

Modos de ver e de fazer: saúde, doença e cuidado em unidades familiares de feirantes

Ways of seeing and doing: health, disease and care in marketers' family units

Milena Nascimento Guirra Saturnino (<https://orcid.org/0000-0002-6344-1984>)¹
Tamires Pereira dos Santos (<https://orcid.org/0000-0003-0606-9984>)¹
Paulo Roberto Lima Falcão do Vale (<https://orcid.org/0000-0002-1158-5628>)²
Maria Geralda Gomes Aguiar (*in memoriam*)¹

Abstract *The concepts of health, disease, care and care practices in family units of marketers in Feira de Santana (BA), Brazil, are the object of the study, which aimed to understand the relationships between the concepts of health, disease, care and ways of seeing their care practices. An exploratory research through qualitative approach was conducted with 16 marketers through a semi-structured interview. The corpus was submitted to thematic content analysis. The concepts about health, disease and care are linked to the explanatory models of health-disease process emanating from the professional sector of care and to the socially constructed of action rationales and are coordinated with the ways of daily acting to provide care. The family stands out in the care of its members through solidarity, leveraging resources in order to overcome health problems. Among the therapeutic options, the marketers use the informal sector, especially home care provided by their support network. The family is a network of social support that assumes a moral and solidarity duty in the provision of health care to its members without relinquishing the healthcare networks.*

Key words *Health-disease process, Family, Care, Social support*

Resumo *As concepções de saúde, doença, cuidado e de práticas de cuidado em unidades familiares de feirantes em Feira de Santana – BA constituem o objeto do estudo com o objetivo de compreender as relações entre as concepções de saúde, doença e os modos de ver suas práticas de cuidado. Realizou-se pesquisa exploratória na abordagem qualitativa, com 16 trabalhadores feirantes, mediante entrevista semiestruturada. O “corpus” foi submetido à análise de conteúdo temática. As concepções sobre saúde, doença e cuidar atrelam-se a modelos explicativos do processo saúde-doença emanados do setor profissional de assistência e a lógicas de ação construídas socialmente e articulam-se às maneiras de agir no cotidiano para prestar cuidados. A família destaca-se nas práticas de cuidado pelo recurso à solidariedade para potencializar forças visando à superação de problemas de saúde. Entre as opções terapêuticas os feirantes utilizam o setor informal, sobretudo o cuidado domiciliar oferecido por sua rede de apoio. A família constituiu-se como rede de apoio social que assume um dever moral e solidário na oferta de cuidados de saúde a seus membros, sem prescindir das redes de atenção à saúde.*

Palavras-chave *Processo saúde-doença, Família, Cuidado, Apoio social*

¹ Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado, Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina s/n, Novo Horizonte. 44036-900 Feira de Santana BA Brasil. mil.n.s.saturnino@gmail.com

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus BA Brasil.

Introdução

A pesquisa sobre família e cuidado tem como questões-chave estabelecer a concepção de família adotada, definir quais são as perspectivas através das quais as relações entre família e cuidado estão sendo tratadas, e dispor de um referencial teórico que permita balizar o processo de análise do material empírico. Assim, nesta pesquisa, cujos objetos são as concepções de saúde, doença, cuidado, e de práticas de cuidado em unidades familiares de trabalhadores feirantes de Feira de Santana – BA, a família é entendida como uma instituição complexa, um corpo social, agência socializadora, que garante a reprodução social. Outros conceitos em torno da família sinalizam que esta vai além de laços sanguíneos, e seus membros são unidos pelo afeto, identificação ou necessidades^{1,2}.

A unidade familiar é o primeiro referencial de sistema de cuidado de saúde de um indivíduo, devido, principalmente, aos cuidados inerentes ao convívio familiar. É um corpo social cujos membros possuem experiências de adoecimento e cultura compartilhados e vivem o processo saúde-doença de forma parecida¹.

O cuidado da família, principal núcleo de cuidado, abarca a saúde, o bem-estar e a felicidade. Em linhas gerais no adoecimento de qualquer de seus membros, ela rearranja os modos de viver e de cuidar, isto porque o processo de adoecimento atinge toda a unidade familiar³, exigindo a satisfação de novas necessidades de cuidado^{4,5}.

A família constrói um mundo particular de significados, saberes e práticas em consonância com o seu ambiente sociocultural e experiências do cotidiano intra e extrafamiliar. E esse contexto inclui a dimensão da saúde, e a busca dos sistemas de cuidados^{5,6}. As concepções sobre saúde, doença e cuidado relacionam-se às características do contexto sociocultural, à experiência subjetiva de cada sujeito⁷.

Essas concepções são construções históricas e sociais atreladas ao momento histórico, social, econômico e político vivido por determinada geração em um território. Em função disso, são elaboradas teorias populares⁸ que se desenvolvem a partir das condições materiais de existência, das experiências do cotidiano⁴. Essas teorias reorganizam-se e moldam-se aos saberes científicos, não deixando, porém, de considerar a influência e a relevância de um saber comum aprendido e passado de geração em geração, para os membros da família, respeitando-se uma hierarquia familiar.

Ao reconhecer o processo saúde-doença, bem como as práticas de cuidado como espaços de interação entre os sujeitos sociais em seu contexto de vida, as concepções de saúde, doença e cuidado situam-se desde as mais biologicistas até as mais holísticas⁷.

O cuidado é parte do processo saúde-doença⁹, sendo composto por símbolos e significados que permeiam as relações familiares, e que permitem a seus membros organizar, entender, interpretar, reaprender e enfrentar os entraves para a superação dos problemas de saúde.

Assume-se, neste estudo, o cuidado como um fenômeno na esfera existencial, como aquele que faz parte do ser, é dotado de racionalidade, cognição, sensibilidade e sentimentos; o cuidado confere humanidade. É relacional ou coexistencial, pois ocorre em relação ao outro, e é também contextual, à medida que, para sua prática, é preciso considerar as circunstâncias em que ocorre, assumindo variações, intensidades e diferenças em suas formas de cuidar¹⁰.

Essas formas de cuidar, também chamadas de modos de fazer cuidado, ou práticas de cuidado, são maneiras de fazer de grupos populacionais referenciadas nos seus contextos de vida, buscando identificar as práticas relacionadas com as suas experiências de saúde e doença. Dito isso, as práticas de cuidado podem estar atreladas a maneiras de agir nas quais os indivíduos e as suas famílias buscam alternativas a partir de suas próprias lógicas de ação, e não somente aquelas atreladas a normas e regras presentes em determinada cultura¹¹.

As práticas de cuidado, portanto, estão presentes nas unidades familiares dos mais diversos grupos sociais, classes, e etnias. Cada grupo social e familiar vai enfrentar as necessidades de saúde desenvolvendo meios, ou práticas que são constituídas por estratégias e táticas de cuidados, de acordo com sua cultura, valores, crenças, educação, acesso às redes de serviços de saúde formal, informal, e redes de apoio sociofamiliar¹¹⁻¹³.

O problema de pesquisa foi estruturado a partir das seguintes questões norteadoras: Quais as concepções de saúde, doença, cuidado, e práticas de cuidado de famílias de trabalhadores feirantes que atuam no Centro de Abastecimento de Feira de Santana (CAF), na Bahia (BA)? Como as concepções das famílias acerca de saúde-doença-cuidado se interrelacionam no enfrentamento do processo saúde-doença? A partir dessas questões, o presente trabalho teve como objetivo compreender as interrelações entre as concepções de saúde, doença, cuidado, e os modos como traba-

lhadores feirantes que atuam no CAF em Feira de Santana – BA veem as práticas de cuidado em suas unidades familiares.

Destaca-se a relevância de tomar os feirantes como atores sociais da pesquisa, por se tratar de um grupo de trabalhadores informais sobre o qual existem poucos estudos com enfoque nos seus modos de ver e de fazer relativos à saúde, doença e ao cuidado, realizados em suas unidades familiares; como uma rede de apoio mútuo que mobiliza esforços e reorganiza-se frente às necessidades de saúde¹².

Os feirantes possuem, ademais, peculiaridades relacionadas ao ambiente e às condições de trabalho, exposição a fatores de risco, e proteção, que os coloca em situação de vulnerabilidade em relação ao adoecimento e cuidados exigidos para o enfrentamento de suas necessidades de saúde¹⁴.

Trabalhar o processo saúde-doença centrado na família ainda é um desafio, pois essa unidade possui singularidades, por conseguinte, compreender os significados atribuídos ao cuidar e aos modos de prestar cuidados no cotidiano da família é uma dinâmica social complexa e desafiadora⁵.

Metodologia

A pesquisa se constituiu exploratória, com abordagem qualitativa. O campo empírico foi o Centro de Abastecimento de Feira de Santana (CAF), na Bahia (BA), que concentra comerciantes varejistas e atacadistas de gêneros alimentícios e produtos de artesanato. Foram participantes 16 feirantes de ambos os sexos que trabalhavam no CAF juntamente com familiares, tendo como critério inicial de inclusão, estar exercendo sua atividade laboral há, no mínimo, seis meses, e aceitar participar da pesquisa após contato inicial e explicação da proposta de estudo, e esclarecimento dos possíveis riscos e benefícios do processo investigativo. Assegurou-se a confidencialidade e o anonimato, que se configurou através da adoção de pseudônimos. Como critérios de exclusão, não fizeram parte do estudo feirantes que trabalhavam sozinhos, ou os que tinham funcionários com os quais não possuíam vínculos familiares.

A coleta de dados e a produção das informações se constituíram por meio da realização de entrevista semiestruturada, de forma que os feirantes tivessem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, definindo os termos de suas respostas sem condições prefixadas¹⁵.

A escuta progressiva dos atores sociais ocorreu até que as concepções, explicações e sentidos

atribuídos por eles, à saúde, à doença e ao cuidar, fossem regulares; o que constituiu critério de saturação, entendendo-se que esta ocorreu quando se tornou “possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências [...]”¹⁶. Atendeu-se aos preceitos éticos de pesquisas com seres humanos, e baseou-se no respeito à autonomia dos atores sociais, tratando-os com dignidade, sendo mantida uma postura de respeito diante de seus modos de pensar sobre saúde-doença, e de praticar cuidados. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana - CEP/UEFS, respeitando-se a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Utilizou-se análise de conteúdo do tipo temática, a partir dessa escolha, foram realizadas leituras iniciais, que permitiram chegar a uma primeira impressão do *corpus*, seguida da definição das unidades de registro, unidades de contexto e categorias empíricas; seguiu-se a análise, ou exploração do material, que se consistiu em leituras sucessivas do *corpus*, a fim de realizar sua codificação, por meio da agregação dos temas em unidades que permitiriam a descrição das características pertinentes do conteúdo; e, por fim, houve o tratamento dos resultados, no qual se buscou uma compreensão do conteúdo subjacente, mediante inferência e interpretação.

O processo de análise e interpretação dos dados possibilitou a elaboração das categorias empíricas: Concepções de saúde, doença, cuidado, e modos de ver as práticas de cuidado; Protagonismo da família nas práticas de cuidado; Atuação das redes de apoio social e profissional no processo saúde-doença-cuidado.

Resultados

Participaram do estudo dezesseis feirantes, onze mulheres e cinco homens, que possuíam atividade laboral no CAF, juntamente com familiares. Eram procedentes de Feira de Santana – BA e outras cidades da região metropolitana, e dos estados de Pernambuco e Minas Gerais; as mulheres tinham idade entre 20 e 68 anos, e os homens entre 36 e 66. Os feirantes autodeclararam-se de cor/raça branca, parda e negra. A maioria é casada, seis dos entrevistados são solteiros, e o número de pessoas residindo na mesma casa esteve entre dois e seis. A renda mensal variou de 1/2 a oito salários-mínimos; a escolaridade situou-se

entre cinco e 17 anos de estudo, do ensino fundamental incompleto ao ensino superior incompleto, entretanto, os anos de estudo incluem aqueles de abandono e repetições. Em relação à religião, declararam-se católicos e evangélicos.

A atividade de feirante é a única ocupação, a jornada de trabalho é de 10 a 13 horas por dia, em média. O tempo de atuação como feirante variou de um a vinte e três anos. Na barraca, *box* ou armazém, que compõem os ambientes de trabalhos no CAF, o número de familiares trabalhando no local, variou de dois a cinco. O vínculo entre os familiares é pai-mãe-filho, que formam o núcleo da família, e tios, sobrinhos e primos, que compõem a família extensa. As funções realizadas são de vendedor, balconista e caixa.

A categoria a seguir descreve as formas pelas quais as concepções acerca da saúde e da doença relacionam-se com as concepções de cuidado, ou até os modos de praticar o cuidado no contexto familiar.

Concepções de saúde, doença, cuidado, e modos de ver as práticas de cuidado

As concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado relacionam-se com as práticas de cuidado quando o modo de entender o mundo e sua dinâmica social legitimam ações, atitudes, relações interpessoais, orientações e conselhos. Nessa relação, saúde é atribuída a uma ideia atrelada à adoção de práticas higiênicas, sobretudo, aquelas necessárias à limpeza dos alimentos, tomadas como ação de cuidado. *Saúde é tudo, é higiene, lavar as mãos, quando ir no banheiro lavar as mãos, lavar as mãos antes de pegar na alimentação [...]* (Maria). Maria ratifica o reducionismo das concepções de saúde-doença, através da ênfase no biologicismo, ao adotar práticas higiênicas como uma medida para ter saúde e evitar a doença.

A doença é percebida em analogia ao funcionamento de uma máquina; nota-se que algo não está dentro do “normal” e, assim, os feirantes associam doença a alguma desordem no corpo biológico; é quando sinais e sintomas manifestam-se no corpo e os feirantes os expressam ao referir mal-estar ou dor. *Doença é quando não se sente bem, o corpo esmorecido, sem força, sem coragem, sentindo dor.* (Lia). Desse modo, sentir-se bem para o feirante não se constitui das várias dimensões que o bem-estar possui (físico, social, mental), resume-se ao bom funcionamento dos órgãos e a não sentir dor.

As concepções de saúde são construções sociais, e podem ser ressignificadas de acordo

com as subjetividades. Carregam influências de vivências e assumem um valor relativo a viver a vida, a gastá-la da melhor forma. Parece haver um entendimento que para fazer andar a vida de maneira agradável é preciso ter saúde. *Saúde na verdade é vida, porque quando você não tem a saúde, você não tem a vida, a saúde é que faz que você viva, né?* (Jacó). Para os feirantes, a vida depende do estado de saúde.

A concepção de saúde, nesta visão, amplia-se e ganha sentido ao sentir-se vivo, na capacidade de trabalhar, de usufruir a vida. *Saúde é viver bem, é estar disposta para trabalhar, estar sem doença, sem estresse, fazer exercício físico, caminhada, entendeu?* [...]. (Raquel). Nota-se uma concepção de saúde que engloba práticas de promoção de saúde. De acordo com Noemi: *a doença para tudo na vida, estar doente é horrível [...]* às vezes você deixa de trabalhar, deixa de estudar por causa da doença [...]. Percebem-se, ademais, aspectos sociais da concepção de saúde-doença através da influência da sociedade capitalista, na qual a ideia de estar doente associa-se à incapacidade de geração do trabalho.

Algumas concepções de cuidar, em certo sentido, aproximam-se das concepções de saúde relatadas pelos feirantes. Há, portanto, uma dimensão biologicista da ideia de cuidar (consultas; exames periódicos; saúde entendida como ausência de doença) e, não obstante, outras concepções assumem dimensões mais amplas, de prevenção de doenças. *Cuidado, o nome já está dizendo, é cuidar mesmo do corpo, né? Cuidar da alimentação, se alimentar direitinho, é ir no médico pelo menos uma vez no ano.* (Matheus).

O cuidado pode ser concretizado com a realização de práticas de prevenção: cuidando da alimentação, indo periodicamente ao médico; ou de práticas de cura, como comprar o medicamento prescrito. Ao suprir tais necessidades, cuida-se da família, no sentido de manter a vida e prover recursos imprescindíveis à sobrevivência.

Defende-se que apesar da indistinção quanto às concepções de cuidar e de saúde, muitas vezes presente na percepção dos feirantes, há, contudo, uma noção mais abrangente do cuidar; e esta, ao contrário de saúde, pode prescindir da relação com o processo de adoecimento, ao imbricar aspectos inatos ao ser humano. Nessa vertente, cuidar assume uma dimensão afetiva, com aspectos relacionados à felicidade, e social, relacionados às necessidades da família enquanto corpo social.

A dimensão ontológica do cuidar – no seu sentido genuíno – é resgatado por Jacó e Noemi, ao passo que eles entendem o cuidar como

preocupação, zelo, atenção, como um processo inerente à essência humana. Para Jacó, o *cuidado se refere a você cuidar, amar, porque quem ama cuida, não é? O conceito na verdade é o amor, você ama, você cuida*. Noemi, por sua vez, disse: [...] *Depende de cada um, primeiro a gente tem que cuidar de nós mesmos, nos valorizarmos; cuidar de mim mesma para depois cuidar do outro*. As falas remetem ao sentido humano do cuidar, um sentido altruísta, inerente ao ser humano, pois se entende que o cuidado é intrínseco, ao ser considerado uma competência subjetiva.

A partir dessas reflexões, aborda-se na categoria seguinte, a importância atribuída pelos trabalhadores feirantes ao cuidado familiar nas práticas de cuidado, processo no qual a família agencia cuidados e promove saúde.

Protagonismo da família nas práticas de cuidado

A família pode ser entendida como uma unidade protagonista do desenvolvimento humano, destacando-se nas práticas de cuidado. Nesse sentido, a solidariedade na unidade familiar se reafirma para potencializar as forças visando a superação de problemas de saúde. *Nossa família é muito unida, quando precisa está todo mundo disposto a cuidar, acompanhar ao médico, ficar em hospital, dar apoio, confortar mesmo*. (Marta). Percebe-se que, para Marta, todos os familiares podem participar das práticas de cuidado. Para ela, qualquer membro familiar, quando acionado, estará disposto a unir-se aos outros familiares, e potencializar o cuidado. Parece pairar a ideia que todos podem e devem cuidar, ou como uma “obrigação”, uma função da família, ou como uma responsabilidade com o outro, prontamente assumida, sem imposições.

Destacou-se nas falas a figura da mulher-cuidadora, sinalizando que mesmo a mulher da sociedade moderna ao assumir outros papéis sociais, internalizou o papel de cuidadora, monopolizando saberes e práticas de cuidado. Dessa maneira, a sociedade, ainda machista, naturaliza e subordina a mulher a um cenário doméstico, algo que ocorre principalmente nas classes populares. [...] *A mãe, eu acho assim que ela sempre tem um cuidado maior, nem o pai tem [...] quando se trata de doença eu acho que é mais importante ainda*. (Judite). Cabe a ela um “cuidado maior”, cercado de atenção, de desvelo, de amor, parece, então, natural que caiba a ela cuidar dos aspectos práticos numa situação de adoecimento, como levar ao médico, por exemplo.

A família é valorizada como espaço de segurança, cuidado e transmissão de valores e, em certos aspectos, se aproxima da concepção de família contemporânea que exerce sua cidadania através da responsabilidade com o processo saúde-doença, em sua conotação política. Nesse sentido, os serviços de saúde são cobrados pelos sujeitos enquanto instâncias garantidoras do direito à saúde. *A gente tem o Agente Comunitário de Saúde, se for alguma coisa que a gente não possa ir é obrigação da Agente de Saúde ir*. (Maria).

Maria enfatiza o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como mediador nas relações entre as famílias e a unidade básica de saúde, tendo em vista o atendimento às necessidades de saúde. Estas, por sua vez, pressupõem o compartilhamento de direitos e deveres entre os usuários e os serviços de saúde.

A família se torna um recurso primordial para o processo saúde-doença-cuidado, reiterando o seu papel de apoiadora, provedora de recursos objetivos e subjetivos para o restabelecimento da saúde. *A família tem que estar em primeiro lugar [...] estar unido, estar junto. Como se diz a união é que faz a força. [...] A união realmente é muito importante, esse amor, carinho pela família, isso ajuda muito, principalmente em casos extremos, o apoio da família, o carinho ajuda até a pessoa a se restaurar, a se recuperar, a ajuda da família, a união, isso realmente conta e muito*. (Jacó). Observa-se que o modo de pensar a família como fonte de força e de união articula-se com o pensamento de que existem maneiras ideais de agir: no cuidar, no amor e no carinho, que são oferecidos como práticas de cuidado e como força restauradora de doenças, mesmo considerando a individualidade de cada membro, sua personalidade e suas atitudes.

Contudo, o sentimento de união familiar carrega experiências vividas, cabe refletir como se conformarão as relações familiares, antes conflituosas e distantes. Será o fenômeno do adoecimento capaz de atenuar ou eliminar tais características das relações familiares em prol da cura? Para Jacó, a família deve ofertar apoio e carinho até a restauração das “condições de saúde”. Entretanto, ao se tratar do adoecimento crônico, por exemplo, tal prática pode resultar na ruptura do cotidiano dos membros familiares que exercem o cuidado, ou no abandono das ações de cuidado.

A família é, em suma, um dos componentes da rede de apoio social no processo saúde-doença, e, atua juntamente com outras instituições (formais e informais) que servem de complemento às redes de saúde no âmbito profissional.

Essa abordagem temática é exposta na categoria a seguir.

Atuação das redes de apoio social e profissional no processo saúde-doença-cuidado

As concepções de saúde, doença e cuidado interferem na forma de agir e transitar pelos serviços de saúde que integram os sistemas de cuidado. Portanto, não se pode falar do processo saúde-doença-cuidado sem relacioná-lo à vivência concreta de ter transitado pela rede de serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. *Geralmente a gente procura o posto de saúde do bairro, assim, né? Só quando não resolve lá que é obrigatório buscar outro recurso no serviço particular.* (Acsa).

Os atores sociais buscam assistência ao seu processo saúde-doença através dos serviços de saúde oferecidos pelos sistemas de cuidado formal e informal. Esses serviços referem-se ao fazer profissional ou aproximam-se deste através do empirismo de leigos, que por meio da sabedoria popular exercem apoio às necessidades de saúde, mediante conselhos sobre o uso de remédios caseiros. *O cuidado é prestado pelas pessoas que estão ali preparadas para isso, médicos, enfermeiros, o cuidado profissional e também o cuidado pessoal, né? De parentes, de amigos, uma visitação, tudo isso é válido [...] procura, no caso, pode ser erva, sempre o acompanhamento de ervas ajuda [...].* (Jacó).

O sistema formal de cuidados constituído pela rede de atenção à saúde não exclui a procura do sistema informal, ou popular, representado pela rede social da família: mãe, pai, irmãos, parentes, amigos, vizinhos e instituições como a escola e a igreja. E os recursos do sistema popular, para os atores, restringem-se à utilização de ervas (chás), possivelmente por ser um saber enraizado no âmbito familiar, que passa de geração para geração, pela experiência do uso, cercado por ideias de que o consumo não irá fazer nenhum mal, ou pelo preço mais acessível e disponibilidade, pois alguns tipos de ervas medicinais são cultivados e/ou vendidos pelos próprios feirantes.

A rede de apoio social oferece proteção social e parte primordialmente do âmbito familiar, estendendo-se a instituições informais, com caráter de filantropia, como igrejas, instituições sociais e escolas, que assumem essa função. Elas pautam-se nas relações de cooperação e solidariedade, as quais favorecem um senso de proximidade e segurança. [...] às vezes você não tem o transporte

para levar no médico, um vizinho ajuda da forma que tiver ao alcance dele [...]. É a primeira família que a gente tem são os vizinhos [...]. (Judite). Conforme Hosana: *Na igreja cada um faz seu papel, um ora, outro ajuda [...], aí a gente ajuda a elas ajudarem, eles arrecadam aqui para ajudar outras pessoas [...].* Para Marta: *A escola ajuda também educando as crianças, fazendo essas campanhas, gincanas que coletam objetos para doar, essas coisas.*

Os vizinhos oferecem apoio social, pois estão próximos das famílias, podendo auxiliar com ajuda financeira, ou obter transporte para deslocamento da pessoa doente até o serviço de saúde, entre outros auxílios. Eles são considerados também membros da família, como relatado por Judite, há, portanto, uma teia de relações que se forma e ampara os sujeitos em situações diversas, principalmente de adoecimento.

A igreja é um espaço de apoio social, além de oferecer auxílio espiritual e emocional, que promovem a saúde e cuidado, através de palavras de conforto, de esperança, de força e de determinação para seguir em frente na busca do restabelecimento da saúde, ou mesmo de sua prevenção e promoção. As escolas, ainda que de forma mais restrita, são vistas como promotoras de saúde, fornecendo orientação sobre medidas de saúde, desenvolvendo a sociabilização de crianças e transmitindo a ideia de solidariedade.

Diante da diversidade das relações interpessoais e do contexto sócio-político-econômico, as redes que envolvem os atores sociais buscam suprir diversas carências ou necessidades, dentre elas, as de saúde.

Discussão

O processo saúde-doença-cuidado tem relevância e influência marcante no cotidiano de uma família, visto que envolve diferentes aspectos da vida em sociedade. Argumenta-se que nenhuma organização tem o poder de impor um comportamento humano, elas podem orientar e, talvez, influenciar decisões e estabelecer limites¹⁷. No entanto, as concepções dos atores sociais sobre este processo revelam o poder de determinada organização social, no caso, a unidade familiar – em convergir reações previsíveis.

A família pensa em sintonia e age de forma semelhante, muitas vezes. Defende-se, por conseguinte, a ideia de que mesmo com reações diferentes à dor e ao processo de adoecer, os sujeitos têm, até certo ponto, reações previsíveis,

pois pertencem a um grupo; e seus membros compartilham os significados sociais atribuídos a esse processo. Pode-se inferir, pois, que a vida familiar, de compartilhamento de valores, crenças e comportamentos reflete na identificação do “ser família”, e isto, em última instância, faz que se compartilhem sentimentos e atitudes convergentes no processo de adoecimento¹⁸.

As concepções de saúde, doença e cuidado estão articuladas, e o seu condicionamento por um contexto social e econômico desfavorável pode levar a práticas de cuidado pontuais, reducionistas. Quando a concepção de saúde se restringe a práticas de higiene, por exemplo, pensa-se que elas podem ter o objetivo, apenas, de afastar doenças causadas por microrganismos patológicos.

Os atores sociais parecem considerar saúde e doença como categorias interdependentes. Dessa forma, a doença, em oposição ao que foi dito sobre saúde, pode significar a não adoção de práticas de higiene, uma noção que também está relacionada ao higienismo, consistindo que práticas de higiene sejam pessoais, sejam estruturais como limpeza e arejamento dos ambientes e medidas de saneamento básico¹⁹⁻²¹.

O reducionismo conceitual acerca do processo saúde-doença-cuidado pode fundamentar práticas de cuidado voltadas apenas para reabilitação e prevenção do adoecimento, pois, caso esteja estabelecida a doença, os atores irão conviver com a ruptura do cotidiano, prováveis alterações de renda, intensificação no envolvimento dos familiares e, por vezes, o agenciamento de redes de apoio; contudo, não é adequado generalizar tais concepções, visto que para alguns feirantes, a saúde amplia-se, assumindo uma perspectiva social²². Tal característica manifesta-se por exploração de aspectos que condicionam concepções próprias de determinado grupo, influenciadas por características socioeconômicas, perfil epidemiológico e pelo ambiente de trabalho, resultando em vulnerabilidade social.

A partir da visão ampliada de saúde e de cuidado, percebe-se que as condições socioeconômicas desfavoráveis dos feirantes não os impedem de ver o processo saúde-doença-cuidado de forma crítica, entendendo a existência de fatores de risco no seu ambiente de trabalho, que os afastam da qualidade de vida, de hábitos saudáveis de vida; percebendo, por conseguinte, a saúde através de aspectos subjetivos, de bem-estar, de sentir-se bem, de ter qualidade de vida. A saúde assume a ideia de valor, da preciosidade que é viver, “saúde é vida”. Nesse sentido, a saúde é entendida não somente como um dever do Estado, pois o

sujeito usufrui de sua autonomia, atribuindo a si mesmo a responsabilidade com sua saúde e a de seus familiares.

As concepções de saúde-doença-cuidado e sobre as práticas de cuidado adotadas estão relacionadas às construções culturais, crenças e valores que sustentam ou capacitam a família a melhorar e manter a vida, visto que a cultura é uma teia de significados que exerce influência poderosa no comportamento e nas práticas das famílias^{22,23}, em que pese o caráter prescritivo que parece emanar do discurso biomédico sobre saúde-doença e sobre os modos de cuidar de si.

No entanto, esse caráter prescritivo não invalida a realização de ações de cunho preventivista, nas quais as práticas de saúde ampliam-se através da visão de prevenção de doenças, de medidas que satisfaçam às necessidades básicas de sobrevivência e, ainda, relativas ao bem-estar afetivo (esteio emocional, cuidar genuíno), caracterizando-se em práticas de cuidado (menos biologicistas e mais amplas).

As práticas de cuidado são inerentes ao processo saúde-doença, talvez por isso, autoras como Rosa et al.²⁴ utilizem a nomenclatura *processo saúde-doença-cuidado*, que foi adotada neste estudo. As falas dos atores sociais revelam que eles entendem o cuidado como estratégia para superar e evitar a doença, como requisito para ter saúde, situação em que se nota a sinonímia entre concepções, leiam-se, modos de ver cuidado e saúde com as próprias práticas – modos de fazer cuidado e saúde. Nota-se, ademais, uma indistinção conceitual entre concepções de saúde e cuidado. Contudo, percebe-se, também, que cuidado envolve e contém, numa comparação a um diagrama matemático, a saúde e a doença, visto que é realizado para evitar a doença e para se aproximar da saúde.

As concepções acerca do processo saúde-doença-cuidado representam ferramentas, entenda-se, capacitam a partir do plano teórico-reflexivo, de ideias, conselhos e crenças, para os modos de fazer dentro desse processo; estes se constituem em práticas que permitem à unidade familiar opções de cuidar da saúde, de planejar as ações de cuidado, de compartilhar e sugerir estratégias de prevenção e superação dos problemas decorrentes, bem como, o conhecimento e a concretização das opções de cuidado, oferecidas pelos setores de assistência à saúde: profissional, informal ou popular.

Enfatiza-se que o modo de ver, entender o mundo, a dinâmica familiar e os conselhos de familiares, amigos e vizinhos se constituem em

um poder de persuasão de ideias, modos de ver e de fazer, que regem as relações familiares e orientam pré-diagnósticos, medidas de saúde e de busca por serviços de saúde²⁶. Numa situação de adoecimento ou de demanda por práticas de prevenção, esses ensinamentos auxiliam na decisão, interação e atitudes dentro do processo saúde-doença-cuidado.

Nota-se, conseqüentemente, que a internalização de costumes e ideias compartilhadas e aceitas na unidade familiar podem influenciar nas decisões e atitudes de cuidado, de procura dos serviços de saúde, e até no fortalecimento emocional que as situações de adoecimentos e prevenção de eventos futuros exigem. O processo saúde-doença-cuidado é subsidiado pela semiótica (símbolos e ressignificações), que auxilia no percorrer e superação deste, a partir da reorganização da dinâmica familiar, de concepções e práticas, de modo a atender às demandas de cuidado, e enfrentar os entraves relacionados à superação dos problemas de saúde.

Esse empirismo compartilhado é respaldado na experiência de situações vividas pelos familiares, mesmo que cada indivíduo ressignifique sua experiência particular e tenha concepções próprias²⁷. Novas concepções individuais podem ser compreendidas como variantes das normas sociais há tempos sustentadas pela unidade familiar. Por outro lado, ao se adotar novas concepções, fundamentadas pelo conhecimento científico, por exemplo, a que goza de amplo acesso as gerações contemporâneas, constituir-se-á os conflitos intergeracionais²⁸.

Conforme os relatos, diante de uma situação de adoecimento e das demandas de cuidado que emergem, aparentemente, à primeira vista, não existe ou não se observa um limite de papéis entre os familiares cuidadores. Não obstante, a alegada prontidão da rede de solidariedade que é a família, e do auxílio às necessidades de saúde do processo saúde-doença-cuidado, a figura feminina ainda assume lugar de destaque, em um papel naturalizado socialmente, uma vez que a mulher é vista (e se assume) como mais apta e disponível para o cuidado.

A família é uma ferramenta fundamental no cuidado, juntamente com os serviços de saúde, pois ela tem a capacidade de ser disseminadora de cuidados e de informações, e de influenciar seus membros a procurar os serviços de saúde, bem como, auxilia a entender e prevenir as doenças no âmbito familiar, porque possui um olhar aguçado enquanto produtora de saúde e cuidados. Ela busca a superação dos problemas de

saúde e articula-se com as diversas instituições de apoio à saúde. Assim, além de prevenir, ela promove saúde e subsidia as condições que propiciam bem-estar e qualidade de vida²⁹.

Ela reafirma-se como estrutura sociabilizadora e basilar ao desenvolvimento psicossocial dos seus membros; funciona, ademais, como rede de apoio social – talvez, a mais representativa – e de saúde; é um sistema que mobiliza esforços quando um de seus membros requer cuidados, os agenciando, os ajudando financeiramente, dando-lhes bons conselhos e os apoiando mutuamente nas situações de adoecimento, juntamente às demais instituições.

Os atores sociais, a partir de suas concepções leigas somadas ao saber científico apreendido das instituições sociais, lançam mão de estratégias e táticas, e parecem elaborar um modelo explanatório para explicar o estado de saúde¹⁹ e as ações de cuidado. Os feirantes utilizam o setor informal notadamente no cuidado domiciliar oferecido pela família e sua rede de apoio. No setor formal, serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) aparecem como principal rede de atenção, ressaltando-se que a busca de atendimento nos serviços privados ocorre, sobretudo por obstáculos no acesso – alta demanda em detrimento de poucos profissionais, demora no atendimento, escassez de recursos diagnósticos, ou até falta de urbanidade no atendimento – nos serviços públicos.

Considerações finais

As concepções de saúde, doença, cuidado, e de práticas de saúde-cuidado auxiliam a família a agenciar cuidados. Ela é responsável por transmitir valores, hábitos, informações e orientações que influenciarão no transitar dos seus membros dentro da rede de cuidados à saúde, e na oferta de cuidados relacionados à promoção ou à reabilitação da saúde. As famílias permitem aos sujeitos ressignificar os modelos explanatórios instituídos sobre o processo saúde-doença-cuidado, e assim fazer escolhas terapêuticas para o atendimento de suas necessidades de saúde e, ainda, refletir criticamente de maneira a readequar suas concepções e práticas de saúde-cuidado, isto é, seus modos de ver e de fazer.

Observou-se que nem sempre as concepções de saúde e cuidado são bem delimitadas e diferenciadas pelos feirantes. De modo similar, essa indistinção se estende à sinonímia entre práticas de saúde e cuidado. Contudo, defendem-se, ideias de que as concepções e as práticas de cuidado, a

primeira no campo da reflexão e percepção cultural, e a segunda, das atitudes de cuidado, são instâncias diferentes – práticas de cuidado, que se tornam mais abrangentes, assumindo múltiplas dimensões, entre elas uma dimensão afetiva de apoio emocional aos membros.

Com efeito, parece haver uma dominância de concepções reducionistas de saúde e doença, que fundamentam práticas de saúde voltadas apenas para reabilitação e prevenção do adoecimento, pois, caso estabelecida a doença, os atores deverão conviver com a ruptura do cotidiano, prováveis alterações de renda, intensificação no envolvimento dos familiares e, por vezes, o agenciamento da rede de apoio, contudo, não se abstém da dimensão mais ampla e promocional das atitudes de prevenção de doenças e agravos.

A marcante idealização da família como rede solidária e altruísta de apoio social, vista sempre

disposta a atender e/ou acompanhar o atendimento das demandas do processo saúde-doença-cuidado, pode vir a redundar em conflitos por acúmulo de tarefas, faltas ao trabalho, sofrimento emocional entre outros resultantes das novas necessidades de saúde em um processo de adoecimento de um membro.

Notam-se modos de ver e de fazer que se aproximam das concepções biologicistas, bem como de outras, que evocam outras concepções ampliadas de saúde, doença e cuidado. Estas últimas parecem vir de um empoderamento político-social e científico que propicia uma ampliação conceitual e de ações, permitindo aos atores sociais protagonizar o processo saúde-doença-cuidado, numa relação de compartilhamento de direitos e deveres entre os serviços de saúde e sua rede de apoio social.

Colaboradores

MNG Saturnino trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. TP Santos e PRLF Vale trabalharam na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MGG Aguiar trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, na revisão crítica do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Bruschini C. Uma abordagem sociológica de família. *Rev. bras. estud. popul* 1989; 6(1):1-23.
2. Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. *Saúde Soc* 2005; 14(2):50-59.
3. Corrêa GHLST, Bellato R, Araújo LFS. Diferentes modos da família cuidar de pessoa idosa em situação crônica. *Cienc Cuid Saude* 2015; 14(1):796-804.
4. Stamm M, Miotto RCT. Família e cuidado: uma leitura para além do óbvio. *Cienc Cuid Saude* 2003; 2(2):161-168.
5. Ribeiro TS. *Cuidar em família: uma análise sobre os significados atribuídos por famílias atendidas no Centro Cultural A História que Eu Conto/Rio de Janeiro* [dissertação] Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2016.
6. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Dias G, Franceschini SCC, Reis JR, Reis RS, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos* 2007; 14(3):779-800.
8. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saude Publica* 1988; 4(4): 363-381.
9. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM, Moraes APS, Coelho GR, Victorino LR. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2012; 36(1)(Supl. 1):40-50.
10. Waldow VR. Uma experiência vivida por uma cuidadora, como paciente, utilizando a narrativa literária. *Texto & Contexto Enferm* 2011; 20(4):825-833.
11. Certeau M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998.
12. Saturnino MN, Aguiar MGG. Práticas de cuidado e redes de apoio social de feirantes. In: Carvalho ESS, Santos LM, organizadores. *Retratos de famílias e abordagens de cuidado*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016, p. 309-374.
13. Acioli S, Luz MT. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. *Rev. Enferm. UERJ* 2003; 11:153-158.
14. Vale PRLF, Santos TP, Saturnino MN, Aguiar MGG, Carvalho ESS. Itinerários terapêuticos de feirantes diante das necessidades de saúde dos familiares. *Rev. Baiana Enferm.* [Internet]. 2015 Out-Dez [acessado 2016 Jan 15]; 29(4):372-381. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13396>.16.
15. Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 2011.
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):389-394.
17. Freidson E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: UNESP; 2009.
18. Santos PRM, Araújo, RFS, Belatto R. (Re)configurações dos modos de ser e cuidar em família. In: *Atas do XII Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa*; 2015, Aracaju. p. 468-472.
19. Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 233-300.
20. Barbiani R, Junges JR, Asquidamine F, Sugizaki E. Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2014; 24(2):567-587.
21. Laurel AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latino Am Salud* 1982; 2:7-25.
22. Iserhard ARM, Nunes ET, Budó MLD, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc Anna Nery Rev. Enferm* 2009; 13(1):116-122.
23. Becker SG, Rosa LM, Manfrini GC, Backes MTS, Meirelles BHS, Santos SMA. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Rev. Bras. Enferm* 2009; 62(2):323-326.
24. Rosa AS, Cavicchioli MGS, Brêtas ACP. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Rev Latino-Am. Enferm* 2005; 13(4):576-582.
25. Leininger M. Culture Care Theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J. transcult. nurs.* 2002; 13(3):189-192.
26. Moura MAV, Chamilco RAIL, Silva R. Teoria transcultural em pesquisas de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev. Enferm* 2005; 9(3):434-440.
27. Giraldo PB. La familia como sujeto de cuidado. *Aqui-Chan* 2013; (13):5-6.
28. Ferrigno JC. *Conflito e cooperação entre gerações*. São Paulo: Edições SESC SP; 2013.
29. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Artigo apresentado em 06/01/2017

Aprovado em 27/07/2017

Versão final apresentada em 29/07/2017