *“Afetar, afeta bastante, principalmente em uma coisa que eu mais gosto de fazer que é de falar. Então eu tenho uma atividade sindical, embora seja associação, e quando eu vou falar em público, mesmo fazendo uso de microfone, as vezes constitui uma dificuldade. Além do problema de andar, fazer exercício...”*

A dispnéia crônica é associada em várias pesquisas à perda progressiva das capacidades físicas e sociais, o que leva a alterações na qualidade de vida do doente e o aproxima da perspectiva de morte. (BOYLES *et al.*, 2011; LUZ, 2013)

Possuir uma doença progressiva, incapacitante e incurável é visto com desesperança por uma entrevistada, N, portadora de Doença de Chagas. Desde que começou seu tratamento refere só ter apresentado piora do quadro. Seu desespero é tanto que aceitou tomar uma medicação experimental, porém sem melhora. No momento é candidata à transplante de coração.

N: *“...agora fui convidada para participar de um grupo de pessoas que tenham marca-passos e que tenham Doença de Chagas, e eu fui. Agora eu estou assim esperando algum tipo de droga nova que apareça no mercado, o que é muito difícil, não tem pesquisa sobre a doença, sobre alguma droga que melhore a vida da gente.”*

Para este grupo de pessoas, sua identidade social é construída pela participação na família, no trabalho, em grupos religiosos, na comunidade e na militância política. A cessação destas atividades representa algo insuportável para estas pessoas, como se nota nas falas de N e N1. Alie-se a isto, a visão cultural que

estigmatiza o incapaz e que ainda permeia a cultura ocidental e entendemos o medo da morte social que permeia estas falas.

N: *“... porque quando eu me sinto cansada, eu me sinto mais cansada ainda, que nem agora to aqui, dependendo do meu marido, de um filho que o outro agora ta desempregado, faz um mês que ele ta desempregado, o outro trabalha, não falta nada para mim, mas não é como você ter seu próprio dinheiro! Precisar das coisas, é remédio, é tudo isso, tem roupa, tem alimentação que eu acho que ... não sei, eu não nasci para viver sentada, aí isso me deixa arrasada! A casa eu não consigo nem limpar a casa, eles pagam para uma pessoa vir.”*

A perda da independência para execução de suas tarefas de vida diária é apontada como sendo muito preocupante principalmente para os entrevistados mais idosos.

O: *“O maior medo que eu tenho não é de morrer, é de ficar dependente. Eu não me queixo para ninguém, nem para meus filhos, menos para os meus filhos, porque eles podem levar aquilo: ah! meu pai ta morrendo!”*

Em pesquisa realizada no Chile com portadores de DCNT, Muñoz e colaboradores (2003), destacam o medo que estas pessoas apresentam de ficar inválidas e dependentes, o que gera angústia e sofrimento. Ressaltam que doenças articulares geram ainda medo da dor, daí serem vistas como incapacitantes.

Mas, de maneira geral, a maioria destes entrevistados ressalta que vive muito bem com as doenças que os acometem, adaptando seu tratamento às suas necessidades e desenvolvendo estratégias para lidar com sua enfermidade. O convívio social e familiar, o bom humor e a alegria de viver são os pontos de apoio principais por eles citados que os ajudam a superar eventuais deficiências ou incapacidades.

O: *“...e eu vivo hoje nessas condições tranquilo, sossegado! Na vida da gente tudo é relativo, depende da genética, cuidados, a vida que o sujeito teve, como foi criado, criado num ambiente pobre, miserável, se passou fome, comeu coisas mal, você vai viver pouco tempo e vai ter problemas, então como eu tive uma vida muito saudável, uma vida familiar muito saudável, uma vida sempre cuidando de mim, eu afinal gosto*

de mim, isso é importante, tem até um provérbio que diz assim o que é absoluto é que tudo é relativo, existe todos esses prós e contras da vida! Eu saio na rua, ninguém me diz que eu tenho 89 anos e vou fazer 90, porque eu saio, vivo, faço, vou, ontem tive uma audiência! Eu sinto uma falta de ar terrível, mas eu tenho que me acostumar com ela, se tem alguém que tá com pressa eu digo: faz favor vai, vai na frente porque eu não vou correr, essa é a posição de uma pessoa.”

H1: *“Tenho 92 anos. Todo o mundo gosta da gente [dela e da irmã], a gente é muito comunicativa, para mim todos são iguais, acho que é isso também! Ver a vida positivamente com alegria ajudou a chegar até esta idade.”*

Para os mais idosos do grupo, estar atento aos seus limites é de suma importância para que não haja descompensação da doença e possam seguir independentes.

N1: *“Se nós estivermos atentos as nossas limitações, nós superamos com relativa facilidade.”*

O: *“Tem que andar com suas possibilidades, se não dá para fazer não faz!”*

K: *“Conforme vai aumentando a idade vai aumentando os limites e a gente vai se adaptando.”*

Vários estudos ressaltam o que é denominado “paradoxo da deficiência”, onde o indivíduo nem sempre associa a diminuição de habilidades, a incapacidade ou o fato de ter uma ou mais DCNT com a insatisfação com a vida. (CHACHAMOVICH *et al.*, 2007; NERI, 2007).

Em pesquisas realizadas com idosos portadores de uma ou mais DCNT, observa-se que estas pessoas selecionam os domínios comportamentais nos quais detêm melhor nível de funcionamento e os aperfeiçoam, mediante estratégias de compensação. Este modelo é denominado Otimização Seletiva Com Compensação e

é definido como a maximização de habilidades desejáveis e minimização ou eliminação dos resultados negativos ou indesejáveis. Assim, as pessoas ao longo da vida encontram oportunidades e limitações, administrando-as e selecionando domínios onde mantêm funcionalidades, otimizando-os e compensando perdas. Portanto, o quanto estes idosos conseguem manejar e aperfeiçoar os domínios em que detêm maestria determinará sua maior ou menor adaptação ao processo de envelhecer. (NERI, 2007; MANSO, 2009)

Destacamos ainda o conceito de resiliência enquanto a capacidade do indivíduo desenvolver e utilizar estratégias de enfrentamento que o levam a uma construção positiva de si face às adversidades. Destarte, identificar os fatores de risco e proteção que contribuem para a adaptação das pessoas é de suma importância, sejam estes biológicos, sociais, culturais e/ou psíquicos. A resiliência permite ao indivíduo sair fortalecido da situação adversa através dos afetos, da solidariedade e do contato humano. Por pior que seja a condição que influenciou o indivíduo, a psique humana é flexível aos três fatores citados. Desta forma, pessoas que não são culpabilizadas e que recebem apoio desenvolvem mecanismos de resiliência, reorganizando sua autoestima e reelaborando-a com o ajuda dos demais. (CYRULNIK, 2001)

7.2.4.3. A Morte

A morte é tida como uma preocupação para alguns destes entrevistados. O medo de uma morte com dor e sofrimento é o que mais é citado, principalmente pelos participantes com câncer. Como já relatamos, o diagnóstico de câncer é equivalente a uma sentença de morte para os entrevistados que são acometidos pela doença. A metástase, vista como um agente invasor que se multiplica e ganha força à custa do próprio corpo, e a recidiva da doença são tidas por estas pessoas como morte iminente.

A: “[a morte] ela assusta muito, a gente é muito apegado a vida e como todo ser humano tem medo do desconhecido, então a gente fica assim meio temeroso, apesar

de ser uma coisa tão natural, que todo mundo um dia vai ter que passar por ela. O temor é saber se realmente há vida após a morte, se há deve ser melhor do que esta, porque aqui tem momentos bons, mas tem momentos ruins, decepções, dores, enfim é um sofrimento, momentos terríveis e muitos bons, e lá as coisas é diferente, não tem nada disso, é uma coisa que me conforta saber que este momento vai chegar e que eu possa viver melhor na outra vida. Eu sinceramente tive a sensação de que quando recebi o diagnóstico de câncer era o fim, ainda tenho hoje, né, bem porque eu tenho experiência de pessoas que passaram tudo o que eu passei na vida e depois voltou novamente a ter problema com a doença e aí teve o fim. Na realidade é uma doença que a gente não pode dizer que ta curado, né, a medicina não pode fazer esta afirmação, ninguém pode afirmar, dizer tá curado, então, entende! O que a gente pede, espera, é que pelo menos a gente tenha um período de vida que a gente possa ser útil ainda, mas é como meu urologista falou você pode morrer em função do câncer ou você pode morrer com o câncer, então realmente a gente tem que aceitar. A pressão não me assustou, no começo do tratamento eu fui até um pouquinho relapso, a gente descuidava um pouco, mas quando eu senti que ela ficou mais constante aí sim eu comecei a ter mais firmeza no tratamento. O marcapasso me assustou porque problema no coração assusta bastante, mas como me deram esperança, e eu não tenho doenças coronária, todos os exames que eu fiz não constatou, então me deu aquela sensação de que com o marcapasso realmente ficaria livre, foi essa sensação que eu tive! Já o câncer não, mesmo eu fazendo o tratamento e com a afirmativa de 90% pode ser curado, eu ainda sou reticente em aceitar que, quer dizer, me acalmei mais, deixei de ficar assim agoniado, preocupado, de dormir a noite, então agora já durmo bem à noite e aceitei né a situação, mas deixa a gente meio abalado [abraça o neto de 5 anos que estava presente].”

Q: “Já fiquei sem dormir durante a noite com medo de morrer, e eu não devia ser assim, eu frequentei centro, dou conselhos, eu dou muita instrução, explico, converso muito, tem dia que estou de veneta que desando a falar da morte como se fosse um passeio, que eu estivesse passeando para algum lugar, mas tem dia que pelo amor de

Deus! Por causa de família, por causa de filho [chora e se emociona] ainda não está completo meu caminho com eles.”

I: “...pensei que não ia muito longe, fiquei muito deprimida, pensei que ia morrer. Já fazem três anos e ainda penso que isso pode acontecer.”

O: “... porquê o câncer não morre na gente, ele fica sendo tratado, ele fica ali quietinho, também ele pode evoluir e ir para osso, para pulmão, cérebro.”

A morte durante boa parte da história humana, sempre foi tida como algo natural, parte da sincronia que ligava as pessoas aos ciclos da vida. Assim, a hora da morte era pressentida e vista através de sinais físicos, o que permitia à pessoa se preparar para morrer. A morte ocorria de forma ritualística, junto com a família e amigos, e o próprio morto podia comandar desde o seu leito as formalidades do momento: o lamento sobre a vida que se vai, o pedido de perdão aos presentes, a prece na qual declara a própria culpa perante Deus e pede pela salvação de sua alma, o recebimento da extrema unção e da absolvição pelos sacerdotes e o aguardo da morte em silêncio. O ato de morrer era público e simples, onde todos podiam participar. (ARIÈS, 2012)

A atitude perante a morte, entretanto, passou a sofrer uma lenta mudança século a século e a morte passa a ser interdita, de um ato público, torna-se algo individual que só diz respeito a si próprio. Esta atitude culmina com o início do século XIX, onde a morte passa então a ser vista então como algo inaceitável, que gera dor e sofrimento, daí manifestações de pesar e luto deverem ocorrer de forma sóbria. (*ibidem*)

Do espaço da residência, a morte é transposta para o espaço dos hospitais, onde se pressupõe que o moribundo não sabe que vai morrer, onde a palavra morte não é sequer mencionada, privando-se a pessoa da gestão de sua morte, como ocorria anteriormente. As expressões de sofrimento de familiares e amigos não são tidas como compatíveis com o ambiente hospitalar, nem mesmo as manifestações de

pesar do moribundo, então nada se comenta sobre a morte. Espera-se que o indivíduo se comporte bem, ajudando e colaborando com os profissionais de saúde no combate à doença, mantendo-se calmo e sem fazer perguntas. Portanto a sociedade moderna priva o homem de sua morte. (*ibidem*)

O moribundo, desprovido de valor social, não pode mais fazer pronunciamentos em seu leito de morte, e, quando os faz, estes não são levados a sério. Ele não pode despertar, principalmente entre os profissionais de saúde, compaixão ou qualquer sentimento. Os progressos da medicina tornam hoje a morte diferente e a medicina é vista como uma luta diária contra a morte. Destas mudanças sobre o ato de morrer, surge a discussão sobre a morte indigna, o prolongamento artificial da vida em condições humilhantes. Esta envolve outras questões como a utilidade social do indivíduo, isto é, se é jovem ou idoso; o interesse científico do caso, além dos deveres que se exige do médico de respeito à vida e humanidade, todas conflituosas e que fortalecem o papel do médico enquanto *dono da vida*. (*ibidem*)

Como vimos, a partir de século XIX a vida passa a ser controlada pelo poder disciplinar tanto através da biomedicina quanto da estatística e da saúde pública. A vida produtiva e dócil não pode conviver com a ideia de morte, daí esta ser lentamente transformada em tabu, medicalizada.

O medo de morrer é uma preocupação que acompanha a humanidade há muitos séculos. Morin lembra que: “*não existe nenhum grupo arcaico, por mais primitivo que seja, que abandone seus mortos ou os abandone sem ritos*”. (MORIN, 1970, p. 25).

A humanidade ao desempenhar rituais funerários, rituais estes que nos torna humanos, já que nenhuma outra espécie lida com a morte desta forma, demonstra esta preocupação. A humanidade sempre acreditou que o morto sobreviveria, tendo desde o início reconhecido a morte como um fato. Este reconhecimento da morte traz consigo o horror da morte. A morte significa a perda de individualidade e, quanto mais próximo o morto for da pessoa, mais forte e violenta será a dor. (*ibidem*)

Este *traumatismo da morte* em conjunto com a consciência da morte e a crença na imortalidade formam o triplo dado antropológico. A morte revela para o

homem a natureza dominando o homem e que demonstra ser o homem inadaptado tanto exteriormente quanto interiormente à sua própria espécie. Entretanto, há um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que o homem tem horror à morte, ele se expõe a ela, como, por exemplo, na guerra. (*ibidem*)

O renascimento do morto é uma crença universal desde o início da humanidade e ainda presente, o que torna o cristianismo uma das maiores religiões do planeta. É uma religião dominada pela morte e pela ressurreição e que se adaptou e sobrevive na história há dois mil anos, transformando-se nas várias vertentes: católico, ortodoxo, protestante, evangélico. Esta sobrevivência baseia-se na mensagem da imortalidade, de salvação, de triunfo sobre a morte. (*ibidem*)

A partir da segunda metade do século XIX inicia-se uma crise da morte. Com o aumento da consciência de si, a morte torna-se um ato solitário que não pode ser domado pelo pensamento, pela filosofia, pela cultura, mas talvez o possa ser pela ciência. A ciência, através do estudo do código genético, poderia localizar a morte, mas o que se viu foi que cada célula já está programada para a morte, dada pela acumulação de erros na programação. (*ibidem*)

A velhice é tida como a *vanguarda da morte*, daí a necessidade de combatê-la. Prolongar anos de vida seria a questão? O homem *amortal* talvez não seja o mesmo homem e a *amortalidade* não seja plausível. A verdade da imortalidade, para Morin, reside na reinvidicação, daí a necessidade da religião, como uma forma de reivindicar o indivíduo à morte. (*ibidem*)

7.2.4.4. A Espiritualidade

Dentre as várias estratégias de enfrentamento utilizadas pelo grupo a mais citada é a espiritualidade. Esta é um conceito mais amplo do que religião, podendo se expressar de várias maneiras fora do campo religioso. Inúmeras pesquisas com portadores de DCNT demonstram que esta desempenha um papel fundamental na

saúde da pessoa e bem-estar enquanto um recurso de enfrentamento de crises e dos desafios da vida diária. (HARVEY E SILVERMAN, 2007; ALVES *et al.*, 2010)

J: *“Agora estou começando a procurar, aí eu estou debandando para isso. Não é uma coisa religiosa, minha espiritualidade é muito abrangente, procurei para descobrir porque estou passando tanta coisa junta ao mesmo tempo, um conforto, eu queria ter tranquilidade!”*

A religião é importante fonte de conforto para os entrevistados, exceto para aqueles que se declararam ateus ou agnósticos. Ela aparece nas falas relacionada à esperança e ao consolo.

A: *“Sou religioso, praticante inclusive, sou católico, a gente procura também um apoio da igreja, eu não deixei de ir com meu orientador padre que frequenta muito a família, para receber assim um conforto espiritual, né?”*

D: *“... eu já estava assim tão fortalecida que eu dei testemunho lá na igreja: olha entrou ladrão na minha casa, depois de quatro dias recebi a notícia [que estava com câncer], eu me mantenho calma e tranquila, porque sei que Deus esta no comando, eu sei que Deus vai me abraçar e vai sanar todo esse problema e foi, e foi, hoje eu não tenho nada, tenho esse problema de pressão alta aí, mas eu sou uma pessoa que me sinto corajosa, me sinto bem, bem.”*

N: *“... eu tenho uma amiga, então eu sou católica e ela é espírita, é uma pena que é longe, eu tenho que pegar condução e eu não tenho condições de estar gastando assim com condução, fica lá em Santana, a federação espírita. Eu gosto muito de conversar com ela, ela era minha amiga de serviço, a gente trabalhava junto no mesmo setor, então eu estava diariamente com ela, na hora do almoço, hora de lanche, quando vinha embora eu fazia questão de sentar perto dela, porque só a presença dela já me ajuda! Às vezes eu ligo para ela na hora do almoço só para conversar com ela.”*

R: *“Sou muito religiosa, acho que Deus me ajudou muito a me curar. Sou católica, praticante, sem Deus a gente não faz nada.”*

E: *“Sou batista. Procurei o templo para conforto espiritual e acho que fez diferença, que me ajudou a superar.”*

Em trabalho realizado com um grupo de portadores de câncer de laringe já submetidos ao tratamento cirúrgico, Aquino e Zago (2007) ressaltam que a prática religiosa foi uma estratégia utilizada por estes adoecidos para a recuperação da força perdida com a doença e com os tratamentos. A maioria dos participantes relata a aceitação e atenção por parte da comunidade da igreja durante os períodos de maior gravidade da doença. Destacam ainda pesquisas que demonstram que a reabilitação daqueles que tem crenças religiosas está associada a uma sensação de esperança e satisfação com a vida e com menos depressão. As crenças religiosas são reconhecidas como uma estratégia de enfrentamento para a sobrevivência no câncer, propiciando resiliência.

Vários dos entrevistados citam participar de grupos para exercício de sua espiritualidade ou de grupos religiosos organizados conforme a religião professada. A participação nestes grupos é descrita na literatura como propícia não só pelas possibilidades de interações grupais, mas pelo intercâmbio de percepções sobre o sofrimento e cura. (HARVEY E SILVERMAN, 2007)

Estes adoecidos buscam apoio na religião, não como forma de escapar da realidade, mas sim como uma perspectiva para o futuro, um alívio ao sofrimento geralmente associado, o que ofereceria resultados de uma eficácia simbólica em relação ao bem-estar e autocontrole. (LUXARDO, 2006; AQUINO E ZAGO, 2007)

A expressão “graças a Deus” foi muito utilizada pelos entrevistados relacionada ao fato de não haver mais sintomas ou da doença estar controlada ou das internações terem diminuído em número.

F: *“Com a graça de Deus a situação ta controlada. Nunca, com a graça de Deus, tive internações.”*

K1: *“Todas as vezes que eu vou fazer o controle elas não sabem nem como me elogiar, não sabe como elogiar tanto a ginecologista como a cardiologista. Está sempre tudo bem graças a Deus. Faço exame de mama, faço tudo.”*

N1: *“Eu tenho instabilidade de pressão, ora está alta ora está baixa, um pouco de colesterol , e também um pouco de problema de respiração. Porque por imprudência eu fumei muito no passado, graças a Deus eu deixei esse vício!”*

O1: *“Graças a Deus, faço todos os exames, é vamos dizer assim um chek-up, mas nada constando.”*

Santos e colaboradores (2013) estudando o enfretamento da incapacidade funcional por idosos através da prática religiosa, destacam que o signo *Graças a Deus* é o representante desta estratégia, traduzindo a fé. Assim condições desagradáveis e limitantes são transformadas em situações boas, gratificantes, entendidas como um presente da deidade. Porém, destacam os autores que esta postura pode impulsionar uma posição de conformismo, como se a pessoa estive predestinada àquilo, fruto da própria visão de mundo trazida pela religião.

O fatalismo, doutrina que professa que todos os eventos estão pré-determinados com antecedência para todos os seres humanos e que, portanto não podem ser modificados, tem sido utilizada pelo modelo médico hegemônico como uma justificativa que levaria os doentes a uma não aceitação do tratamento e das medidas propostas. Associada principalmente a populações carentes, justificaria o porquê das pessoas não procurarem o sistema de saúde, pois, por acreditarem no fatalismo das doenças, se conformam com seu adoecimento. A crítica que se faz a estas considerações é que estas não levam em conta que as populações carentes não tem acesso ao sistema de saúde ou, quando o tem, são pelos profissionais de saúde mal

tratadas, o que causaria a não adesão, portanto um contexto bem diferente do exercício de sua religiosidade. O fatalismo deve ser entendido apenas como mais uma das várias linguagens culturais de sofrimento, não estando relacionado a apenas um estrato social, e que permite a estas pessoas conviverem com as doenças que as acometem. (DREW E SCHOENBERG, 2011)

No grupo pesquisado, o fatalismo aparece associado à punição ou expiação e à hereditariedade enquanto fatores causais das DCNT, mas não impede em momento algum que estes adoecidos procurem alívio para seus sofrimentos. Como já explanamos, este grupo não pode ser considerado um grupo economicamente carente ou desinformado, o que contradiz o constructo biomédico associado ao fatalismo.

7.2.4.5. Grupos de Apoio

A participação em grupos de doentes também surge nas falas, tanto relacionada a algo bom quanto ruim. Estes grupos são formados por pessoas portadoras das mesmas doenças e realizados nos serviços de saúde. São ainda denominados de comunidades narrativas, onde trocar informações, compartilhar a experiência da doença e o fornecer força contribuem para a adesão ao tratamento. São, portanto, grupos terapêuticos, proporcionando às pessoas que participam melhoria na convivência com a doença, funcionando como uma rede de apoio, estimulando a autodeterminação, independência, melhorando a autoestima, o senso de humor e a autonomia, fatores estes essenciais para ampliar a resiliência. Estes grupos funcionam baseados no princípio da reciprocidade, da sociabilidade, onde as trocas de experiências contribuem para criar uma memória comum que fortalece os participantes. (COREIL *et al.*, 2004; GARCIA *et al.*, 2006; SCHEFER *et al.*, 2009; CAMPOS 2010)

Para alguns dos adoecidos conviver com outras pessoas com a mesma doença e fazendo o mesmo tratamento faz com que se sintam confortados, porém para outros é motivo de depressão. A morte de um participante do grupo é o que mais os afeta.

N: *"...então tão todos ali, só quem tem Chagas, então tem aquelas pessoas mais doentes, mais do que eu, eu já imagino que eu vou chegar naquele estágio, então aquilo me acaba, aquilo me acaba, então eu ate falei, eu me arrependi de ter aceito, mas, é a realidade."*

A: *"A gente conversava e tocava no assunto e isso ajudava, ajudou muito a gente, quando a gente tem outras pessoas com o mesmo problema, outras tem mais do que a gente, mas sempre aquela esperança que ele vai superar tudo aquilo, né? A gente é um grupo na realidade, até meio divertido, a gente conversava, muitos até brincava com a situação, isso tudo ajudou muito! Tínhamos um grupo aí de pessoas que a gente conheceu, que ate eu, eu ainda retomo, pois muitos ainda tão continuando o tratamento, conversar novamente, foi muito bom, uma amizade assim de momento, dentro daquela situação, naquele momento, ajudou bastante a gente!"*

Coreil *et al.* (2004) estudando a participação de adoecidas portadoras de câncer de mama em grupos de apoio relata tanto aspectos positivos quanto negativos. Os positivos referem-se à sensação de pertença, empoderamento, redução de incertezas com o tratamento e vontade de cuidar de si mesmo, o que propicia melhor gestão de sua doença, já que os médicos são considerados como vagos, não oferecendo todas as informações necessárias para estas enfermas. Como convivem com outras adoecidas, podem avaliar o seu progresso terapêutico, o que também é visto como uma desvantagem, pois conviver com outras pessoas com pior prognóstico pode amedrontar a doente.

Já a participação em grupos de idosos tem outra perspectiva. O constructo qualidade de vida é aqui ressaltado, como no grupo de doentes, porém o foco não é a doença ou seu tratamento e sim o convívio e a redução do isolamento social. Estes grupos baseiam-se no pressuposto de que é importante envelhecer bem e com atividade, o que reduz as incapacidades decorrentes tanto do próprio processo de envelhecimento quanto das doenças que porventura ocorram. Os grupos propiciam a

formação de vínculos e a inclusão social, amenizando a solidão, queixa frequente neste grupo etário. (GARCIA *et al.*, 2006; SANTOS *et al.*, 2006)

Para os entrevistados participantes do grupo específico para a terceira idade, este é visto como uma oportunidade de convívio social importante, melhorando sua relação com a doença e proporcionando alegria e bem-estar.

F1: *“O fato de participar do grupo, eu não tenho a menor dúvida, me deixou mais saudável. Felicidade, alegria, eu estou assim. Inclusive falei para minha amiga que chegou hoje solte-se, seja você, não se encolha, porque quando a gente vai ficando encolhida a saúde encolhe junto.”*

J1: *“Agora eu vou para o grupo, tem pessoas para conversar, tem um assunto que interessa.”*

Várias pesquisas demonstram que qualidade de vida para os idosos relaciona-se com convívio social, atividades de lazer, comunicação, alegria, convívio familiar, relacionamento, amizades, autoestima, saúde, segurança e renda. (CHACHAMOVICH *et al.*, 2007; BOWLING, 2008; MANSO, 2009) Nas falas dos idosos entrevistados fica claro que participar do grupo estimulou o convívio, diminuindo a sensação de isolamento, propiciando felicidade e motivação, todos significados relacionados à qualidade de vida neste segmento etário.

7.2.4.6. Conhecimento sobre a Doença

Estes entrevistados procuram informações sobre suas doenças em várias fontes, em especial em palestras sobre suas enfermidades e na Internet, esta última a mais utilizada. Todos os entrevistados possuem computador em casa e vários o utilizam também no trabalho, o que facilita o acesso.

Para este grupo, procurar informações sobre sua doença os torna mais capazes de gerir seu próprio tratamento e proporciona independência das informações

dadas pelos médicos e demais profissionais de saúde, as quais, segundo eles, são insuficientes. Também propicia checar a veracidade das informações fornecidas por estes mesmos profissionais que os atendem.

H: *“Minhas filhas procuraram na internet informações sobre a doença, mas eu sou o meu médico, aquilo que eu acho que me faz bem...”*

Q: *“O outro dia vi na internet umas apostilas que o hospital [especializado em doenças do coração] está dando. Pedi para meu filho ver para mim, é sobre isso aqui [aponta para a barriga].”*

O uso da internet traz tanto informações científicas sobre as doenças quanto experiências de doentes sobre suas doenças. Há grupos de apoio via internet, várias comunidades de doentes e a cada dia esta tem sido mais valorizada pelas pessoas como fonte de informação sobre saúde e doença. Vários sistemas de saúde já compartilham informações entre médicos e doentes através desta ferramenta e alguns autores ressaltam que o uso destas tecnologias está afetando a experiência de adoecer, o que pode acarretar mudanças futuras nos padrões culturais sobre as doenças. (ZIEBLAND E WYKE, 2012)

7.2.4.7. Relação com os Profissionais de Saúde

Conviver com a DCNT implica em idas constantes à consultas médicas. Para estes adoecidos, não há problema de acesso, mas há queixas sobre a troca frequente de médicos pelo convênio, pois o tratamento é iniciado com um profissional que, posteriormente, deixa de atender pelo plano de saúde que o entrevistado possui, forçando-o assim a procurar outro médico. Constatamos que, mesmo com renda mensal elevada, estes participantes referem não querer *“pagar particular”* já que pagam o convênio médico.

N: *“Eu tinha um cardiologista que era meu amigo, que cuidava do meu coração e minha alma. Era uma amizade e ele brincava comigo, eu tratei vários anos com ele, meu coração ele via minha alma! Então para mim, me fazia muito bem, e de repente, eu perdi o meu convênio quando a firma faliu e eu fui mandada embora, então eu fiquei sem convênio e tive que ir para o convenio do meu marido que era outro.”*

C: *“... acho que ela é a quinta ou a sexta [médica], acho que por não gostar muito do atendimento ou porque saiu do convênio, alguma coisa. Esta última mudança foi por conta do convenio, então, mas como voltou [a médica] em vou ficar com os dois médicos ali, no paralelo.”*

A: *“Já mudei várias vezes de medicamento, não só fui obrigado a trocar de remédio, mas também de médico por conta de convênio, então cada vez que trocava de médico mudava o tratamento, agora este último tem ficado mais tempo!”*

Outra queixa surgida no grupo em relação aos tratamentos médicos refere-se à própria fragmentação do modelo assistencial dos planos de saúde. Estes entrevistados tratam cada doença com um médico diferente, assim, caso seja portador de, por exemplo, três doenças, haverá três médicos diferentes que acompanham esta pessoa e que não conversam entre si, o que gera, inclusive, diferentes prescrições para um mesmo problema.

S: *“Minha pressão agora deu para disparar. Tenho pressão alta há 25 anos e agora deu para disparar. Ela ontem subiu para 18 X 9 e aí o doutor me receitou outro remédio. Tomo três remédios diferentes para a pressão, o meu cardiologista falou para tomar outro quando a pressão subisse, mas cada médico diz uma coisa e eu não sei mais.”*

A: *“Já mudei várias vezes de medicamento, não só fui obrigado a trocar de remédio, mas também de médico [com certa irritação] por conta de convenio, então cada vez*

que trocava de médico mudava o tratamento, agora este último tem ficado mais tempo.”

Percebemos uma reclamação constante dos entrevistados quanto a falta de informação, de diálogo, de escuta e de atenção por parte dos médicos. Estes entrevistados ressaltam a falta de vínculo com os profissionais, o que afeta o seu tratamento.

L: *“Como é difícil alguém escutar alguém, os médicos não escutam!”*

Q: *“Um médico me falou: olha amigo se você continuar a fumar você dura uma semana! Você ta dando já uma sentença, não é desse jeito! Não é desse jeito! Eu sei que eu ganho alguns anos de vida se eu parar de fumar, mas se me desse uma explicação do que o cigarro faz, então eu...”*

N: *“Tem o Dr. que conversa bastante, me explica tudo, mas não é aquela amizade que eu tinha [com o médico anterior]. Com ele era diferente, eu tinha prazer de ir lá, agora não, eu vou por obrigação! E ele também me recebe como médico mesmo, e não como eu esperava que fosse, que eu já tava acostumada, com carinho! Eu fiquei 4 anos com o Dr [o primeiro médico que a tratou] e agora já estou há 3 com este outro e não é a mesma coisa. Ele é muito bom profissional, mas não é meu amigo, então ele troca de remédio, mas não adianta nada, eu acho que não adianta!”*

U: *“[teve pré-eclampsia] eu tive meu filho no hospital público e ninguém me disse o que eu tinha tido, então não me preocupei. Aí, um dia, tive uma crise e fui parar na UTI, mesmo assim mesmo, já tinha convênio, ninguém me deu remédio, nem me explicou nada ou mandou eu procurar um cardiologista. Foi só quando eu passei mal na rua, achei que eu fosse morrer na rua, um taxista me levou para um hospital e eu fui para a segunda vez na UTI, três dias, e foi a primeira vez que alguém falou que eu devia procurar um cardiologista, mas sem me explicar o porquê. Passado um tempo, eu fui, e esse cardiologista me fez vários exames e entre eles uma cintilografia e*

nesta tinha dado, agora eu esqueci!, tinha dado alguma coisinha lá e ele me mandou fazer um cateterismo. Eu virei para ele e perguntei doutor eu posso enfartar? Eu tava morrendo de medo de morrer! E ele me disse a qualquer momento, eu quero este exame para ontem. Eu saí de lá vim para casa, e não me mexia, nem comia, com medo de enfartar. Quando foi de madrugada minha pressão tava 25X 12. Acabou, no dia seguinte fui fazer o cateterismo e levei para ele, ele me falou que não deu nada, e eu falei mas o senhor não falou ontem? E ele disse que tinha dado um negocinho na cintilografia e que o cateterismo era para confirmar ou não, como não confirmou, eu não tinha nada e não me deu remédio. Então fiquei com tanta raiva!”

U: *“As consultas são muito corridas, os médicos não informam e médico está muito, muito, mercenário.”*

P: *“Os médicos nem sempre tem paciência para ouvir tudo o que a gente tem de dúvida, então muita coisa eu não pergunto. Não sei por que não me falaram que tem uma dieta para diabéticos. Me dão os remédios e não me dão a dieta! Não explicam direito.”*

H: *“A medicina virou só uma fonte de renda. Médicos não querem relação, não querem ouvir, nem falar, explicar.”*

Notamos nestas falas que a falta de vínculo afeta a eficácia simbólica do tratamento, sendo esta sentida pela ausência de eficácia dos medicamentos e falta de adesão ao tratamento como um todo. A prática médica é vista pelo grupo como uma atividade comercial e não de cura. Há apenas um entrevistado, K, que realiza o seu tratamento com o mesmo médico desde a ocorrência do diagnóstico, mesmo assim observamos na fala a divergência de crenças sobre sua enfermidade, como já relatamos.

K: *“...desde o início com o mesmo médico. ... Eu me acho controlado, meu médico não acha, mas eu me acho controlado, não tenho nenhum sintoma.”*

Além da falta de atenção, surgiram nas falas queixas sobre falta de ética dos médicos entre si e relatos de possíveis falhas médicas.

A: *“Um médico, um cardiologista que eu tive, não por discordar dele em relação ao meu estado, mas por ele ser muito evasivo, ele me maltratou muito e eu não gostei! Ele era contra eu implantar o marcapasso e quando eu me senti mal e fui internado eu não tinha como falar com ele! Eu fui internado e lá os médicos já tomaram todas as providências. Quando eu sai, já sai com marcapasso e aí eu voltei nele. Ele me destratou e disse que já que o outro fez a opção pelo marcapasso que eu voltasse com ele, que eu seguisse junto com o outro! É [risos] aí a gente fica nervoso, às vezes fala alguma coisa que não deveria falar! Aí eu saí, minha filha fez uma representação contra ele no plano, mas vamos esquecer, já passou [risos]”.*

Q: *“...aí quando e fui buscar [o exame], tinha uns médicos, um médico levantou e me viu, disse ele não era para ter saído do hospital, quando ele disse isso aí eu caí fora! Aí expliquei para a médica que tinha me dado alta e ela falou: não que o tratamento dele é esquisito, você ia sofrer muito, esse médico... Ela falou do colega, eles estudaram junto, estudaram junto, e fiquei assim, tudo bem, beleza, mas aí eu também não confiei muito nela, aí comecei a desconfiar de médico, para mim médico nenhum é bom.”*

J: *“Eu não gosto do hospital [cita o nome], mas é perto de casa e o único que atende o convenio. Eu estava com dor para urinar e lá fui eu. Cheguei lá umas nove horas da manhã e sabe que horas saí de lá? Cinco horas da tarde! Lotado! Tudo isso para fazer um exame de urina e para o médico me passar um remédio, sem me examinar. Aí eu falei, mas você não vai me examinar? A não, não precisa, passei o dia inteiro no hospital para sair do jeito que entrei! Aí comprei um remédio por conta e melhorei.”*

Há ainda queixas sobre outros profissionais de saúde como fisioterapeutas e enfermeiros.

I: "Cortei o dedo enquanto estava fazendo quimioterapia. A enfermeira, que era bem boazinha da quimioterapia, entrou de férias e veio uma substituta. Ela falava: Não, não tem importância, a senhora pode fazer a nova quimio sem problemas! O dedo piorou! Aí quando fui fazer a outra sessão, a enfermeira já tinha voltado de férias. Quando ela viu, não me deixou fazer a quimio e me mandou direito para o hospital: Vai fazer exame, conversa com seu médico. Fiquei internada para tomar antibiótico! Seis meses de antibiótico, precisou limpar com cirurgia depois melhorou."

Estudos demonstram que as representações que levam os indivíduos a adquirir um plano de saúde baseiam-se em um trinômio: qualidade, acesso e segurança. A qualidade é avaliada pelo contato com o médico que o assiste, onde a relação interpessoal, a disponibilidade de tempo para examinar, o dar explicações e ouvir o doente, são os requisitos que fazem com que o médico seja ou não bem avaliado. As pessoas querem ser minuciosamente examinadas e inqueridas sobre tudo o que lhes aflige. Se o médico não é bem avaliado, as prescrições não são seguidas. (FARIAS, 2003)

A mudança frequente de médicos é vista como um dos principais fatores de descrença e não seguimento de prescrições. O desinteresse dos médicos pelas condições dos adoecidos leva à descrença na competência técnica, o que faz com que a eficácia simbólica não se efetive. (MINAYO, 1998; DUARTE *et al.*, 2010)

Pagar um plano de saúde não representa apenas qualidade no atendimento como acima explicitado, mas as pessoas não desejam aguardar em filas, demorar para agendar consultas ou ser mal tratadas. Esperam ainda ser atendidas por bons especialistas, já que o modelo médico hegemônico é constituído como um sistema perito. (FARIAS, 2003)

Os sistemas peritos são sistemas abstratos de excelência técnica ou competência profissional que organizam grandes áreas do ambiente social atual, resultantes das revoluções científicas, aumento do conhecimento técnico e consequente incremento da especialização. Estes sistemas influenciam o cotidiano, criando áreas onde os indivíduos se sentem seguros. Guiddens (1991) ressalta que o

especialista adquire legitimidade através do seu saber, mas este por si só não garante a confiança nem a garantia de verdade incontestável, sendo que sua posição como perito decorre basicamente do desequilíbrio entre as informações e habilidades que possui em contrapartida com as do leigo.

A especialização é impessoal, universalizante e ligada na crença na ciência, apesar desta última estar sendo questionada não só por não trazer certezas absolutas e imutáveis, mas por não ter conseguido fornecer às pessoas somente benefícios como apregoava. A confiança nos sistemas peritos fundamenta-se na competência técnica, portanto é passível de revisão, podendo ser retirada a qualquer momento. Daí a necessidade do especialista constantemente ser forçado a reforçar seu saber perante o leigo. Esta confiança também é abalada à medida que as pessoas a cada dia mais se informam sobre sua doença, diminuindo a assimetria de poder. (GUIDDENS, 1991)

O sistema médico moderno de cuidado à saúde pode ser visto como um sistema perito posto que se baseia nas reivindicações de universalização da ciência, se estende através do globo, é ultra-especializado e rotula outras perspectivas de cuidados à saúde como alternativas ou complementares. Calcado em saberes exclusivos, vem passando por perda de confiança dos seus usuários, com críticas severas que passam pela desumanização do atendimento e questionamento da eficácia terapêutica. Caracterizado pela assimetria de relações de poder, não tem conseguido conviver com sujeitos e sim com pacientes.

As pessoas confiam *a priori* nos especialistas sem compreender como estes se formam. A especialização, fruto da fragmentação, pauta-se na visão da doença, do órgão e não do doente. Estes adoecidos com DCNT procuram nos especialistas o curador, alguém que o veja como uma pessoa em sofrimento, algo que o especialista não está apto a fazer. Daí a descrença e a falta de eficácia simbólica. Esta imagem de si do médico enquanto tecno-cientista gera uma falsa expectativa de cura e faz com que médico se distancie do enfermo, se desprenda da preocupação com a vida deste, encarando o diagnóstico e o tratamento um fim em si mesmo, a doença como uma coisa em si.

Assim, fecha-se um quadro narrado por estes entrevistados. Estes não encontram um médico que os escute, dê atenção, se preocupe com suas mazelas. As informações sobre suas doenças não lhes são fornecidas. Não são examinados pelos médicos, confiando-se apenas na tecnologia dos exames diagnósticos para acolher seu sofrimento. O próprio plano de saúde piora esta situação, pois o adoecido não consegue estabelecer um vínculo, já que a cada hora há um médico diferente a atendê-lo. Cada médico prescreve um medicamento diferente para a mesma doença que acomete este doente, que não sabe mais a quem segue. A postura prepotente do médico é ressaltada, pois este ou exagera na importância de um dado atendimento ou maltrata o doente que foi atendido em uma situação de urgência por outro médico. Estes comportamentos são encontrados tanto em consultórios quanto em hospitais e pronto-socorros e se estendem a outros profissionais da equipe de saúde, como enfermeiros e fisioterapeutas. A descrença aparece, inclusive, quando é o mesmo profissional que atende o entrevistado há anos, pois ele crê que sua doença se encontra controlada, enquanto o médico diz que não, mas nada é feito para aproximar estes entendimentos.

Estes comportamentos dos profissionais de saúde, principalmente médicos, são explicados por uma das entrevistadas.

C: “Então é assim: acho que a gente poderia participar muito mais, acho que ele [o doente] é capaz de ver e compreender. Esta semana que passou vi uma reportagem sobre esta segmentação da medicina. Como está tudo partidinho em especialidades, o médico não tem tempo de te ouvir contar toda a história, mas isso agora é assim e pronto acabou! Como o Direito, cada um se especializou e é isso aí!”

Internações hospitalares frequentes são apontadas pelos participantes como sendo algo que os entristece e limita. A internação mais temida é a que os leva à Unidade de Terapia Intensiva, UTI, não só pela gravidade do quadro, mas pelas condições de atendimento nestes locais. As UTI são vistas como frias e desumanas, com profissionais rudes e pouco interessados pelos internados, sendo esta queixa comum a todos os entrevistados que já necessitaram de atendimento nestas unidades.

D: *“ Minha sogra esteve internada em um hospital de ponta e de alto luxo aqui em São Paulo e tivemos muito problema com a enfermagem. Inclusive ouvi comentários sobre a brutalidade do enfermeiro que atendeu durante a noite, outras pessoas comentando o fato no corredor, sabe? Sangramento dela, um monte de fatores ali que o corpo de enfermagem era muito ruim.”*

E1: *“...porque na verdade eu nunca tive essa coisa de saúde, né. Eu tenho muitas internações então é uma coisa difícil para mim.”*

N: *“Já internei três vezes, duas em UTI. Na UTI é difícil, difícil! [lacrimando]”*

A: *“Fiquei duas vezes [internado] em UTI, uma vez por dor no estomago, até passei pelo hospital e o médico achou por bem internar e colocar nas mãos do cardiologista para acompanhar e outra vez eu fui para UTI em função da bradicardia. Também passei uma noite e sai no dia seguinte. É horrível! Nossa é horrível, olha eu não gostaria de voltar novamente para lá, é um ambiente pesado, pesado!”*

C: *“Eu acho que é falta de respeito, insensibilidade, que acho que é tudo isso e mais ainda, acho que é falta de conhecimento mesmo, temperamento da pessoa! O doente dá trabalho, te amola, é aquela coisa imprevisível, certo? Se você vai trabalhar em uma UTI, você vai trabalhar com a pessoa mais indefesa que existe! Eu chamei o médico que estava lá e falei que a funcionaria não sabe trabalhar! Gente, eu vi eles combinando o ciclo que eles iam dormir, os horários que eles iam dormir no banheiro, estavam todos os funcionários ali trabalhando e me davam remédio para dormir mais cedo porque eles percebiam que eu estava ouvindo tudo! Na primeira internação eu queria fazer xixi, me deram a comadre e eu não conseguia fazer: Eu não vou conseguir fazer, você pode me por uma fralda? Eu relaxo e faço. [enfermeiro] Mas é muito preguiçosa! Quer fazer xixi na fralda!. Aí ele pôs a fralda, mas não prendeu e eu fiz e molhou toda a cama e não trocaram! Isso no hospital [nome do hospital] que é um hospital de ponta. Ah! Você devia ter reclamado! Mas, eu podia ser internada lá*

outra vez e ficar na mão das mesmas pessoas e ser muito mais maltratada do que fui! Aí esta fisioterapeuta que fez [o bipap] ela punha no prontuário que eu não tinha aceitado o tratamento, que eu recusava! Para ela fazer a fisioterapia em mim eu tinha que pedir, não podia ajoelhar na cama, mas pedia pelo amor de Deus, para ela aplicar o bipap, porque ela não aplicava e ninguém tomava providencia nenhuma! Ela escrevia no prontuário o que ela queria! Soube que depois ela foi mandada embora. A enfermeira viu aquilo e falou que o nosso santo não batia, não é uma questão de santo é questão de competência, eu sou brava, mas não fui com você [aponta para a entrevistadora] por exemplo. Eu reclamei para ela, reclamei para o plantonista [do atendimento da fisioterapeuta], não tomou o menor conhecimento, um homem bonito, daqueles que fica lá no hospital, sabe? E depois outras vezes que eu fui, porque já aconteceu de invés de eu por o remédio para inalação eu por outro, eu liguei e me mandaram para o hospital ficar em observação, e vi esse médico, então, sabe, as pessoas não sabem a que vieram! Essa é uma carreira, médico, padre, advogado, tem que ser servis, tem que estar para o outro e não para si, não é o que eu senti e o que a gente vem sentindo hoje, sabe, vai fazer medicina porque tem poder sobre a vida, porque tem dinheiro, tem status, mas é isso!”

Menezes (2006) em estudo sobre a prática de profissionais de saúde no âmbito da UTI observa que se trata de um ambiente que, por si só, já traz uma série de informações: sons, luzes, cheiros, que intimidam as pessoas; a maioria das UTI's não permite distinguir o dia e a noite; a temperatura é sempre fria e o número de profissionais que lá transitam é elevado. Nestes serviços os doentes costumam ser classificados pelos profissionais segundo sua viabilidade física, posição social e docilidade. Esta classificação, apesar de aparente, não é admitida pelos próprios profissionais. O paciente considerado ideal é aquele que é anônimo, viável, responsivo e colaborativo, o que o torna alvo das melhores ações de saúde e do melhor atendimento. Caso o doente não se encaixe neste padrão, é tido como difícil, o que permite à equipe tratá-lo diferentemente dos demais.

Caprara e Franco (1999) e Caprara (2003), analisando a relação médico-paciente destacam a experiência de médicos que deixaram de ser médicos para tornarem-se pacientes. Estes se tornaram críticos da biomedicina, tida como insensível e incapaz de considerar o sofrimento como parte da relação médico-paciente. Como ressalta o entrevistado P1 em sua fala:

P1: *“Você não sabe como a medicina está ruim até precisar dela! Um horror, um horror! Depois da cirurgia tive que ir para a UTI. Fiquei lá só ouvindo e vendo. Fiquei bem quietinho, fazendo tudo o que me mandavam, para poder colaborar, mas a gente vê cada coisa! Como os colegas são insensíveis! Mas o pior é a enfermagem e os fisioterapeutas. Você não se sente uma pessoa e sim uma coisa, manipulada, jogada de um canto para o outro, sem poder reclamar. O fisioterapeuta vinha, mandava eu fazer os exercícios no aparelho, eu fazia. Depois de dois dias [cita o nome do médico que o operou] veio me ver e disse que eu não podia fazer nada que forçasse o meu abdomen. Disse, meu amigo, toda hora o fisio vem e me manda fazer exercícios para o abdomen, o que eu faço? Ele [o médico] deu um piti na UTI e depois disso todos ficaram com raiva de mim, não me trocavam, não faziam nada comigo! Pensei, se eu que sou médico passo por isso, imagina quem não é!”*

O modelo biomédico, ao considerar a doença como um desvio de variáveis biológicas em relação a norma, ao mesmo tempo que propiciou grandes avanços técnicos, por outro minimizou aspectos comportamentais, sociais e psicológicos. Assim não há comunicação médico-paciente, um não entende o outro. Várias pesquisas mostram que até 50% dos sintomas relatados por um doente em uma consulta não são considerados pelo médico e que a falta de acompanhamento em longo prazo do enfermo pelo mesmo profissional não permite que o conhecimento sobre o adoecido se aprofunde. Os doentes são vistos como objetos e não como indivíduos que vivem, refletem e que, junto com o médico, transformam o encontro clínico. (CAPRARA E FRANCO, 1999; CAPRARA 2003)

Lima e Trad (2007) destacam que o doente que não adere ao tratamento, que se recusa a submeter a um determinado procedimento ou, ainda, quando o

profissional de saúde não obtém a resposta terapêutica desejada fere a racionalidade científica, não obtendo, portanto, guarida dentro do modelo.

A cultura biomédica crê ser a única que tem resposta para o adoecimento, mas o que se tem observado é um efetivo distanciamento entre curador e enfermo causado pelo isolamento da doença enquanto objeto de estudo, não considerando que esta habita um corpo que pertence a um sujeito, inserido em uma rede de relações familiares, sociais, de amizade, de trabalho, de cultura. Sem ampliar esta visão, não se apreende a totalidade do processo de adoecer.

O modelo biomédico pauta a produção do trabalho do fisioterapeuta, do enfermeiro, do médico, de todos os profissionais da saúde, daí as queixas se estenderem a todos eles. Podemos depreender que estes entrevistados criticam, acima de tudo, a forma como a atenção à sua saúde é hoje realizada. Notamos nas falas, principalmente as relacionadas ao ambiente de internação e UTI, a ausência de cuidado dos profissionais e da atenção integral. Os profissionais priorizam suas práticas pautadas em procedimentos, trabalhando isoladamente, sem vínculo com o doente a quem atendem.

Vínculo é definido por Pichon–Rivière (2007) como a relação particular do indivíduo com o outro, com um objeto e com o mundo, criando uma estrutura que é particular para cada caso e para cada momento, sendo, portanto dinâmico e inclui a conduta para com o objeto. Para o autor, as pessoas desde seu nascimento já se encontram inseridas em grupos, sendo a família o primeiro destes, e assim permanecem durante todo o curso da vida, portanto não é possível conceber uma interpretação do ser humano sem levar em conta o seu contexto ou a influência destes grupos nos papéis que se assume ao longo da vida.

Good e Delvechio–Good (2000) destacam que os médicos são treinados desde cedo durante sua formação a limpar e padronizar a narrativa do enfermo, o que os distancia da experiência do adoecimento, a qual é desconsiderada pelo modelo biomédico. O modelo biomédico, portanto, ao descontextualizar as pessoas quando da relação com o profissional da saúde através da imposição de um roteiro de atendimento pré–fixado e universal, impede que o vínculo se estabeleça, distanciando

o saber e as experiências vividas pelo adoecido. A fim de diminuir o distanciamento entre profissionais de saúde e adoecidos, com menor fragmentação disciplinar e mais interdisciplinaridade, hoje se propõe modificar a formação do profissional da saúde, a qual deve priorizar a formação de vínculos e o aprender a ouvir o doente.

Novamente citando Good e Delvechio–Good (2000), estes destacam que a formação médica deve basear-se em um binômio competência/cuidado, onde a primeira diz respeito ao conhecimento cognitivo e competência técnica, enquanto o segundo trata da compaixão, empatia, atitude, relações. Hoje em dia, há uma tendência a este binômio ser tratado como uma polaridade, com inclinação para o primeiro polo, técnico, em detrimento do segundo, não técnico. A formação do médico deve voltar-se para reconfigurar um equilíbrio entre estes polos, não apenas destacando o segundo, mas repensando esta formação como um todo.

O sistema de saúde, enquanto rede micropolítica onde os diversos atores disputam poder entre si, é reprodutora. O médico, ao falar de seu lugar de saber, desqualifica não apenas o doente, mas, também o modo de cuidar que não seja o médico. O cuidado é transferido então para outro lugar, para um contexto organizacional e tecnológico, e passa a depender cada vez mais deste. A própria sala de aula médica reproduz esta relação de poder, também determinada por uma rígida hierarquia de aprendizado. (CECÍLIO, 2009; FOUCAULT, 2011a)

O encontro entre trabalhador da saúde e usuário do sistema de saúde, seja ele público ou privado, afeta a ambos. Não apenas pela relação em si, mas...

“...pelas normas, saberes, instrumentos, que configuram corpos no sistema no cenário do cuidado em saúde. Segundo Espinoza, citado por Deleuze, os afetos podem causar alegria ou tristeza, aumentando ou diminuindo respectivamente a potencia dos sujeitos de atuar no mundo da vida. No caso específico da saúde, as conexões entre os diversos processos de trabalho podem formar um campo energético invisível, que envolve o cuidado do ato e configuram tanto linha de vida quanto de morte, segundo este encontro produzir acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação ou se manifestar de forma burocrática, produzindo heteronomia e insatisfação” (FRANCO E MERHY, 2011, p. 12).

A biomedicina, como já comentamos, não deve ser vista como um monólito, já que, mesmo dentro dela, existem heterogeneidades dentre as próprias especialidades médicas e na prática dos profissionais, algumas mais abertas à escuta, outras nem tanto. Como ressalta Tesser (2007), mudar o comportamento médico e passar a ouvir o doente e estabelecendo vínculos não fará da medicina menos ciência.

A fala de uma das entrevistadas, profissional da saúde e hoje crítica do modelo biomédico, e que foi utilizada como título desta pesquisa, traduz bem o que foi até aqui exposto:

J: *“A gente não é uma doença, tem muita coisa por trás!”*

CONCLUSÃO

8. Conclusão

Pode-se entender a cultura como um conjunto de processos compartilhados que produzem um consenso sobre o mundo no qual se vive e que permite às pessoas se reconhecerem como parte de um grupo. Envolve ainda sistemas de significação entre seres humanos, os quais se situam diferentemente segundo redes de poderes. Significados definem coisas e são utilizados pelo grupo para organizar e regular condutas. A cultura é um processo arbitrário, já que cada grupo pode vivenciá-la de forma diferente atribuindo significados diferentes a um mesmo fenômeno ou objeto. Este conhecimento é histórico e sua produção encontra-se vinculada às condições de possibilidade e necessidade. (WOLF, 2003; MEYER, 2006)

O adoecer é inscrito na cultura, um processo experimentado e vivido. Daí a diferenciação, hoje clássica, entre *disease* e *illness*, enquanto percepções diversas sobre a experiência e compreensão do fenômeno. Como citamos, enquanto a primeira é a doença conhecida pelos diferentes profissionais de saúde formados pelo modelo biomédico, a segunda é a narrativa, os modelos explicativos, utilizados pelos enfermos para explicitar o seu sofrimento e seu percurso em busca de alívio.

Todo encontro clínico é uma troca destes diferentes modelos explicativos, sendo que os profissionais de saúde deveriam a estes estar atentos, identificando a experiência da doença do sujeito adoecido, acolhendo-o e respeitando-o. Ouvir estas narrativas é ir além da anamnese clássica, onde o médico ou demais profissionais apenas seguem um roteiro pré-estabelecido e concebido para chegar à *disease*. Aprender a ouvir a narrativa dos doentes permite ao profissional de saúde entender o ponto de vista do enfermo e construir um vínculo terapêutico mais fortalecido e efetivo, resgatando a dimensão ética da atenção à saúde, o cuidado e a eficácia simbólica.

Entretanto, o que se observa usualmente no encontro clínico é um enfrentamento entre os diferentes modelos explicativos advindo das diferentes relações de poder: o adoecido comparecendo com o poder simbólico e o profissional de saúde

com o poder do sistema. Esta situação não propicia o diálogo, já que o profissional de saúde não deseja escutar a narrativa do doente, e reduz e desqualifica o saber do enfermo. (TAUSSIG, 1980; 1993; YOUNG, 1981; FRANCO E MERHY, 2011)

Bohm (2005) ressalta que a cada dia há mais dificuldade de comunicação entre os diversos grupos sociais, os quais não conseguem se ouvir e entender. Comunicar-se significa fazer algo junto, um diálogo, e não a imposição de uma conduta ou ideia a outrem. Quando ocorre comunicação, há troca: uma pessoa apresenta sua ideia à outra e ambas as reconstruem em um acordo. Para tanto, as pessoas devem se dispor a ouvir livremente, sem preconceitos e sem medo do novo. Agir autoritariamente, impondo opiniões, entendendo o outro como passivo, não propicia o ouvir e muito menos a troca.

O médico, a enfermeira ou outro profissional de saúde pensa estar ouvindo atentamente o que o doente diz, mas as relações de biopoder, o modelo biomédico que dirige este contato, não propicia esta escuta. Há pressupostos, opiniões sobre o que as pessoas devam ou não fazer, que fazem com que os profissionais de saúde se tornem rudes quando contrariados, ou que usem da rispidez como um mecanismo de defesa. Estes profissionais se agarram à suas opiniões e se sentem sob ataque quando estas são confrontadas. Desvalorizar o saber do adoecido e não considerá-lo, passa a ser uma forma de defesa e de reprodução do poder.

Como visto, o adoecimento e a morte acompanham a humanidade desde seus primórdios, sendo que a mesma sempre procurou um sentido para estas experiências. Várias concepções explicativas para a doença surgiram e várias ainda persistem, reconstruídas e resignificadas. Entretanto, em um dado momento histórico, o modelo denominado biomédico tornou-se hegemônico, fruto da micropolítica do exercício do biopoder. A partir de então, a medicalização impôs-se como mote.

O modelo hegemônico obteve sustentação no tripé agente causal bacteriológico, políticas públicas voltadas para o controle do agente causal e atenção hospitalar. Este modelo trouxe inegáveis e incontáveis avanços à saúde das populações, mas hoje demonstra sinais de esgotamento. Ao priorizar as doenças, afastou os profissionais de saúde dos adoecidos e hoje se mostra incapaz de atender

às necessidades da população. Construído como um sistema perito, calcado na assimetria de informação e na razão instrumental, vem sendo constantemente questionado quanto à sua efetividade frente a atual realidade epidemiológica e demográfica. A ultraespecialização e fragmentação mostraram-se incapazes de acolher os doentes e as relações de poder impedem que as experiências e saberes dos enfermos sejam consideradas pelos profissionais de saúde, desumanizando o atendimento. O doente é tido como um obstáculo que deve ser disciplinado.

Não são considerados pelos profissionais de saúde os cuidados que estes adoecidos buscam, nem uma maior aproximação com os fatores culturais que influenciam no processo. Ao desconsiderar a comunidade, espaço onde há muito as pessoas encontram respostas para seu adoecer, estes profissionais isolam o doente, tornando-o apenas uma doença, ou um doente mal comportado ou um hipertenso sem controle. A doença, a cura, as medicinas, são processos históricos sociais e culturais e como tais devem ser analisadas. Tratar a doença é apenas um ponto, já que o sujeito adoecido deve ser também reinserido em sua família e no seu grupo social.

Os participantes desta pesquisa são usuários de planos de saúde que participam de programas de GDC diversos, e, portanto, possuem condições sociais e econômicas diferenciadas em relação à maioria da população, características estas que, teoricamente, seriam potencializadas pela educação em saúde e informações transmitidas pelos programas dos quais participam. Estas peculiaridades proporcionariam condições ideais para adesão ao tratamento dentro desta perspectiva, inserida no modelo biomédico hegemônico. Porém, nota-se que os resultados destes programas não são tão efetivos, como anteriormente relatamos. Daí a hipótese, já apresentada, que atribui ao modelo explicativo e itinerário terapêutico destes enfermos, bem como à estratégias de cuidar de si por estes desenvolvidos, esta não adesão ao tratamento, apesar do alívio do sofrimento obtido pelos enfermos.

Com a finalidade de estudar esta hipótese, selecionamos um grupo aleatório de pessoas em dois programas de GDC, moradoras nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, as quais foram entrevistadas pela pesquisadora durante os anos de 2012 e

2013. Este grupo revelou-se, do ponto de vista sócio-econômico-demográfico, representativo tanto do conjunto de usuários de planos de saúde quanto de pessoas vinculadas a estes programas de GDC. Como demonstramos, trata-se de um grupo de alto risco epidemiológico para ocorrência de mortes prematuras e incapacidades geradas pelas DCNT que os acometem, bem como considerado pelos provedores de convênios como de altíssimo risco para consumo de atenção médico-hospitalar.

Quando da análise das falas destes indivíduos encontramos quatro categorias analíticas principais: Causas das Doenças; Diagnóstico da Doença; Itinerário Terapêutico e Convívio com a Doença. Esta última, por sua extensão e complexidade, foi subdividida nas subcategorias: Gestão do Tratamento, Incapacidade e Dependência, Morte, Espiritualidade, Grupos de Apoio, Conhecimento sobre a Doença e Relação com os Profissionais de Saúde.

Para este grupo, as causas das doenças relacionam-se majoritariamente ao estresse provocado por conflitos familiares e conjugais, aos problemas financeiros, ao ato de cuidar de um familiar, ao trabalho ou a falta deste. A seguir, encontrou-se a alimentação como explicação causal para as DCNT que os acometem, tanto por estar modificada em quantidade quanto em qualidade ou pelo entendimento de que alguns alimentos relacionam-se especificamente com algumas doenças. Segue-se a causa genética que torna a doença inevitável; a menopausa como um marco da vida para as mulheres do grupo; o corpo-máquina disfuncional; a mente; a punição e a expiação por atos da vida; a tristeza, relacionada ao pulmão; o hábito de fumar e o consumo de álcool; as causas sobrenaturais, como o demônio, e o contágio.

O grupo aponta a interação de vários modelos de causalidade, constituídos por aspectos apreendidos e reinterpretados do modelo médico hegemônico, de outros modelos médicos, de interpretações religiosas, releituras sociais e experiências de vida, tanto dos entrevistados quanto de seus familiares e grupos sociais, constituindo-se em um acúmulo de causas ou em um ciclo etiológico, que permitem a estas pessoas entender e explicar perguntas como “*por que eu*” e “*por que agora*”, relacionando-as estas perguntas a sua visão de mundo e ordem social.

Esta pesquisa mostra que, entre o grupo pesquisado, a causalidade sobrenatural foi apontada tanto por homens quanto por mulheres, todos moradores em grandes capitais, com alto nível de escolaridade e renda. Nas falas destas pessoas, esta explicação ou surge para uma doença ou, para um mesmo entrevistado, ora uma doença pode ter uma causa natural ora outra uma sobrenatural. Este achado contrapõe-se à afirmação de que apenas classes menos favorecidas economicamente teriam este tipo de interpretação para a causalidade do adoecer. Trata-se de uma visão preconceituosa, que não retrata a realidade, já que os grupos sociais constituem seus próprios modelos para as doenças. (EISENBERG, 1977; GOOD, 1977; KLEINMAN, 1978; 1980; MINAYO, 1988; ALVES, 1993; GOOD, 1994; CONCONE, 2003; LAPLANTINE, 2010)

Notamos semelhanças com o obtido na pesquisa de Minayo (1988), apesar de esta autora ter estudado um grupo de trabalhadores que vivem em favelas do Rio de Janeiro, o que contrasta do ponto de vista socioeconômico com o grupo aqui estudado. Transcorridos 16 anos entre a pesquisa no Rio de Janeiro e esta, com grupos tão diferentes, observam-se padrões semelhantes fortemente inscritos na cultura. Destacamos ainda que, entre os participantes desta pesquisa, há profissionais da saúde, os quais compartilham das crenças e práticas culturais do grupo social do qual participam.

Grande parte dos entrevistados não se considerou doente quando do diagnóstico médico e vivencia suas DCNT estando doente. O ser doente, para estas pessoas é algo que os deprecia e está associado à incapacidade e impossibilidade de cuidar de si, já o estar doente é algo transitório, permitindo o convívio e gerenciamento da condição. Estas pessoas, como apresentamos, vivenciam sua enfermidade como *illness*, um conjunto de significados, símbolos, experiências e crenças tanto pessoais quanto apreendidas nos diversos grupos sociais aos quais pertencem. Estes modelos reinterpretam, reelaboram e ressignificam o discurso dos profissionais de saúde, construindo um saber próprio, que integrado à causalidade das doenças e ao itinerário terapêutico que buscam, torna o seu processo de adoecimento integrado à sua cosmovisão, como já mencionamos, inexistindo a fragmentação corpo-espírito e

fornecendo sentido às doenças que os acometem. Há ainda *diseases* que sequer são experimentadas pelos entrevistados, como a obesidade, o hipotireoidismo e a osteoporose e há *illness* não consideradas como *diseases* pelos médicos, como a dor crônica.

O grupo possui um rico itinerário terapêutico, que inclui a biomedicina e as denominadas medicinas complementares ou alternativas, onde se destacam as de natureza religiosa, tidas não apenas como método de cura, mas como de apoio e alívio do sofrimento, auxiliando, inclusive, na recuperação e na convivência com a doença. Ressaltamos que as crenças religiosas foram narradas por todas as faixas etárias e são independentes do tipo de doença que acomete este grupo de pessoas, sendo que estes entrevistados não relataram aos profissionais de saúde que os atendem estas demais terapias que procuraram. Os vários itinerários que o grupo utiliza são por estas pessoas tidos como complementares, não excludentes, e sempre incluem a biomedicina. Tratamentos como a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia são utilizados pelo grupo e tidos como uma continuidade do tratamento biomédico, enquanto que as terapias religiosas são vistas à parte do modelo hegemônico, mas que devem vir junto com este.

Estas pessoas apresentam um comportamento próprio para gerir o seu tratamento. A alimentação possui um significado amplo e importante para elas e mesmo atribuindo a causalidade da doença e de suas descompensações aos hábitos alimentares, não conseguem seguir à risca as prescrições dietéticas. Estas entendem a importância das restrições alimentares, porém, mesmo assim referem licenças sociais e o não seguimento da dieta prescrita, principalmente quando esta é conflituosa com seus hábitos alimentares anteriores.

O manuseio da prescrição de medicamentos também foi encontrado, tanto com modificação do prescrito, aumento ou diminuição da dosagem e não utilização da medicação. Os indivíduos do grupo que não sentem sua enfermidade como doença são os que mais modificam a dosagem dos medicamentos. A presença de efeitos colaterais dos fármacos é citada como motivo para a não utilização correta por alguns e a automedicação é frequente no grupo.

Estas pessoas reconhecem uma série de sintomas que indicam que sua doença está fora de controle e que os leva a aumentar ou diminuir a dose da medicação e reconhecem outros medicamentos além dos prescritos pelo médico e que podem ser utilizados nestas condições. Algumas terapêuticas são sentidas pelo grupo como indicadoras de dependência e incapacidade, como o uso de oxigênio e a aplicação de insulina, o que justifica sua não utilização.

O hábito de fumar foi alterado, mas o consumo de álcool é tido por este grupo como de difícil modificação. A inatividade física não é vista pelo grupo como importante para o seu adoecimento. Estes comportamentos não são inconscientes, mas formas conscientes de lidar com a doença no seu dia a dia e que propiciam a estes indivíduos o controle sobre a doença que os acomete, sendo entendidos como um cuidar de si, fruto do saber médico que detêm.

Este tipo de comportamento quanto à alimentação, uso de medicamentos e mudança de hábitos, não é o esperado pelo modelo biomédico para este grupo, já que estas pessoas, além de satisfazer os requisitos de renda, educação e informação que, teoricamente, os predisporia a uma maior adesão ao tratamento, como várias vezes apontamos, não têm restrição de acesso ao sistema de saúde e são acompanhados por programas de GDC.

Para as pessoas que participaram desta pesquisa, a dependência enquanto perda do cuidado de si é uma preocupação e está associada à morte da identidade social. Apesar de terem doenças crônicas várias e em associação, o adoecimento em si não é tido como um problema de difícil convivência, exceto quando presentes a dispneia e a dor crônica, o que caracteriza o enfisema, a Doença de Chagas e as doenças articulares como causas de incapacidade para o grupo.

A morte é tida como uma preocupação, principalmente para os entrevistados com câncer, porém estas pessoas encontram na religião, nos grupos de apoio e grupos de convivência, bem como na busca de informações sobre suas doenças, formas de estratégias de enfrentamento baseadas na resiliência e superação de perdas, que faz com que, de maneira geral, o grupo refira viver muito bem com suas doenças e limitações.

O convívio familiar e social, o bom humor, a alegria de viver, o reconhecimento e a adaptação aos limites físicos que as DCNT lhes impõem, são citados como estratégias que fortalecem a resiliência destas pessoas, principalmente entre os mais idosos.

A relação com profissionais de saúde não era um tema inicial desta pesquisa, mas, como se tornou muito relevante nas narrativas, foi destacada. Notamos que os entrevistados possuem uma postura crítica em relação ao modelo biomédico de atenção à saúde, identificando a fragmentação do cuidado por ele posta, com sérias críticas à forma como os planos de saúde propiciam acesso aos serviços. Entretanto, ressaltamos que os encontros com os profissionais de saúde são os que geram mais queixas. Estes são vistos como insensíveis e que não fornecem informações suficientes, principalmente nos espaço dos consultórios e hospitais. Estas relações foram muito criticadas quanto à falta de diálogo e ausência de escuta.

Um ponto que gostaríamos de comentar é o fato da pesquisadora ser médica e isto ser de conhecimento dos entrevistados, pois todos perguntaram logo de início a formação da entrevistadora. Cremos que este foi um ponto importante para o desenrolar do trabalho em si, pois os entrevistados não se mostraram ou disseram constrangidos em nenhum momento pelo fato, antes pelo contrário, no final das entrevistas, destacaram o quanto gostariam de compartilhar com os profissionais de saúde que os atendem as informações e conversas tidas durante a pesquisa e o quanto isto não é possível na forma como hoje o sistema se encontra estruturado. Na opinião da pesquisadora, ser médica foi irrelevante, mas o fato de ser professora em cursos de medicina e enfermagem foi o que mais propiciou oportunidades para as narrativas, principalmente quanto ao comportamento dos profissionais de saúde no convívio com estas pessoas, não como um desabafo, mas como um alerta crítico sobre o que hoje ocorre quando do encontro profissional de saúde– adoecido.

Estes adoecidos escondem seus comportamentos das enfermeiras que os visitam e dos médicos que os acompanham, pois estes não conseguem estabelecer com eles um vínculo, um entendimento do que seja seu processo de adoecer e vivenciar a doença. A sua formação, dentro do modelo biomédico, faz com que

apenas atuem como prescritores de comportamentos tidos como adequados, nem sempre entendidos como tal pelos doentes. Como não há vínculo, o encontro torna-se, portanto, um monólogo.

Cuidar é um conceito que inclui mais do que o tratamento. O cuidado deve abranger a comunidade, a família e os amigos do doente, pessoas estas destituídas de valor para o tratamento do doente pelo modelo biomédico. A pesquisa mostra que são exatamente estas pessoas as que contribuem para o sentimento de bem estar mesmo na presença de doença. As pessoas sentem-se seguras com este convívio e quando isoladas, como em casos de internações, a ausência destes faz com que o processo seja sentido como solidão e despersonalização.

Minayo (1988) destaca que os médicos não conseguem entender o que os corpos dos adoecidos expressam, como a doença é por eles vivenciada. A população crê na medicina oficial para determinados casos de desequilíbrios de saúde, mas combina diferentes formas de tratamento que lhe são acessíveis, sendo este comportamento não apenas relacionado ao mau atendimento médico, mas sim parte da cultura. Destarte, as pessoas reinterpretem um conhecimento que vem do senso comum, da biomedicina, de práticas alternativas e religiosas, das experiências, e as reorganizam constantemente, construindo saberes, expressões culturais próprias, algo universal, pensamentos culturais sobre a dor, o sofrimento, as relações e o destino humano. O veredicto médico é aceito, porém relativizado, e a crença em sua eficácia passa a incluir outros critérios.

Acreditamos que esta pesquisa atingiu seus objetivos, corroborando a hipótese inicial do trabalho, demonstrando que, mesmo em um grupo teoricamente disciplinado dentro de critérios tidos como ideais para a adesão ao modelo biomédico de adoecimento e tratamento, as pessoas estão imersas na cultura e encontram brechas para o exercício do cuidar de si.

O trabalho mostrou ainda que a crise do modelo biomédico, neste caso, advém tanto das relações microfísicas de poder quanto das condições estruturais do sistema de saúde e que as pessoas do grupo conseguem identificar algumas destas falhas.

Observamos ainda que os programas de GDC, por se inspirarem em pressupostos educacionais que não respeitam a autonomia do grupo e pautarem-se em comportamentos disciplinares não atingem seus objetivos.

Devemos ter em mente que as ciências são formações culturais entre tantas outras. Edgar Morin (1998; MORIN E MOIGNE, 2000), ao discutir o paradigma da complexidade, propõe como exercício da transdisciplinaridade, o triplo enraizamento em três domínios: física, biologia e antropossociologia, todos em comunicação, gerando uma construção teórica instigante e complementar. Assim, repensar a ciência médica incorporando outras ciências e saberes, pode trazer a integralidade do cuidado tão desejada hoje em dia na área da saúde. Hoje o homem se reconstrói geneticamente, manipulando o planeta e sua própria evolução, mas este mesmo homem não se repensa eticamente. (SERRES, 2003) Esperamos que esta pesquisa possa contribuir para este debate tão atual, além de colaborar nas reflexões sobre a medicina e sobre o ensino na saúde, ampliando a discussão ao incorporar as experiências e narrativas deste grupo de enfermos.

REFERÊNCIAS

9. Referências

AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo? e outros ensaios**. Santa Catarina: Argos, 2009

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva; GOMES, Isabelle Pimentel; FERNANDES, Maria das Graças Melo; SILVA, Antônia Oliveira. Representações Sociais Do Cuidar De Idosos Para Cuidadores: Revisão Integrativa. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.19, n.3, p. 485–490, 2011.

ALGRANTI, Miguel. Teorias etiológicas de la enfermedad y algunos principios terapéuticos em las practicas de las Escuela Científico Basílio de Buenos Aires. **Scripta Ethnológica**, p. 109–119, 2007.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

ALMEIDA, Helcia Oliveira; VERSIANI, Estela Ribeiro; DIAS, Adriana de Rezende; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar. Adesão a tratamentos entre idosos. **Ciências Saúde**, v.18, n.1, p.57–67, 2007.

ALVES, Luciana Correia; LEIMANN, Beatriz Consuelo Quinet; VASCONCELOS, Maria Estrella López; CARVALHO, Marília Sá; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; FONSECA, Thaís Cristina Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1924–1930, 2007.

ALVES, Paulo Cesar. Experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 263–271, 1993.

ALVES, Romulo Romeu da Nobrega; ALVES, Humberto da Nobrega; BARBOZA, Raynner Rilke Duarte; SOUTO, Wedson Medeiros Silva. The Influence of Religiosity on Health. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p. 2105–2111, 2010.

ANDRADE, João Tadeu; COSTA, Liduina Farias Almeida. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v.9, n.3, p.497– 508, 2010.

AQUINO, Verônica Urban; ZAGO, Márcia Maria Fontão. The Meaning of Religious Beliefs for a Group of Cancer Patients During Rehabilitation. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.1, p.42–47, 2007.

ARIÈS, PHILIPPE. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ARIÈS, Phillippe; DUBY, Georges. **História da vida privada: da Primeira Guerra aos nossos dias**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

ARMOND, Edgard. **Passes e Radiações: Métodos Espiritas de Cura**. São Paulo: Aliança, 1995.

ASSUNÇÃO, Ada Avila; JACKSON FILHO, Jose Marçal. Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para Cuidar In ASSUNÇÃO, Ada Avila (Org.) **Trabalhar na Saúde: Experiências Cotidianas e Desafios para a Gestão do Trabalho e Emprego**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

AYRES, Jose Ricardo. **Cuidado: Trabalho e Interação nas Práticas de Saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC–UERJ/IMS– ABRASCO, 2009.

BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.921–929, 2004.

BARROS, Nelson Felice. **Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica**. São Paulo: FAPESP, 2000.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. Análise Socioantropológica da Vivência do Diabetes: Um Estudo de Caso. **Interface Comunicação Saúde Educação**, p. 563–77, 2008.

BARSAGLINI, Reni Aparecida. **As representações sociais e a experiência com o diabetes: um enfoque sócio-antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BATISTA, Sylvia Helena da Silva. A interdisciplinaridade no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39 a 46, 2005.

BATISTA JR, João. No espírito da cura. **Revista Veja**. 21 de setembro de 2011. Disponível em <http://veja.abril.com.br/acervodigital/home.aspx>. Acesso em 28 de janeiro de 2013.

BETANCOURT, Joseph R.; GREEN, Alexander R.; CARRILLO, J. Emilio. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities. **Public Health Rep**, v.118, n.4, p.293–302, 2003.

BIBEAU, Gilles; GRAHAM, Janice E.; FLEISING, Usher. Biociências e Biotecnologia sob Vigilância Etnográfica: onde se situam os antropólogos médicos canadenses? In SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

BLUMHAGEN, Dan. Hyper-tension: a folk illness with a medical name. **Culture, Medicine and Psychiatry**, p.197-227, 1980.

BOFF, Leonardo. **O povo brasileiro é um povo místico e religioso**. Disponível em <http://leonardoboff.wordpress.com/2014/03/16/o-povo-brasileiro-um-povo-mistico-e-religioso/>. Acesso em 16 de março de 2014.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BOHM, David. **Diálogo: comunicação e redes de convivência**. São Paulo: Palas Athena, 2005.

BOLTANSKI, Luc. **As Classes Sociais e O Corpo**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BOM SUCESSO, E. P. **Relações Interpessoais e Qualidade de vida no Trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2002.

BORDIEU, Pierre. **A Economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

BOYLES, C. M.; BAILEY, P.H.; MOSSEY, S. Chronic Obstructive Pulmonary Disease as Disability: Dilemma Stories. **Qual. Health Res**, p. 187, 2011.

BOWLING, Ann. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? **Aging & Mental Health**, v.12., n. 13., p. 293-301, 2008.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR ANS. **Dados Gerais ANS**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/materiais-para-pesquisas/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em 19 de julho de 2014.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Promoção da Saúde e Prevenção de riscos e doenças na Saúde Suplementar– Manual Técnico**. Rio de Janeiro: ANS, 2007.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Quem somos**. Disponível em <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>. Acesso em 08 jul. 2013b.

BRASIL. LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm. Acesso em 09 de julho de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUDO, M.L.D.; NICOLINI, D.; RESTA, D.G.; BUTTERBENDER, E.; PIPPI, M.C.; RESSEL, L.B. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 36–43, 2007.

BUDO, M.L.D.; RESSEL, L.B.; RESTA, D.G.; BORGES, Z.N.; DENARDIN, J.M. Práticas de Cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, p.90–6, 2008.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O.. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Virtual Texto & Contexto**. v.2, 2003.

BUSS, PAULO MARCHIORI; PELLEGRINI FILH, ALBERTO. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77–93, 2007.

CALIFORNIA CHILDCARE HEALTH PROGRAM. **Health Consultants**. Chapel Hill: University of North Carolina. 2005.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? In CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel. **Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Edemilson Antunes. **Nosso Remédio é a Palavra: Uma Etnografia sobre o Modelo Terapêutico de Alcoólicos Anônimos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CANESQUI , Ana Maria; GARCIA, Rosa Wanda Diez. **Antropologia e Nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

CANESQUI, Ana Maria. A Hipertensão do ponto de vista dos adoecidos In: CANESQUI, Ana Maria (Org.) **Olhares Socioantropológicos sobre os Adoecidos Crônicos**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p.87–110.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos Sobre A Medicina**. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CAPRARA, Andrea. Uma Abordagem Hermenêutica da Relação Saúde–Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p. 923–931, 2003.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins Silva. A Relação Medico–Paciente: Para uma Humanização da Prática Médica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, p. 647–654, 1999.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico–paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, p.139–146, 2004.

CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia; ALMEIDA–FILHO, Naomar. Nem tudo na vida em explicação: explorações sobre causas de doenças e seus significados In: LEIBING, A. (Org.) **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

CARVALHO, Fernanda; TELAROLLI JR., Rodolpho; MACHADO, José C. Monteiro da Silva. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, p.617–621, 1998.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.1, 2009.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; KOLLER, Silvia Helena; PEREIRA, Maria Tereza Lisboa Nobre. Religião, Saúde e Cura: Um Estudo entre Neopentecostais. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.24, n. 3, p. 82-91, 2004.

CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa Marcell; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de Vida em Idosos: Conceituação e Investigação In: NERI, Anita Liberalesso (Org.) **Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: Alínea, 2007, p.61-81.

CHOR, Dora. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n.2, p.423-425, 1999.

COMMONWEALTH OF AUSTRALIA. **Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation**. Austrália: Commonwealth of Australia, 2006.

COMPARATO, Fábio Konder. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. São Paulo: Saraiva, 2003.

CONCONE, Maria Helena Villas Bôas. Cura e Visão de Mundo. **Revista Kairos**. p. 45- 59, 2003.

CONRAD, Peter; BARKER, Kristin K. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. **Journal of Health and Social Behavior**, p. 51- 67, 2010.

CONTRERAS, Jesus; GRACIA, Mabel. **Alimentação, sociedade e cultura**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

COREIL, Jeannine; WILKE, Jaime; PINTADO, Irene. Cultural Models of Illness and Recovery in Breast Cancer Support Groups. **Qual. Health Res**, p. 905, 2004.

COSTA, Carolina de Souza. **Pirâmide da Solidão ou Pirâmide dos Não-casados? Cor e Estado Conjugal na Terceira Idade no Brasil**. Minas Gerais: Associação

Brasileira de Estudos Populacionais, 2002.

COULTER, Angela; ELLINS, Jo. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. **BMJ**. v.335, 2007.

CYRULNIK, Boris. **Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

CZERESNIA, Dina; MACILA, Elvira Maria G. Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

CZORDAS, Thomas. **Corpo, Significado, Cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, v. 1.

DE MASI, Domenico. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-moderna**. Rio de Janeiro: José Olympio. 1999.

DEJOURS, Christophe. **O corpo, entre a biologia e a psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; DUARTE, Yeda Aparecida; LEBRÃO, Maria Lúcia. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.2, p.325-334, 2013.

DEPS, V.L. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade in **Qualidade de Vida e Idade Madura**. São Paulo: Papyrus, 2007.

DIAS, A. M. *et al.* Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. **Millenium**, v. 40, p. 201-219, 2011.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

DREW, Elaine M.; SCHOENBERG, Nancy E. Deconstructing Fatalism: Ethnographic Perspectives on Women's Decision making about Cancer Prevention and Treatment. **Med. Anthropol. Q.**, v.25, n.2, p.164-182, 2011.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; CYRINO, Antonio Pithon; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos; NEMES, Maria Ines Battistella ; IYDA, Massako. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.15, n.5, p.2603-2610, 2010.

EISENBERG, Leon. Disease and Illness: Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, p. 9-23, 1977.

ERIKSEN, Thomas Hylland; NIELSEN, Finn Sivert. **História da Antropologia**. Petrópolis: Vozes, 2010.

EVANS-PRITCHARD, E.E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

FARIAS, Luís Otávio. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema de saúde suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.405-416, 2003.

FARIAS, Luís Otávio; MELAMED, Clarice. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciencia Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.585–598, 2001.

FARMER, Paulo; CASTRO, Arachu. A Antropologia Médica nos Estados Unidos. In SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FERNANDES, M. G. M. GARCIA, R. T. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos e dependentes. **Rev. Bras. Enferm**, v.62, n.1, p.57–63, 2009.

FERNANDEZ, J.C.A.; WESTPHAL, M.F. The place of subjects and the issue of hyposufficiency in health promotion. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, 2012.

FERREIRA, Claudia dos Santos; MADEL, Therezinha Luz. SHEN: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **História, Ciências, Saúde**, p. 863–875, 2007.

FERREIRA, Jaqueline. Prefácio. In SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FIORIANI, A C. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.50, n.4, p.341–345, 2004.

FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; UCHOA, Elizabeth. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad Saude Pública**, p. 1029–1040, 2004.

FOUCAULT, Michel. A ética do cuidado de si como prática de liberdade In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. São Paulo: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A História da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUCAULT, Michel. A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011a.

FOUCAULT, Michel. As grandes funções da medicina em nossa sociedade In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011c.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. São Paulo: Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. Médicos, juízes e bruxos no século XVII In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011d.

FOUCAULT, MICHEL. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989

FOUCAULT, Michel. O nascimento da medicina social. In Motta, M.B. (org.) **Ditos e escritos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011e.

FOUCAULT, MICHEL. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **SALUD COLECTIVA**, v. 7, n. 1, p.9–20, 2011.

FRANKENBERG, Ronald. Medical Anthropology and Development: a Theoretical Perspective. **Social Science Medicine**, p. 197–207, 1980.

FRANKENBERG, Ronald. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. **Cadernos de Antropología Social**, p. 11–27, 2003.

FRANZEN, Elenara; ALMEIDA, Miriam de Abreu; ALITI, Graziella; BERCINI, Rossana Rosa; MENEGON, Doris Baratz; RABELO, Eneida Rejane. Adultos e Idosos com Doenças Crônicas: Implicações para o Cuidado de Enfermagem. **Revista HCPA**, p. 28–31, 2007.

FRAZIER, Marcela; MASSINGALE, Shermetria; BOWEN, Michelle; KOHLER, Connie. Engaging a Community in Developing an Entertainment –Education Spanish–Language Radio Novella Aimed at Reducing Chronic Disease Risk Factors, Alabama, 2010–2011. **Prevention of Chronic Diseases**. p. 9, 2012.

FUGITA, Rose Meire I.; GUALDA, Dulce Maria Rosa. A causalidade do câncer de mama à luz do Modelo de Crenças em Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, p. 501–6, 2006.

GADAMER, Hans–Georg. **O Caráter Oculto da Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. 2 ed.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silvério; ODONI, Ana Paula Carvalho; FRIGÉRIO, Rafaela Marega; MERLIN, Silvia Stahl. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino–Americana de Enfermagem**, v.14., n. 2., p. 175–182, 2006.

GARNELO, Luiza. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **História, Ciências, Saúde**, v.18, n.1, p.175–190, 2011.

GAVA, Alexandre Majola; VIEIRA, Kelmara Mendes. Risco e Gênero: medindo a tolerância ao risco e as diferenças entre os gêneros. **Revista de Ciências da Administração**, p.116–140, 2011.

GAZZINELLI, M.F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D.C.; PENNA, C.M.M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad Saúde Pública**, p.200–206, 2005.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GENTIL, Luiza Borges; ROBLES, Ana Carolina Couto; GROSSEMAN, Suely. Uso De Terapias Complementares por Mães em seus Filhos: Estudo em um Hospital Universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1293–1299, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 2013

GOMES, Mara Helena de Andréa; MARTIN, Denise; SILVEIRA, Cássio. Comentários pertinentes sobre usos de metodologias qualitativas em Saúde Coletiva. **Interface Comunicação–Saúde–Educação**. V.18,n.50,p. 469–77, 2014.

GOOD, Byron J. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**. New York: Cambridge Press., 1994.

GOOD, Byron J. The Heart Of What's The Matter: The Semantics of Illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**. p. 25–58, 1977.

GOOD, Byron; DELVECHIO GOOD, Mary Jo. Fiction and historicity in doctor's stories
In: MATTINGLY, C, GARRO, L. (Eds.). **Narrative and the cultural construction of illness and healing**. California: University of California Press, 2000.

GOODY, Jack. **O roubo da história**. São Paulo: Contexto, 2012.

GUIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

HARRIS, Marvin. **Bueno Para Comer**. Madrid: Alianza Editorial, 2011b.

HARRIS, Marvin. **Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas**. Madrid: Alianza Editorial, 2011a.

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH. **The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases: a report by the World Economic Forum**. EUA: Harvard, 2011.

HARVEY, Idethia S.; SILVERMAN, Myrna. The Role of Spirituality in the Self-Management of Chronic Illness among Older African and Whites. **J Cross Cult Gerontol**, v. 22, n.2, p.205-220, 2007.

HELFERICH, Christoph. **História da Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEURTIN-ROBERTS, S.; REISIN, E. The Relation of Culturally Influenced Lay Models of Hypertension to Compliance with Treatment. **AJH**, p.787-792, 1992.

HO, Kok-Yuen; JONES, Lisa; GAN, Tong J. The Effect of Cultural Background on the Usage of Complementary and Alternative Medicine for Chronic Pain Management. **Pain Physician**, p.685–688, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010** Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2010/SIS_2010.pdf .Acesso em 19 de julho de 2014.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **PIB estadual e Saúde: riqueza regional relacionada à disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde para o setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: IESS, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2014**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>. Acesso em 19 de julho de 2014.

JUNGERMAN, Flávia S. LARANJEIRA, Ronaldo. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.5, p. 197–207, 1999.

JUNQUEIRA, Carmen. **Doenças do espírito**. Palestra ministrada na Escola Paulista de Medicina, UNIFESP. São Paulo, 2000.

KAPUAOLAOKALANIAKEA, S. Gellert; AUBERT, Ronald E.; MIKAMI, Judith S Ke Ano Ola: Moloka's Community-Based Healthy Lifestyle Modification Program. **American Journal of Public Health**, v.100, n. 5, 2010.

KARSCH U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.861–866, 2003.

KILSZTAJN, Samuel; ROSSBACH, Anacláudia; CÂMARA, Marcelo Bozzini; CARMO, Manuela Santos Nunes. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.20, n.1, 2003.

KLEINMAM, Arthur. Clinical Relevance Of Anthropological And Cross–Cultural Research– Concepts And Strategies. American. **Journal Of Psychiatry**, p. 427–431,1978.

KLEINMAM, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Boderland between Anthropology and Psychiatry**. Los Angeles: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter . Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. **PLoS Med**, e294, 2006.

KUHN, THOMAS S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2011

LAFER, Celso. **A Reconstrução dos Direitos Humanos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

LANGDON, Esther Jean. **A Doença como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica**. 2002. Disponível em <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>. Acesso em 04 jan. 2002.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

LAPLANTINE, François; RABEYRON, Paul- Louis. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012 2ª ed.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Saúde e independência In: NERI, Anita Liberalesso (Coord.) **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Perseu Abramo, 2007, p. 191–207.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LEITE, Francine. **Envelhecimento populacional e a composição etária de beneficiários de planos de saúde**. São Paulo: IESS, 2011.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p.775–782, 2003.

LEVI-STRAUSS, Claude. A Eficácia Simbólica In LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify Portátil, 2012a.

LEVI-STRAUSS, Claude. O Feiticeiro e Sua Magia In LEVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify Portátil, 2012b.

LIMA, Monica Angelim Gomes; TRAD, Leny. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde**. v.15, n. 1, p. 117–133, 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p.857-864, 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; LOYOLA FILHO, Antonio I.; MATOS, Divane L.. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cadernos de Saúde Pública**. v.23, n. 10, p. 2467-2478, 2007.

LOCK, Margaret. Antropologia Médica: indicações para o futuro. In SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LOCK, Margaret. Menopause: Lessons from Anthropology. **Psychosomatic Medicine**, v.60, p.410-419, 1998.

LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. Saúde na Velhice. As Interpretações Sociais e os Reflexos no Uso de Medicamentos. São Paulo: EDUC, 2000.

LUPTON, Deborah. Foucault and the medicalisation critique. In PERTENSEN, A.; BUNTON, R. **Foucault Health and Medicine**. Nova York: Routledge, 1997.

LUXARDO, Natalia. Tejiendo Tramas para Explicar la Aparicion del Cancer (Argentina). **Mitologicas**, p.55-67, 2006.

LUZ, Elisabete Lamy; BASTO, Marta Lima. The opinion of patients with COPD: the process of becoming chronically sick. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2221-2228, 2013.

MACHADO, Mariana Carvalho; PIRES, Cláudia Geovana da Silva; LOBÃO, William Mendes. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1365–1374, 2012.

MACIEL, Elvira. Aspectos epistemológicos e éticos da pesquisa clínica In: SOUZA, A.N. e PITANGUY, J. **Saúde, Corpo e Sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

MADEL, Terezinha Luz. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. **Physis**, p.145–176, 2005.

MADEL, Terezinha Luz. **Uma visão sociológica da saúde**. Cultura Homeopática. 2003.

MANSO, M.E.G. (Org.) **Manual do cuidador de idosos**. São Paulo: Federação das Unimed's do Estado de São Paulo, 2. ed. rev. e ampl. 2010.

MANSO, M.E.G.; BIFFI, E.C.A; GERARDI, T.J. Idosos Vinculados a um Plano de Saúde e o Uso Inadequado de Medicamentos. **Anais GERP**,2013.

MANSO, M.E.G.; SILVEIRA, R.S.M.; GODOY, M.C.; LIMA, M. Programa para cessação de tabagismo em uma operadora de planos de saúde – relato de experiência. **RBM**, v.14, p.142–147, 2014a.

MANSO, Maria Elisa G. E a vida como vai? Avaliação da qualidade de vida de um grupo de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis vinculados a um programa de promoção da saúde [dissertação]. Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia da PUC de São Paulo; 2009.

MANSO, Maria Elisa G.; RIBEIRO, Mônica P. Caracterização das condições de saúde

de um grupo de idosos pertencentes a um plano de saúde. **Revista Brasileira de Medicina.** v. 69, p. 49–65, 2012.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; GALERA, Priscila. Perfil de um Grupo de Idosos participantes de um Programa de Prevenção de Doenças Crônicas. **Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento UFRGS.** Aceito para publicação em 07/07/2014b.

MARTIN, Denise; CACOZZI, Aline; MACEDO, Thaíse; ANDREOLI, Sergio Baxter. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface Comunicação Saúde Educação.** v.16, n.43, p.885–99, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. Gestão da Saúde: Atividade–Meio Ou Atividade–Fim? In **2º Seminário de Gestão da Assistência à Saúde UNIMED Brasil.** 2009.

MENEZES, Rachel A. Entre o biológico e o social. In: SOUZA, A.N.; PITANGUY, J. **Saúde, Corpo e Sociedade.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev Bras Enferm,** v.59, n.1, p.95–9, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde–doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública,** v.4, n.4, p.363–381, 1988.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método, Criatividade**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2013. 33ª Ed.

MOLINA, Anitilde Idoyaga. Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud em contextos interculturales de Argentina. **Chungara Revista de Antropologia Chilena**, p. 531–534, 2004.

MORENO–ALTAMIRANO, L. Reflexiones sobre el trayecto salud–padecimiento–enfermedad–atención: una mirada socioantropológica. **Salud Publica**, v.49, p. 63–70,2007.

MORIN, Edgar. **O Homem e a Morte**. Lisboa: Publicações Europa–América. 1977

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1998.

MORIN, Edgar; MOIGNE, Jean–Louis. **A inteligência da Complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MUNHOZ, Tiago Neuenfeld; LOPES, Carmen Lúcia da Silva. **Síndrome de Burnout em Trabalhadores da Saúde Mental**. XII ENPOS. 2010.

MUÑOZ, L.A.; PRICE, Y; GAMBINI, L.; STEFANELLI, M.C. Significados simbólicos de los pacientes com enfermedades crónicas. **Rev. Esc Enf USP**, p. 77–84, 2003.

NERI, Anita Liberalesso (Coord.) **Idosos no Brasil, vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Perseu Abramo, 2007.

NUNES, Everardo Duarte. A doença como processo social In CANESQUI, A.M.

Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico. São Paulo: HUCITEC, 2000.p. 217–229

OLIVEIRA, Francisco Arsego. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface _ Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, p.63–74, 2002.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha; PICCININI, Valmiria Carolina; SILVEIRA, Cassia da Silva. O trabalho como representação: a visão de jovens universitários. **Revista de Ciências da Administração**, p. 169–195, 2010.

OLSHANSKY, S. J. BEARD, J.. BÖRSCH–SUPAN, A. The Longevity Dividend: Health as an Investment In **Global Population Ageing: Peril or Promise?** Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>. Acesso em 24 set. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas Componentes Estruturais de Ação**. Genebra: OMS, 2002a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Adherence to long-term therapies. Evidence for action**. Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2002–2005**. Genebra: OMS, 2002b.

ORGANIZAÇÃO PAN–AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN–AMERICANA DE SAÚDE. OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

PAGLIOSA, Fernando Luiz. DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, p. 492–499, 2008.

PARKER, Richard. Intersecções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde In MONTEIRO, S.; VILELLA, W. **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

PÉRES, Denise S.; MAGNA, Jocelí Mara; VIANA, Luis Atílio. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, 635–42, 2003.

PICHON–RIVIERE, Enrique. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins, 2000.

PIMOUGUET, Clément; LE GOFF, Mélanie; THIÉBAUT, Rodolphe; DARTIGUES, Jean François; HELMER, Catherine. Effectiveness of disease–management programs for improving diabetes care: a meta–analysis. **CMAJ**. p. 183, 2011.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; VIACAVA, Francisco; TRAVASSOS, Cláudia; BRITO, Alexandre dos Santos. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.687–707, 2002.

PIRES, C.G.S. ;MUSSI, F.C. Crenças em saúde sobre a dieta: uma perspectiva de pessoas negras hipertensas. **Revista Esc Enferm USP**, p.580–9, 2012.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Marcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.151–160, 2010.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted . **Repensando a Saúde**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PORTOCARRERO, Vera. **As Ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009

RABELO, Maria Cristina M. Religião, ritual e cura In ALVES, PC e MINAYO, MCS. **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

RABELO, Miriam Cristina. Religião e Cura: Algumas Reflexões sobre a Experiência Religiosa das Classes Populares Urbanas. **Cad Saúde Pub**, p.316–325, 1993.

RAYNAUT, Claude. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2002.

REZENDE, Eliane Garcia; MURTA, Nadja Maria Gomes; MACHADO, Virginia Campos. Educação nutricional e a cultura como questão. **Ponto e Vírgula**. v.10, p.89–100, 2011.

RIBEIRO, Carlos D Martins; FRANCO, Tulio Batista; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; LIMA, Rita de Cássia D., ANDRADE, Cristina S. **Saúde Suplementar, Biopolítica e Promoção da Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

RIBEIRO, R.G.; SILVA, K.S.; KRUSE, M.H.L. O Corpo Ideal: a pedagogia da mídia. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, p.71–6, 2009.

ROBBINS, Cheryl L; DIETZ, Patricia M.; BOMBARD, Jennifer; TREGGAR, Michelle; SCHMIDT, Steven M.; TREGGAR, Stephen J.. **Lifestyle Interventions for Hypertension and Dyslipidemia Among Women of Reproductive Age**. Disponível em: www.cdc.gov/pcd/issues/2011/nov/11_0029.htm. Acesso em 15 abr. 2012.

RODRIGUES, Carlos Lima; DUARTE, Yeda A. Oliveira; LEBRÃO, Maria Lucia. Gênero, sexualidade e envelhecimento. **Saúde Coletiva**, p.109–112, 2009.

RODRIGUES, S.L.A. et al. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.40, n.4, p.493–500, 2006.

ROSA, Luciana Martins; BÚRIGO, Telma; RADUNZ, Vera. Itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer: cuidado com a alimentação. **Revista Enfermagem UERJ**, p.463–7, 2011.

SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. Introdução In SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. **Antropologia Médica: Ancoragens Locais, Desafios Globais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

SAIZAR, Mercedes; DISDERI, Ivania. Reseña de "Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina" de Anatilde Idoyaga Molina. **Chungara, Revista de Antropología Chilena**, v. 36, n. 2, p. 531–534, 2004.

SALCEDO–ROCHA, Ana L; ALBA–GARCÍA, Javier E García; SEVILA, Elizabeth. Dominio cultural del autocuidado en diabéticos tipo 2 con y sin control glucémico em México. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.2, p.256–64, 2008.

SANTAELLA, Lucia. **Comunicação e pesquisa: projetos para mestrado e doutorado**. São Paulo: Hacker, 2001.

SANTOS, Luciana de Medeiros; ROS, Marco Aurélio da; CREPALDI, Maria Aparecida; RAMOS, Luiz Roberto. Grupos de Promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**. v.40, n. 2., p. 346–352, 2006.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo. **Idosos, Família e Cultura**. Campinas: Alínea, 2003.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; PEREIRA, Josiane Katherine; FIRMO, Josélia de Oliveira Araújo. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2319–2328, 2013.

SCHEFFER, Josiane Cristina; FIALHO, Indiara Mesquita; SCHOLZE, Alessandro Silva. Itinerários de Cura e Cuidado de Idosos com Perda Auditiva. **Saúde Soc**, p. 537–548, 2009.

SCILIAR, MOACYR. **Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina**. Porto Alegre: UFRGS, 1987.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do Caráter: Consequências Pessoais do Trabalho no Novo Capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SENNETT, Richard. **A Cultura do Novo Capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006

SERRES, Michel. **Hominescências**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

SIDOROV, Jaan E. Gerenciamento de doenças – passado, presente e futuro. **Jornal Brasileiro Economia da Saúde**, p. 20–26, 2012.

SONTAG, Susan. **Doença como Metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007

STARFIELD, BARBARA. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

*STEINER, John F; EARNES, Mark A. The Language of Medication–Taking. **Ann Intern Med**, v.132, n. 11, p.926–930, 2000.*

STREIT, Derly Silva; NETO, Francisco Barbosa; LAMPERT, Jadete Barbosa; LEMOS, Jose Mauricio Carvalho; BATISTA, Nildo Alves. **Dez Anos De Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: ABEM, 2012.

SUDO, Nara; LUZ, Madel T. O gordo em pauta: representações do ser gordo em revistas semanais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.4, p.1033–1040, 2007.

TAMAYO, Ruy Pérez. **El concepto de enfermedad: su evolucion a través de la história**. Tomos I y II. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

TARGA, Leonardo Vieira. Mobilizando Coletivos e Construindo Competência Cultural. [tese] Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2010.

TARGA, Leonardo Vieira; OLIVEIRA, Francisco Arsego. Cultura, Saúde e o Médica da Família In: GUSSO, Gustavo (Org.) **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TAUSSIG, Michael. Reification and the Consciousness of the Patient. **Soc Sci Med**, p. 3–13, 1980.

TAUSSIG, Michael. **Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem: Um Estudo sobre o Terror e a Cura**. São Paulo: Paz e Terra, 1993.

TELLES, Joel Leon; POLLACK, Mark Harris. Feeling Sick: The Experience and Legitimation of Illness. **Soc Sci Med**. p. 243–251, 1981.

TESSER, Charles Dalcanale. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, p. 465–484, 2007.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice. Medicalização Social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n. 5, p. 914–20,2008.

TSAI, Alexander C.; MORTON, Sally C.; MANGIONE, Carol M.; KEELER, Emmett B. A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. **Am J Manag Care**, v.11, n.8, p.478–488, 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507–14,2005.

TURNER, Victor W. **O Processo Ritual: Estrutura e Antiestrutura**. Petrópolis: Vozes, 1974.

UCHÔA, Elizabeth. VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, p. 497–504, 1994.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE. UNIDAS. **Pesquisa Nacional Unidas**. São Paulo: UNIDAS, 2011.

UNIMED. **Desenvolver a Saúde: Modelo Cuidador da Federação das Unimed de Minas Gerais**. Belo Horizonte: UNIMED, 2008.

VELASCO, M.A.A.; LÓPEZ, T.M.T.; GARCIA, R.M.R.; FERNANDÉZ, M.A. Dimensiones Culturales del Concepto de Salud em Trabajadores Jubilados de Guadalajara, México. **Hacia la Promocion de la Salud**, p.13–27, 2010.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; ARAÚJO, Denizar Vianna; KUSCHNIR, Rosana; MENDES, Walter. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema de saúde suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.42., n. 3., p. 497–502, 2008.

VIEIRA, ELIZABETH M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002

VISENTINI, M.S.; REIS, E.; SIQUEIRA, N.A.; VIEIRA, K.M.; RODRIGUES, C.M.C. Empresa doente, funcionário estressado: analisando a saúde organizacional como influenciadora do estresse no trabalho. **Revista de Ciências da Administração**, p. 189–220, 2010.

WANG, Bing. **Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo**. São Paulo: Icone, 2001.

WENDHAUSEN, Agueda Lenita Pereira; REBELLO, Bárbara Cristina. As Concepções de Saúde– Doença de Portadores de Hipertensão Arterial. **Maringá**, p. 243–251,2004.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças In WAGNER, Gastão. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

WOLFF, ERIC R. **Antropologia e Poder**. Brasília: Editora UnB, 2003.

YOUNG, Allan. The Anthropologies of Illness and Sickness. **Annual Reviews of Anthropology**, p. 257–85, 1982.

YOUNG, Allan. The Creation of Medical Knowledge: Some Problems in Interpretation. **SIC**, v. 15, p. 379– 386, 1981.

ZIEBLAND, Sue; WYKE, Sally. Health and Illness in a Connected World: How Might Sharing Experiences on the Internet Affect People’s Health? **The Milbank Quarterly**, v.90, p.219–249, 2012.