



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**FACULDADE DE CEILÂNDIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

**LUDMILA SANTOS SILVA**

O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de  
Águas Lindas de Goiás - GO: vivências, desafios e dilemas.

CEILÂNDIA-DF

2017

LUDMILA SANTOS SILVA

O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás - GO: vivências, desafios e dilemas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Grau de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais na Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães.

CEILÂNDIA-DF  
2017

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SSI586 Silva, Ludmila Santos  
O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás-GO: vivências, desafios e dilemas. / Ludmila Santos Silva; orientador Sílvia Maria Ferreira Guimarães. -- Brasília, 2017. 111 p.

Dissertação (Mestrado - Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Relações familiares. 2. Cuidado em saúde. 3. Acesso a saúde. 4. Vulnerabilidade em saúde. 5. Políticas públicas. I. Guimarães, Sílvia Maria Ferreira, orient. II. Título.

LUDMILA SANTOS SILVA

O cuidado em saúde de uma família residente na Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás - GO: vivências, desafios e dilemas.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do Grau de Mestre em Ciências e Tecnologias em Saúde.

27 de Julho de 2017

---

**Orientadora:** Profa. Dra. Sílvia Maria Ferreira Guimarães PPGCTS FCE-UnB

---

**Examinador Externo:** Profa. Dra. Josenaide Engracia dos Santos FCE-UnB

---

**Examinador Externo:** Profa. Dra. Ximena Pamela Diaz Bermúdez DSC-UnB

---

**Suplente:** Profa. Dra. Dayane Galato PPGCTS FCE- UnB

**AGRADECIMENTOS**

Gratidão a DEUS que me conduziu e permitiu a construção e finalização deste trabalho.

Ao meu querido esposo Emanuel pelo amor e empenho em se dispor a me auxiliar sempre que necessário.

Ao pequeno João, meu filho, que esteve comigo em cada visita do trabalho de campo e na escrita da dissertação. A maternidade sem dúvidas sensibilizou o meu olhar de forma positiva, enquanto pesquisadora, principalmente ao imergir no universo de uma família.

A professora Sílvia, que com todo profissionalismo e parceria cuidou de mim e do João e me orientou em todos os momentos.

A dona Maria, seu José e toda sua família por terem me recebido de braços abertos em seu lar.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - O casal: nome, idade, escolaridade, profissão e renda.....	23
<b>Tabela 2</b> - Os filhos: nome, idade, escolaridade, profissão, renda familiar, filhos....	25

**LISTA DE IMAGENS**

<b>Imagem 1 - Planta do lote e distribuição das casas.....</b>	<b>23</b>
--	-----------

**LISTA DE ANEXOS**

<b>Anexo A</b> – Questões levantadas nas entrevistas semiestruturadas.....	80
<b>Anexo B</b> – Manuscrito.....	83
<b>Anexo C</b> – Normas de submissão do Manuscrito.....	101
<b>Anexo D</b> – Parecer do Comitê de Ética.....	109

**LISTA DE SIGLAS**

APS	Atenção Primária em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRT	Hospital Regional de Taguatinga
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

A pesquisa analisou a relação da estrutura familiar e os cuidados em saúde de uma mãe, companheiro, filhos e netos, residentes na Vila Esperança, bairro popular do município de Águas Lindas de Goiás – Goiás. Neste caso, entende-se por cuidado as ações, práticas e estratégias de saúde construídas e utilizadas pelos sujeitos para organizarem suas vidas e corpos e dos outros ao seu redor, tendo também dimensões sociais, físicas, mentais e espirituais. A Vila Esperança não tem muitos recursos, vivencia uma precariedade e as políticas públicas não se fazem presentes no cotidiano de seus moradores. Neste sentido, a família se destaca como elemento central do cuidado, pois agencia e cria estratégias para superarem os desafios da vida cotidiana. Sobre os aspectos metodológicos, utilizou-se a abordagem qualitativa na construção dos objetivos e no arranjo do presente estudo, que também é baseado no método etnográfico e apresenta delimitações características de um estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os integrantes da família, assim como, a observação participante, sendo que as informações foram registradas num diário de campo. Para a análise dos dados adotou-se a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado. A respeito das práticas de saúde da família, a mãe aparece como principal cuidadora e articuladora dos processos de cura. Os itinerários terapêuticos são traçados a partir do conhecimento adquirido ao longo da vida com base em suas experiências. Eles utilizam chás e remédios caseiros, recorrem aos cuidados de terapeutas populares, buscam a prescrição de medicamentos na farmácia e acionam os serviços de saúde, principalmente do DF. A família apresentou-se como potencial cuidadora e articuladora do cuidado em saúde. Os processos, histórias e vivências de cada integrante determinam as condições de saúde individuais e coletivas da casa, assim como o contexto em que estão inseridos. Essa é uma dimensão que deve ser observada e utilizada pelo Estado e pelos profissionais da saúde para qualificar o SUS e a disponibilidade de serviços, de acordo com a realidade e respeitando os traços culturais das diferentes comunidades do Brasil.

**Palavras-chave:** Relações familiares, Cuidado em saúde, Acesso a saúde, Vulnerabilidade em saúde, Políticas públicas.

## ABSTRACT

The research analyzed the relationship between family structure and health care of a mother, companion, children and grandchildren, living in Vila Esperança, a popular neighborhood in the municipality of Águas Lindas de Goiás - Goiás. In this case, , Health practices and strategies built and used by individuals to organize their lives and bodies and others around them, also having social, physical, mental and spiritual dimensions. Vila Esperança does not have many resources, it experiences a precariousness and the public policies are not present in the daily life of its residents. In this sense, the family stands out as a central element of care, as agency and strategies to overcome the challenges of everyday life. On the methodological aspects, the qualitative approach was used in the construction of the objectives and in the arrangement of the present study, which is also based on the ethnographic method and presents characteristic delimitations of a case study. Semi-structured interviews were conducted with family members, as well as participant observation, and the notifications were recorded in a field diary. For the analysis of the data was adopted the Technique of Elaboration and Analysis of Units of Meaning. Regarding family health practices, the mother appears as the main caregiver and articulator of the healing processes. The therapeutic itineraries are traced from the knowledge gained throughout life based on their experiences. They use teas and home remedies, resort to the care of popular therapists, seek prescription drugs at the pharmacy, and activate health services, especially in DF. The family presented itself as a potential caregiver and articulator of health care. The processes, histories and experiences of each member determine the individual and collective health conditions of the house, as well as the context in which they are inserted. This is a dimension that must be observed and used by the State and health professionals to qualify the SUS and the availability of services, according to reality and respecting the cultural traits of different communities in Brazil.

**Keywords:** Family relations, Health care, Health care access, Health vulnerability, Public policies.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	19
<b>4. A FAMÍLIA: A CASA, OS LAÇOS E A ROTINA</b> .....	23
4.1 A INFÂNCIA E A MUDANÇA PARA O DISTRITO FEDERAL .....	28
4.2 O CASAMENTO E A CHEGADA DOS FILHOS .....	33
4.3 A MUDANÇA PARA A VILA ESPERANÇA: CONFLITOS E OPORTUNIDADES.....	36
<b>5. A FAMÍLIA E OS CUIDADOS EM SAÚDE: SUAS PRÁTICAS E ESTRÉGIAS</b> 39	
5.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA POR CUIDADOS.....	44
5.2 AS REDES DE APOIO E DE RELAÇÕES SOCIAIS .....	53
<b>6. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL – ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS</b> .....	60
6.1 O ESTADO E A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): NA TRILHA DA DESIGUALDADE EM SAÚDE .....	65
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	70
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	74
ANEXO A - Questões levantadas nas entrevistas semiestruturadas .....	81
ANEXO B - Manuscrito.....	84
ANEXO C – Normas de submissão do Manuscrito .....	102
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética .....	110

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende analisar como se dá o cuidado em saúde de uma família da Vila Esperança, bairro popular de Águas Lindas de Goiás, considerando a influência do contexto e do universo social que a cerca. Neste caso, entende-se por cuidado as ações, práticas e estratégias de saúde construídas e utilizadas pelos sujeitos para organizarem suas vidas e corpos e dos outros ao seu redor, tendo também dimensões sociais, físicas, mentais e espirituais. Para isso, é necessário tomar conhecimento da forma de organização do lar, dos papéis que cada integrante desempenha, das potencialidades, das práticas e estratégias criadas na condução do cuidado, da influência de fatores internos e externos nas decisões e das barreiras e dificuldades vivenciadas.

Águas Lindas de Goiás é um município próximo ao Distrito Federal (DF) - aproximadamente 45 km de Brasília. Antes de se tornar uma cidade, a região era conhecida como Parque da Barragem e pertencia ao município de Santo Antônio do Descoberto, sendo que sua emancipação ocorreu em 1995 por meio das reivindicações de lideranças locais. No início da consolidação do município, o setor imobiliário cresceu de maneira desordenada e parte da população de menor renda do DF foi atraída pelos lotes que eram vendidos por valores baixos e não eram fiscalizados<sup>1</sup>.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui área de 188,385 Km<sup>2</sup>, e população estimada de 159.378 habitantes. A incidência de pobreza é de 42,82% e o número de residentes alfabetizados são 129.746<sup>2</sup>. No ranking brasileiro, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da cidade ocupa a 2282<sup>a</sup> posição com os valores: 686 IDHM, 647 IDHM renda, 848 IDHM longevidade e 588 IDHM educação. Essa medida é calculada pelo Programa das Nações Unidas (PNUD), varia de 0 a 1 e quanto mais próxima de 1 maior o desenvolvimento humano<sup>3</sup>.

A maior parte dos bairros da cidade representa uma “periferia”, isto é, trata-se de espaços onde vivem pessoas de segmentos populares que são estigmatizadas por sua situação de vida e pela região onde se localizam. Constantemente, os jornais noticiam a criminalidade e as ausências de políticas públicas nesta localidade, assim, pobreza e violência marcam a população da região.

A Vila Esperança, considerada bairro popular do município, faz parte desse grupo e atualmente abriga cerca de 80 famílias, ao visitá-la é possível perceber que a comunidade não tem muitos recursos, vivencia uma precariedade e as políticas públicas não se fazem presentes no cotidiano de seus moradores. Este bairro é composto por cinco ruas com cerca de vinte casas cada, as moradias são simples em sua maioria, algumas não possuem muros e portões e ficam com as portas e janelas expostas. Existem casas que prestam algum tipo de serviço, como serralheria, manicure e venda de doces.

A comunidade dispõe de um pequeno comércio local composto por farmácias, uma padaria, dois salões de beleza, uma quitanda de frutas e verduras e algumas igrejas, sendo uma católica romana e três evangélicas pentecostais. Com relação à infraestrutura do local, recentemente, a prefeitura pavimentou as ruas e operacionalizou o serviço de água e esgoto. Existem casas que, ainda, são barracos de alvenaria e abrigam muitos moradores. Não existem praças, quadras de esporte ou locais fixos que sirvam para a prática de atividades de lazer. Recentemente, a chegada do primeiro Shopping na cidade tornou-se o principal local de encontro, descanso e lazer desfrutado pelos moradores.

A parada de ônibus mais próxima fica a cerca de três quilômetros e o transporte público circula apenas pela Rodovia BR-070 que perpassa pelo meio da cidade. Na verdade, a Vila foi construída nas margens dessa rodovia. Assim, mesmo que alguém queira utilizar o transporte local para ir a outro setor próximo, deverá se deslocar até a BR. Próximo a esse ponto, está localizado o supermercado *Tatico*, um dos maiores da região e mais utilizado pelos moradores da Vila, e um comércio mais intensificado com a venda de roupas, calçados, óticas, papelaria entre outros. Também é um ponto de referência para os moradores do local. Além do transporte público, existem ônibus e vans clandestinas que prestam serviços aos moradores da cidade, de todo modo, esse tipo de transporte também faz seu trajeto na BR e não circulam entre os setores.

Em estudo anterior sobre a Vila Esperança, identificou-se que os itinerários terapêuticos dos moradores são traçados a partir da rede de relações sociais que se estabelecem entre vizinhos, amigos, familiares, terapeutas populares (raizeiras, benzedadeiras), farmacêuticos, instâncias religiosas e o sistema oficial de saúde e que a comunidade dispõe de recursos limitados, desde infraestrutura básica até condições limitadas dos estabelecimentos de saúde e educação<sup>4</sup>.

Diante desse cenário, a família se destacou como elemento central do cuidado, pois agencia e cria estratégias para superarem os desafios da vida cotidiana. Assim, esse contexto familiar surgiu como cenário relevante de pesquisa, o qual necessitava imergir com maior profundidade.

A família pode ser entendida como uma estrutura que está em constante transformação. É composta por indivíduos que compartilham experiências e disseminam valores, crenças e formas de organização que compõe a sociedade. Ou seja, é a matriz das civilizações e representa um sistema aberto que interage com outros. Estudar as famílias e suas peculiaridades permite valorizar a escuta de si e do outro, sendo que suas histórias tornam-se recursos fundamentais para o conhecimento a respeito do cuidado no ambiente familiar e entre os sistemas com os quais se comunica<sup>5</sup>.

Diante da diversidade cultural, dos diferentes segmentos de classes e de organização social, o estudo das formas de cuidar, centrados na família, necessita de maior espaço e destaque na produção acadêmica e científica e nas pautas da saúde pública no Brasil<sup>6</sup>. Os trabalhos já elaborados não são suficientes para analisar o cuidado frente a essa diversidade, pois não destacam as ações realizadas pelos sujeitos, as suas representações e o agenciamento e divisão de tarefas entre cada integrante<sup>6,7</sup>.

No ocidente, a configuração ou instituição denominada “família” tem valores universais, mas também peculiares característicos de cada contexto. No Brasil, para as classes populares, a instituição família seu valor e significado estão relacionados à coletividade, ao desempenho de tarefas, aos papéis cotidianos de cada integrante e a solidariedade<sup>8</sup>.

As condições de vida, principalmente o perfil socioeconômico, influenciam de forma direta a postura e conduta das famílias frente às diferentes situações. Assim, prioridades e possibilidades são decididas e elaboradas conforme a capacidade e os recursos disponíveis<sup>7</sup>. De todo modo, é importante destacar que a falta de recursos não constitui apenas uma limitação, mas também, pode desencadear potencialidades como a busca da autonomia da família e de sua capacidade de enfrentar uma crise<sup>9</sup>.

Dentre as alternativas disponíveis para os sujeitos cuidarem de si, destacam-se dois sistemas, uma rede oficial, que compreende os serviços de saúde, o saber biomédico e científico, e a rede informal, composta pelo suporte familiar e de

agentes externos. Este último grupo, atua de forma potencial disponibilizando alternativas e cuidados essenciais a saúde dos indivíduos, como o apoio emocional e interações afetivas, desenvolvimento de hábitos alimentares e de higiene, assim como, refletem a sensibilidade no ato de reconhecer as doenças, exercer o autocuidado e buscar o auxílio médico. Porém, a concepção de saúde, muitas vezes, negligencia a família e não a reconhece como provedora de cuidados<sup>6</sup>.

O conceito de família é definido de acordo com o contexto, no qual estão inseridos os indivíduos. Os grupos populares, em especial, podem se organizar para além de um único núcleo familiar. Muitas vezes, vizinhos, amigos, representantes de igrejas, escolas, também fazem parte da composição de uma família, constituindo uma rede extensa familiar amparada na coletividade. Assim, definir quais são os membros mais relevantes torna-se uma tarefa difícil, já que cada rede é diversa<sup>7</sup>.

Desse modo, o conceito de família em que se inserem os participantes da pesquisa foi definido pelo próprio grupo e é pautado na relação entre homem e mulher, seus filhos e netos. Portanto, ao abordar a família enquanto unidade de estudo entende-se que ela representa um coletivo, onde há a figura de um casal no centro, com destaque para a mãe, os filhos como frutos dessa relação e os netos como componentes da formação de novas famílias para os filhos. E ao mesmo tempo, contempla outros indivíduos e instituições constituindo uma rede de relações sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a saúde além de sua dimensão biológica. Para abordar a temática saúde e família é preciso considerar as singularidades dos sujeitos e ao mesmo tempo a forma como se organizam enquanto grupo. Neste sentido, a partir dessa definição, este estudo considera o processo saúde-doença no âmbito individual e coletivo e está amparado nas contribuições de dois campos do saber, a Saúde Coletiva e a Antropologia.

O conceito de saúde ampliou-se ao longo dos anos na tentativa de superar o modelo biomédico, que muitas vezes considera apenas fatores biológicos como causas do adoecimento. Porém, apesar dos avanços, o contexto, os fatores psicológicos e sociais ainda ocupam posição secundária na análise de saúde das populações. Outra questão relevante é a tendência em considerar cada vez mais o indivíduo como agente primário de sua vida, o que dificulta incluir outros aspectos da dimensão e das condições sociais e seus impactos sobre a saúde<sup>10</sup>.

Os aspectos culturais podem interferir diretamente sobre a saúde das diferentes populações. E antes de serem levados em consideração é preciso verificar, em nível macro, fatores de natureza econômica, social e política<sup>11</sup>. E também não se pode observar a doença apenas em sua dimensão biológica, já que as percepções e formas de tratamento a cerca deste fenômeno também são construídas culturalmente e de certa forma as representações culturais dos indivíduos podem até mesmo superar essa dimensão biológica<sup>12</sup>.

Assim, também é preciso tomar conhecimento sobre as formas de organização e de práticas envolvidas no processo de adoecimento e cuidado dos indivíduos, e a instituição família ocupa lugar central nesta reflexão. Portanto, é necessário conhecer a dimensão médica de uma dada sociedade, sendo que a Saúde Coletiva desempenha, enquanto campo de saber, papel fundamental para o estudo desses fenômenos, pois considera os sistemas de cuidados de saúde também como sistemas culturais.

As Ciências Sociais e Humanas podem ser consideradas como uma das bases fundadoras da Saúde Coletiva, que surgiu no momento de ampliação e expansão do sistema público de saúde à população brasileira. Os estudos na área que trazem aspectos sociais, como as diferentes práticas, alternativas e as diversas racionalidades terapêuticas, contribuíram de forma relevante para a discussão sobre a dimensão social da saúde. Um dos desafios a serem enfrentados é buscar explicações para o adoecimento que vão além das consideradas biológicas<sup>13</sup>.

A partir destas considerações, a Antropologia da Saúde é considerada um campo de estudo emergente no Brasil em processo crescente:

(...) o discurso antropológico brasileiro sobre saúde insiste nas forças culturais e sociais como fatores determinantes das práticas e das representações nesse campo. O programa de pesquisa da antropologia da saúde no Brasil não nega os conhecimentos biológicos, porém concebe o corpo e as doenças como aspectos construídos relacionalmente<sup>14</sup>.

Apesar do modelo biomédico ainda ser hegemônico, muitas vezes reduzindo o olhar sobre a doença, a dimensão antropológica por sua vez está contribuindo para o entendimento mais claro das questões relacionadas ao adoecimento. Assim, é preciso que nas pautas de saúde os conceitos de saúde e doença sejam ampliados levando em consideração os aspectos sociais, culturais e econômicos do

processo saúde-doença das comunidades e as características e formas de organização das famílias nos diferentes contextos.

Desse modo, é importante dar enfoque as Ciências Sociais ao se tratar da atenção a saúde, principalmente quando se pretende observar as práticas sociais, sua relação com o modelo biomédico hegemônico, as relações de força e as condições socioeconômicas onde os indivíduos estão inseridos. Essa dimensão é elemento importante nos processos formativos de especialistas em Saúde Coletiva<sup>15</sup>. A perspectiva dos corpos na saúde e doença, no individual e coletivo, na natureza e na cultura deve ser analisada em conjunto contribuindo para a abordagem antropológica e para a construção de uma ciência social do cuidado<sup>16</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a relação da estrutura familiar e os cuidados em saúde de uma mãe, companheiro, filhos e netos, residentes na Vila Esperança, bairro popular do município de Águas Lindas de Goiás – Goiás.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Demonstrar a história, o cotidiano e as diferentes vivências da família; Descrever como são conduzidas e construídas suas práticas de cuidado e seus itinerários terapêuticos; Identificar as barreiras e as dificuldades vivenciadas quanto ao acesso à saúde e a organização dos serviços de saúde na região que abrangem seu local de moradia; Relatar a percepção de seus integrantes a respeito da relação entre Brasília, Distrito Federal e Águas Lindas de Goiás.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

Por se tratar de uma pesquisa com um grupo, uma família, necessariamente deve-se buscar alternativas de aproximação e imersão na realidade dos sujeitos, já que eles e o contexto em que estão inseridos constituem o próprio foco de análise. Assim, utilizou-se a abordagem qualitativa na construção dos objetivos e no arranjo metodológico do presente estudo, que também é baseado no método etnográfico e apresenta delimitações características de um estudo de caso.

Entende-se que a pesquisa qualitativa não busca medir determinado evento, já que os fenômenos encontrados são interpretados a partir da percepção dos sujeitos envolvidos na situação estudada e os dados produzidos são resultados da interação direta entre o investigador e o objeto pesquisado<sup>17</sup>. Neste sentido, ela contribui para as investigações a respeito das representações e valores culturais dos grupos sociais. E exige que o investigador possua capacidade de flexibilidade, observação e ainda esteja em constante envolvimento com os sujeitos para que ocorra um processo de interação<sup>18</sup>.

A cultura pode impactar sobre o conceito de homem quando traz os símbolos para o controle do comportamento e quando representa o vínculo entre o que o homem pode se tornar e o que ele realmente se torna. A possibilidade de encontrar o que é ser homem e o que ele pode ser talvez esteja na análise e revisão, de modo sistemático, das diferentes maneiras de ser. Para conhecermos a essência das várias culturas e dos diversos tipos de homem é preciso ir além dos detalhes<sup>19</sup>, aprofundando com densidade na realidade social estudada por meio do trabalho de campo que uma pesquisa qualitativa necessita.

A respeito da etnografia, é preciso levar em consideração a relação entre método, teorias, conceitos e a própria produção de conhecimento, para então, criar a possibilidade de compreender os homens por meio de suas experiências, sendo necessário que o pesquisador supere o etnocentrismo<sup>20</sup>. Portanto, tal método permite a inserção do pesquisador na realidade dos sujeitos e também identificar as representações, símbolos e significados construídos pelo grupo e o ambiente estudado. Ainda assim, torna-se necessário que o investigador, ao mesmo tempo, se distancie do seu universo de crenças e valores para não influenciar sua observação e sensibilidade para identificar o que o cerca.

Dessa forma, ao estar em campo deve-se refletir também sobre o registro das percepções sobre os acontecimentos, relatos e sujeitos, e considerar além da observação e da escuta também a escrita. Logo, “se o olhar e o ouvir constituem a nossa percepção da realidade focalizada na pesquisa empírica, o escrever passa a ser parte quase indissociável do nosso pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar”<sup>21</sup>.

A família selecionada fez parte da pesquisa realizada em 2013, a respeito dos itinerários terapêuticos da Vila Esperança. Naquele momento, um levantamento sobre a história e caracterização do local foi realizado e o objeto de estudo era a própria comunidade. A figura da família surgiu como elemento central nas reflexões sobre os cuidados em saúde e dessa forma, optou-se por imergir na realidade de um grupo menor e específico para o aprofundamento dessas questões que não puderam ser abordadas anteriormente.

Assim, a fim de complementar os dados já obtidos, abordar e levantar novas questões selecionou-se a família em que os laços e comunicação foram estabelecidos com maior facilidade na pesquisa anterior. Neste sentido, a família participante é constituída por um casal, José e Maria, e seus quatro filhos, Carlos, Raquel, Ana e Letícia, esta última, neta fruto de um relacionamento na adolescência de Carlos, é considerada filha pelo casal desde os primeiros meses de vida.

De todos os integrantes da família, a observação, o acompanhamento da rotina e as entrevistas foram realizadas com aqueles que residiam juntos, ou seja, Maria, principal informante chave, José, Letícia, Ana, seu companheiro Paulo e suas filhas Mariana e Manuela. Os dados referentes aos outros filhos foram obtidos por meio dos relatos que os pais fizeram a respeito deles, assim como, pelos momentos durante o trabalho de campo em que eles visitaram os seus pais. Cabe destacar, que uma das limitações do estudo foi a dificuldade de se estabelecer um diálogo mais profundo com os homens dessa família, assim, a maior parte do tempo e dos relatos foram compartilhados pelas mulheres.

A entrevista permite ao pesquisador coletar dados relevantes para a compreensão do objeto de pesquisa, já que possibilita um espaço de conversa e reflexão a respeito da realidade dos sujeitos. Neste sentido, uma das técnicas utilizadas na coleta de dados foi a realização de entrevistas semiestruturadas baseadas nas narrativas, histórias e relatos biográficos, a respeito da teoria dos sujeitos sobre as suas vidas. Contudo, é importante que se reconheça as limitações

de cada técnica e busque possibilidades para complementá-las a fim de alcançar os objetivos almejados. Dessa forma, a observação participante, enquanto técnica, também foi realizada, pois complementa as falas e relatos dos entrevistados permitindo ao investigador a visualização das práticas e experiências presentes em seus discursos<sup>22</sup>.

As entrevistas foram organizadas com questionamentos feitos de forma aberta e fechada, em que os entrevistados tinham a liberdade de discorrer sobre o tema além das propostas formuladas. Elas foram gravadas, com o consentimento dos sujeitos, e transcritas para organização e apresentação dos resultados. As percepções advindas da observação participante foram registradas num diário de campo, instrumento estratégico e importante principalmente para a etapa de análise dos dados.

O trabalho de campo foi realizado as segundas, quartas e sextas-feiras durante cinco meses, de setembro de 2016 a janeiro de 2017. Esse período não foi estabelecido previamente, acordou-se com a família os dias da semana em que os encontros poderiam ser realizados, porém eles se dispuseram a participar até o momento em que todos os pontos e objetivos do trabalho fossem abordados.

A partir das informações contidas nas entrevistas foram selecionadas as unidades de significado das falas dos participantes. Desse modo, para a análise dos dados, utilizou-se a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado, onde primeiramente deve-se compreender o discurso produzido pelos informantes, logo depois selecionar as unidades que se mostrarem mais significativas nestes discursos e por fim fazer uma análise voltada à interpretação dos resultados buscando entender os dados em sua essência<sup>23</sup>. A partir dessa análise foi produzida uma teoria etnográfica<sup>24</sup>, uma narrativa das pessoas envolvidas na pesquisa que emerge do encontro estabelecido entre mim, pesquisadora, e grupo a ser estudado. A construção do texto analítico enfatiza essa narrativa que me foi apresentada em campo. A teoria etnográfica se ampara na imersão na vida cotidiana, em uma microanálise e no detalhamento descritivo da vida social.

O estudo não recebeu recursos institucionais para o desenvolvimento de suas atividades e com relação aos aspectos éticos, faz parte do projeto de pesquisa mais amplo intitulado “Terapeutas populares e tecnologias em saúde no DF e região do entorno”, no qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Cabe ressaltar que as

condutas realizadas e utilizadas durante o desenvolvimento desta pesquisa são contempladas pelos objetivos e atribuições descritas no parecer do projeto maior.

A relação ética que se manteve em campo foi pautada pelos sujeitos da pesquisa e, a todo o momento, foi reavaliada por eles. Desse modo, enquanto amiga e pesquisadora foi necessário “adentrar” na ética dos sujeitos, para poder estar em suas casas, acompanhá-los e conviver com eles. Ao longo desse processo, eles dominavam e conheciam cada vez mais do que se tratava realmente o estudo e, a cada passo dado, concordavam com minha presença. Cabe destacar, que para preservar o anonimato de cada participante, utilizou-se de nomes fictícios aleatórios ao citar as suas falas.

#### 4. A FAMÍLIA: A CASA, OS LAÇOS E A ROTINA

Nesta seção, serão apresentados os fios que compõem a tessitura desta família com a qual convivi, ou melhor, será descrita a biografia da mesma, os caminhos percorridos pelos sujeitos que os reuniram em um contexto familiar. Apresentar essa micro-história, que, de acordo com Bensa<sup>25</sup>, parte do cotidiano, revela determinado contexto, ou seja, um nível de interpretação que se vincula a outros níveis macros, como o das políticas públicas, das práticas hegemônicas do racismo e misoginia e da desigualdade social. Nesse sentido, façamos, a seguir, o mergulho do meu encontro com essa micro-história.

As 07:00 da manhã, do dia 24 de agosto de 2016, sai da minha casa em Taguatinga-DF e esperei por cerca de 35 minutos o ônibus que fazia o trajeto Brasília – Águas Lindas. Havia poucos passageiros, acredito que, pelo horário e por ser contrafluxo. Desci na parada as 08:30, no mercado Tatico, e fui em direção a Vila Esperança. Algumas lojas do comércio foram modificadas comparando com a primeira vez que fiz o trabalho de campo ali. Pessoas caminhavam pelas ruas, alguns lojistas abriam o comércio.

Após a caminhada de 30 minutos, cheguei ao destino, a casa de Maria, que com muito carinho se disponibilizou mais uma vez a me receber. No momento da minha chegada o seu esposo estava de saída. No ano de 2016 aconteceram as eleições municipais na cidade e tanto o Seu José quanto a Maria trabalharam para um partido político entregando panfletos e segurando faixas de segunda a sexta-feira no período da tarde. Essa foi a primeira novidade que me contaram. A renda extra foi utilizada para custear os livros da filha caçula Letícia que ingressou no Ensino Médio. Assim, relatou:

“Menina, pois agora tô trabalhando de novo na política. Eu acho bom sabe, sair um pouco de casa, não vai dar nem para pagar os livros da Letícia, mas já ajuda né?! [...]”. (Maria)

“Eu acho bom porque gosto de dirigir e tem uns amigos meus lá também. O dinheiro é bom demais para ajudar aqui em casa. É cansativo, tem que ficar no sol, mas a vida é isso aí”. (José)

Após esse primeiro contato, acordamos que iria visitá-los e acompanhá-los as segundas, quartas e sextas até o momento em que todos os pontos e objetivos do

trabalho fossem abordados. Foram dias chuvosos, quentes, com lanches, almoços, conversas, cuidados, choros e risos. A cada novo encontro, acompanhei a rotina e me aproximei das histórias de cada um deles, à medida que se sentiam a vontade para compartilhar comigo suas experiências passadas e presentes.

A tabela a seguir apresenta algumas informações sobre o casal, como idade, escolaridade, profissão e renda:

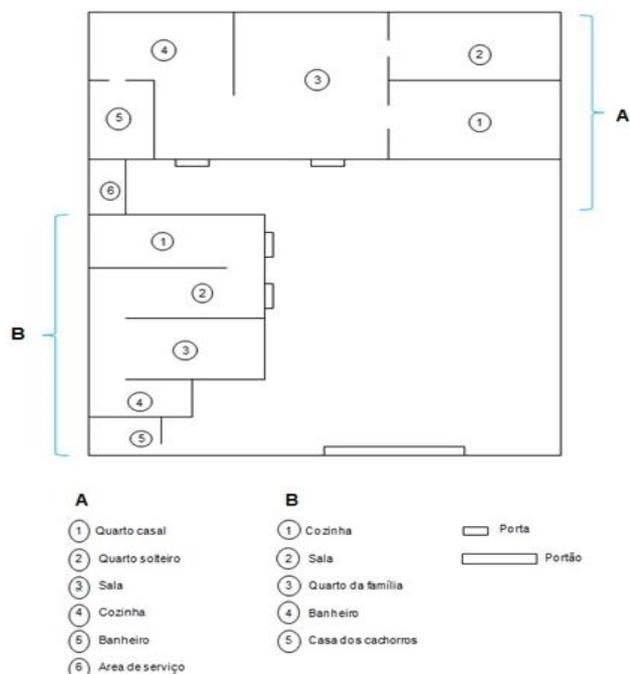
Tabela 1 – O casal: nome, idade, escolaridade, profissão e renda.

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda
Maria	51	7ª série	Dona de casa	-
José	60	Não estudou	Aposentado	R\$ 880,00

Fonte: dados das entrevistas e diário de campo.

Maria, 51 anos, dona de casa e José, de 60 anos, aposentado, residem na Vila Esperança há quase três décadas. O lote onde residem é composto por duas casas, a maior e principal é de Maria (A), o “barraco menor”, como ela mesma chama, é de sua filha Ana (B), conforme a imagem 1.

Imagem 1 – Planta do lote e distribuição das casas



Fonte: produzida pela autora

As casas são simples e aconchegantes, na varanda tem uma mesa e sofás onde costumam receber as visitas e jogar dominó. Neste local, passamos a maior parte do trabalho de campo dando continuidade às entrevistas e conversando, ao mesmo tempo, que ela fazia os seus afazeres diários como, lavar as roupas e preparar as refeições da família.

A casa maior é composta de dois dormitórios, um do casal Maria e José, e outro de Letícia, assim como, uma sala, uma cozinha e um banheiro, que ainda precisa de reparos. O barraco menor possui um quarto para o casal Ana e Paulo e suas filhas, e também uma sala, uma cozinha e um banheiro. De maneira geral, as casas possuem eletrodomésticos e móveis como: televisão, fogão, geladeira, sofás, camas e guardas roupas, a última aquisição foi uma máquina de lavar que ambas compartilham.

Ao longo de 12 anos, Maria trabalhou na limpeza de centros de saúde e escolas da cidade pela prefeitura. Mas após um quadro profundo de depressão não recebeu qualquer benefício ou direitos, assim passou a ficar em casa e cuidar da família e dos afazeres domésticos. Durante a semana, acorda cedo de segunda a sábado, limpa a casa, lava e passa roupas, prepara as refeições, cuida das netas e ainda faz crochê e tricô, segundo ela, esta última atividade além de distraí-la, lhe faz se sentir útil novamente. Nas noites de sábado, vai aos cultos da igreja a qual é membro. Aos domingos trabalha de 07:00h as 16:00h com o seu genro na loja de frangos assados e recebe R\$50,00/dia.

José é aposentado, recebe um salário mínimo há 06 anos e sustenta as despesas da casa. Possui uma deficiência física na perna, que não permite o seu caminhar de maneira constante e postura correta. Segundo a família, esse foi o maior empecilho para que José se consolidasse em seus empregos, além da baixa escolaridade. Durante a semana, trabalha em alguns “bicos”, ou seja, serviços informais, mas passa a maior parte do tempo em casa, principalmente deitado num banco na calçada.

A compra do lote, onde residem atualmente, só foi possível após a venda da chácara dos pais de José. Cada filho recebeu sua parte da herança de família, sendo que José e seu irmão Edmar, receberam uma quantia maior por serem os únicos filhos que moravam na chácara e não possuíam residência própria.

“Eu e a Maria ajudamos a cuidar da mãe e quando ela morreu continuei na chácara, eu e o Edmar. Eu porque não tenho trabalho fixo e nem era aposentado, ele é porque é safado mesmo, vive bebendo e perdeu tudo. Então é justo ter recebido a mais. Se os outros já têm casa e só faltava a gente [...] Foi a melhor coisa que aconteceu, é bom demais ter um canto seu. Ainda mais nós que viveu a vida toda com gente na janela”.  
(José)

Durante os meses de acompanhamento e entrevistas, percebeu-se que os recursos da família são limitados, a renda que recebem basicamente é direcionada ao pagamento das contas de água, luz, IPTU, alimentação do mês, a compra dos medicamentos de Maria e a mensalidade da escola de Letícia. Gastos com roupas, calçados e lazer são raros e as compras do mês são suficientes para fazerem apenas três refeições ao dia, café da manhã, almoço e jantar, nestas últimas nem sempre se têm carnes.

O casal tem 4 filhos, conforme a tabela 2, Carlos, Raquel, Ana e Letícia, esta última, neta fruto de um relacionamento na adolescência de Carlos, é considerada filha pelo casal desde os primeiros meses de vida.

**Tabela 2 – Os filhos: nome, idade, escolaridade, profissão, renda familiar, filhos.**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Renda Familiar</b>	<b>Filhos</b>
Carlos	34	Ensino Fundamental	Assistente de eletricista	R\$1.700,00	4
Raquel	28	Ensino Fundamental	Cabelereira	R\$ 2.200,00	3
Ana	24	Ensino Médio	Assistente Administrativo	R\$ 2.000,00	2
Letícia	15	Ensino Médio (cursando)	Estudante	-	-

Fonte: dados das entrevistas e diário de campo.

Ana tem 24 anos e trabalha como assistente administrativo de uma empresa de ônibus localizada no centro de Brasília. Seu esposo, Paulo, tem um comércio na Ceilândia, ele vende frangos assados. Juntos, eles têm duas filhas, Mariana de cinco anos e Manuela de três meses. Durante a pesquisa Ana estava de licença maternidade e com a ajuda de sua mãe cuidou de Manuela durante cinco meses. Maria ficou responsável por cuidar da neta após o término da licença.

Durante a semana Ana acorda as 04:15h da manhã para ir ao trabalho, sendo que seu horário de entrada é por volta de 07:00h. Na companhia de alguns vizinhos, e ainda de madrugada faz a caminhada de sua casa até a parada em 20 minutos. Em pé, o percurso de ônibus é feito entre 05:00h e 06:40h. Como Ana inicia suas atividades no trabalho mais cedo, acordou com o seu chefe para sair também mais cedo, já que o percurso Brasília – Águas Lindas no horário de pico (entre 18:00 e 20:00) é intenso. Assim, seu horário de saída é 16:30 e por volta das 20:00h ela chega em casa.

“A minha rotina não é fácil não nega. Eu já acostumei porque morando aqui sempre foi tudo difícil. É porque aqui é longe de tudo, né?! Mas esse é o principal pra mim, se eu pudesse trabalhar aqui na barragem seria ótimo, porque gosto daqui [...] durante a semana é uma peleja ter que acordar cedo, chegar tarde e na maioria das vezes fico em pé no ônibus, nem grávida o povo sebozo dá lugar pra gente, acredita?! O problema não é nem só a distância, o engarrafamento é que mata um”. (Ana)

Quando engravidou da sua primeira filha, aos 16 anos, estava no primeiro ano do Ensino Médio. Abandonou a escola no meio do ano letivo e só retornou dois anos depois. Após Mariana completar dois anos de idade, Ana começou a trabalhar pela prefeitura, por contrato, e depois em duas farmácias. Em 2014, com a ajuda de seus pais e companheiro, concluiu o Ensino Médio, trabalhava durante o dia e estudava a noite. Em 2015 foi contratada, por indicação de uma prima, na empresa onde trabalha atualmente, foi o seu primeiro emprego fora de Águas Lindas.

“Eu? Só tenho a agradecer pelo meu emprego hoje, é cansativo é, mas preciso criar minhas filhas. O Paulo me ajuda demais, mas se quero dar uma roupa, um calçado, um lanche melhor eu preciso trabalhar. Sem falar que minha mãe me ajuda demais e eu preciso fazer alguma coisa por ela também,

se não fosse ela e o pai me ajudando com a Mariana eu nem tinha terminado a escola ainda [...] é meu primeiro trabalho fixo assim, já estou lá a quase três anos”. (Ana)

Ana recebe um salário de R\$1.219,00 e auxílio alimentação de R\$450,00. Sua renda é utilizada para fazer compras para ela, o esposo e manter suas filhas, a maior parte de sua renda é utilizada na compra de roupas, calçados e utensílios domésticos. Todo mês, ela compartilha com sua mãe R\$250,00 de seu auxílio alimentação. Para ela, é uma forma de retribuir o tempo que sua mãe se dispõe a cuidar de suas filhas durante a semana.

Seu companheiro Paulo, de 41 anos, fica responsável pelo pagamento da água, luz e aluguel da loja. Ele trabalha de terça a domingo em Ceilândia. Abre o comércio por volta das 09:00h. O percurso de ônibus de sua casa até o trabalho é cerca de 40 minutos e por volta das 18:00h ele já está em casa novamente. Além da contribuição financeira, Paulo é responsável pelo preparo das refeições de casa, pois ele chega mais cedo do trabalho. Parte de sua renda é destinada ao consumo diário de álcool. Apesar de Ana e sua família morarem no mesmo lote de seus pais, as refeições são separadas e cada casa tem a sua própria rotina.

“Aqui em casa eu pago as contas, a Ana fica por conta das meninas. Como eu saio mais cedo e trabalho mais perto, eu que faço a comida. Na verdade ela nunca foi boa de panela (risos). [...] Eu faço aqui também porque a Maria e o José já ajuda com a Mariana e agora vai ficar com a Manu. E sempre que posso trago alguma coisa para eles também”. (Paulo)

De maneira geral, ambas as famílias se comunicam em seus afazeres e rotinas, possuem um bom relacionamento e evitam julgar as escolhas e problemas que cada um enfrenta. Apesar da convivência direta, ao mesmo tempo, cada um se resguarda de alguma forma e procuram manter uma harmonia e ajudar uns aos outros na medida do possível.

#### 4.1A INFÂNCIA E A MUDANÇA PARA O DISTRITO FEDERAL

Natural de Tabira-PE, Maria é uma dentre os dezenove filhos de seus pais. Seu pai trabalhava na roça e retornava para casa de quinze em quinze dias enquanto sua mãe cuidava da casa e das crianças. Seus primeiros meses foram marcados pelas dificuldades enfrentadas pela família para o sustento da casa, sua

mãe sofreu abortos e alguns de seus irmãos vieram a óbito. Ainda pequena Maria e sua família foram buscar melhores condições de vida na cidade de Governador Valadares-MG, sem muito sucesso, foram dessa vez, tentar a sorte nos arredores da capital federal. Primeiramente, no Morro da Querosene no Bandeirante e logo depois na Ceilândia, onde permaneceram por sete anos. Dos dezenove filhos se criaram seis, cinco mulheres e um homem.

Seu pai trabalhava em construções civis e sua mãe passou a ser empregada doméstica. Maria e seus irmãos ficavam sob os cuidados de Taúda, a irmã mais velha. Eles eram responsáveis pelos serviços domésticos de casa. O barraco que moravam era de lona, não se tinha serviço de água e esgoto e nem de energia.

“Minha mãe sempre foi trabalhadora. Aguentou as pontas de casa desde quando eu nasci. Lá em Pernambuco a gente passava muito aperto, e como eram muito irmãos ficava difícil né?! Aí a gente tentou em Minas e depois veio para Brasília. Meu pai e minha mãe precisavam trabalhar, então a Taúda que ficava comigo e os outros. [...] Só se criaram 6 irmãos, eu, as meninas e o Baxim que é o caçula”. (Maria)

Para ter acesso a água, percorriam alguns quilômetros até um caminhão que abastecia toda a região, Maria relatou o quão cansativo era fazer o percurso de volta com os baldes na cabeça, mas ao mesmo tempo, se alegrou ao recordar os momentos que teve com todos os irmãos, apesar das dores e dificuldades. A iluminação do barraco era por meio de lamparinas e a água do banho e da limpeza da casa era descartada no quintal. No mesmo quintal havia uma parte de lona envolvendo um buraco onde eles faziam as fezes e urina.

“Lá na 25 (Ceilândia) era complicado porque tinha um mundo de gente para dormir num barraco velho de lona. De dia não sabia se era pior ficar no sol ou dentro de casa, porque era muito quente e muita poeira. Não era que nem hoje não com cama e lençol limpinho e nem banheiro, fazia era no quintal mesmo. Não tinha luz de lâmpada assim e nem geladeira essas coisas, porque não tinha energia. E a água era mais difícil ainda, caminhava horas com balde na cabeça, a gente e os vizinhos fazia esse caminho todo dia e a água também não era limpinha assim não, para você ver, nem todo dia a gente tomava banho”. (Maria)

Os principais problemas de saúde que enfrentavam eram as séries de diarreia, barriga “inchada” e os incômodos respiratórios devido à poeira de casa e das ruas. Dentre as dificuldades relatadas, as que mais impactaram a infância de Maria foram: poucas refeições ao dia, não ter acesso a medicamentos e atendimento médico, falta de infraestrutura urbana quanto a pavimentação das ruas e tratamento de água e esgoto, não ter acesso a escolas e dificuldades no deslocamento devido a ausência de transporte.

“Graças a Deus fome a gente nunca passou, mas também não tinha comida que nem agora né?! Era almoço e janta e tava bom demais. A gente adoecia muito por conta da água que era suja e também da poeira que era demais. E quando adoecia tinha que tratar em casa com as raízes dos antigos, porque a gente nem sabia o que era hospital. [...] Na rua era cheio de esgoto e escola nem pensar”. (Maria)

Assim, aos dez anos, Maria começou a trabalhar fora de casa para ajudar os seus pais e sua família. Tornou-se empregada doméstica e permaneceu em uma casa de família por três anos. Trabalhava durante o dia e retornava no fim da tarde para casa. Ao sair de casa com mais frequência, Maria foi alertada pelos pais quanto a violência do local. Até então, ela se comunicava apenas com a vizinhança, mas quando passou a trabalhar ficou atenta aos sinais de perigo. A Expansão, região próxima a sua casa, era considerada matadouro, muitos corpos, frutos de assassinatos, eram atirados nos terrenos desertos, assim como os fetos provenientes dos abortos.

“Eu comecei a trabalhar desde nova, precisava ajudar em casa. Uma família me quis e eu fiquei com eles. Eu ia de caminhão e ficava o dia inteiro lá. Quando fui ficando mocinha tive que ter mais cuidado porque era perigoso. Eu sabia que tinha muita gente que não prestava ali. Só que tinha nossos amigos e os vizinhos também, não podia ir para longe deles. [...] Era cada história que aparecia do povo e da polícia que matava os ladrão e traficante e jogava lá na Expansão. Tinha muita imundice lá, até feto morto tinha”. (Maria)

As mulheres da época não tinham acesso a métodos contraceptivos e as famílias eram compostas por muitos filhos. E caso optassem por tomar garrafadas, seus companheiros logo desconfiavam de infidelidade. Dessa forma, o aborto era

uma solução dolorosa e solitária realizado muitas vezes as escondidas. Maria acredita que alguns dos abortos de sua mãe não foram “acidentais”, mas não a julga, pois as condições da época não eram favoráveis a criação de muitos filhos, apesar de serem considerados bênçãos e ajuda para o sustento da família.

“Filho é benção, né? Mas pra quem pode criar. Naquela época não tinha essa história de pílula e camisinha não, quem usava isso era mulher da rua [...]. Eu sei que nem todos os filhos de mãe morreram de causa natural, mas fazer o que? Eu é que não vou julgar, só quem é mãe sabe. A pior coisa nessa vida é ver um filho passando necessidade. Eu sou contra, Deus não se agrada não, mas no desespero a gente faz muita coisa sem pensar”. (Maria)

Maria era muito reservada. Observava as brigas dos pais e também tinha seus impasses com seus irmãos. Sua mãe, muitas vezes, era dura e constantemente batia nos filhos, mas hoje Maria entende que era para educá-los e também porque o trabalho de sua mãe era exaustivo. Aprendeu sozinha a se cuidar, conteve para si a experiência do início da menstruação e de sua primeira relação sexual aos 13 anos.

“Até com minhas filhas eu não conversei sobre essas coisas. Eu nunca gostei, acho que a vida te ensina. Eu nem sabia o que era menstruação e quando me relacionei com o José ele que me ensinou tudo. [...] minha mãe e meu pai nunca falaram de nada com a gente”. (Maria)

José, por sua vez, nasceu em Ataléia-MG, foi criado na roça num contexto de muita dificuldade. Sua mãe cuidava dos dez filhos, praticamente sozinha, o pai passava meses fora e quando retornava nem sempre deixava alguma ajuda a sua família. Os recursos eram escassos e muitas vezes se alimentavam de molho de chuchu e de mamão verde.

“Mãe foi pai e mãe [...] Eu respeito pai, mas sei bem que quem ralou a vida toda foi mãe. Ela costurava e cuidava da gente, era bruta demais, mas pelo que ela passava a gente entendia. [...] Quantas vezes o que tinha para comer era comida do mato, era molho de chuchu e mamão verde”. (José)

Ao completar sete anos, no dia do aniversário do primeiro ano de vida de sua irmã caçula, José sofreu um grave acidente que lhe traria sequelas para o resto da vida. Seu pai estava cortando algumas árvores para obter madeira e uma delas caiu sobre a perna de José, que ficou durante um ano internado e fazendo cirurgias para não perder completamente os movimentos e continuar andando.

“Eu nem gosto de falar disso, lembro como hoje, não foi maldade de pai. Mas eu já tinha que trabalhar e ajudar na roça desde cedo. Foi muito difícil para todo mundo”. (José)

Então, sua família resolveu buscar melhores oportunidades nos arredores da nova capital federal. Construíram uma tenda nas terras onde atualmente se encontra a Região Administrativa do Paranoá. E deram continuidade ao tratamento de José que foi doloroso, cansativo e realizado no Centro de Reabilitação SARAH Kubitschek.

Sua adolescência, já nas invasões de Ceilândia, foi agitada e cheia de amigos. José ficava mais na rua e nas mesas de jogos do que em casa e não conseguia permanecer por muito tempo nos empregos que conseguia porque sua perna atrapalhava suas atividades e as dores o incomodavam constantemente. Abandonou a escola precocemente, pois preferia ficar na rua desde muito cedo.

“Quando a gente mudou para a Ceilândia eu fiz muita amizade. E como tinha problema nessa perna não podia trabalhar muito. Escola nem pensar, nunca gostei, não gosto que ninguém mande em mim. [...] Eu jogava era apostado, fui um dos melhores do meu tempo”. (José)

Ainda assim, desenvolveu diferentes funções ao longo da vida: vigilante, jardineiro, pintor, lavador de carro e na limpeza de algumas instituições. Apesar da baixa escolaridade, José incentiva os netos a estudarem para não serem humilhados. Após diversas tentativas, há seis anos sua aposentadoria foi aprovada com o valor de um salário mínimo. E é por meio dela que hoje sustenta a sua casa e família.

“Eu sou da família Gonçalves, sou bruto e ignorante mesmo. Mas não quero isso pros meus netos não. Tem que estudar e trabalhar mesmo para não ser escravo dos outros e nem

depende de governo. Eu hoje recebo aposentadoria, mas fiquei a vida inteira correndo atrás, me humilhando”. (José)

#### 4.2O CASAMENTO E A CHEGADA DOS FILHOS

Maria conheceu José com sete anos e por ele ser mais velho começaram a se relacionar quando ela completou treze anos. Ele era seu vizinho da rua de baixo. Suas mães eram amigas e Dona Margarida, mãe de Maria, contava com ajuda dos vizinhos quando precisava dormir no trabalho. Maria via no casamento a possibilidade de melhorar de vida, de sair da casa dos pais para ser uma despesa a menos.

“É eu gostava de morar com meu pai e minha mãe, mas nossa vida não era fácil não, eu queria ter minhas próprias coisas, meu cantinho, sabe?! Sem falar que ia ser menos uma boca para sustentar”. (Maria)

Ao completar quatorze anos iniciaram o namoro, José na época tinha vinte e quatro anos e fazia alguns bicos para ajudar no sustento da casa de seus pais e de seus nove irmãos. Namoraram por cerca de dois anos escondido dos pais, o pai de Maria não gostava de José. Aos dezesseis anos, Maria engravidou e juntamente com José foram morar no lote dos pais de Maria. Ela separou o seu quarto do restante do barraco, ficou com sua cama e compraram um fogão usado. No início sofreram com a insatisfação dos pais e dos irmãos, mas foram construindo uma vida a dois aos poucos.

“Meu pai detestava o José porque ele vivia na mesa de jogo, mas no coração a gente não manda. Ele era charmoso menina (risos), não consegui segurar mais e engravidei do Carlos. No começo foi mais difícil acostumar, mais eu já fazia tudo na casa da minha mãe, aí eu só mudei, fazia agora para mim e para o José. Sem falar que querendo ou não minha família estava ali do lado, bom ou ruim, estavam ali, se não fosse eles eu não tinha pra onde ir”. (Maria)

Em sua primeira gestação permaneceu no quarto em que morava no lote dos pais. O barraco que era antes de lona foi reformado com maderite. Outros irmãos também construíram seus barracos no mesmo lote. Apesar de não receber muitas

visitas e conviver com os problemas de toda a família, Maria gostava de saber que eles estavam ali por perto. Ela continuou trabalhando em casas de família, não fez o pré-natal e nenhum tipo de exame. No sétimo mês de gravidez passou mal, foi medicada e orientada a ficar de repouso até o nascimento da criança, mas continuou trabalhando para ajudar no sustento de casa.

“Eu não podia parar, naquela época nem sempre o José conseguia trazer ajuda pra casa. Então eu não podia parar. De barriga não era fácil dar faxina e ainda cuidar do meu barraco, mas eu precisava”. (Maria)

Quando completou nove meses, ao sentir as dores do parto chamou uma vizinha para acompanhá-la até o hospital das 05:00h da manhã. Se contorcendo de dor conseguiram ir de ônibus ao hospital de Taguatinga, mas não tinha vaga e nem passagem para parto normal. Então, partiram em direção ao hospital da L2, e as 15:00h daquela quinta-feira de carnaval, Carlos veio ao mundo por meio de um cesariana. Maria relata ter sido uma de suas experiências mais dolorosas, pois estava só e o seu filho havia engolido resto de parto, assim ela precisou ficar internada com ele por alguns dias.

“A pior sensação na vida é sentir dor e não saber o que está acontecendo, no fundo eu sabia que meu filho tava sofrendo dentro de mim. E pior ainda é ser tratada como um pedaço de carne, ser jogada de um lado para o outro, eu me senti só. [...] Deus foi misericordioso, porque até pensei que meu filho ia ser especial”. (Maria)

Após o nascimento de Carlos, Maria continuou trabalhando somente por três meses, uma vez que ele adoecia regularmente tendo bronquite asmática e pneumonia. As idas e vindas ao hospital eram solitárias e cansativas, até os dois anos de idade essa era a rotina da mãe e do seu pequeno filho. No barraco em que moravam entrava muita poeira e as ruas não eram asfaltadas, o que contribuía para o quadro de doença da criança e de sua mãe.

“Eu já sabia que não ia ser fácil, quando a gravidez é difícil a criança sofre depois. E as coisas em casa também não ajudava, por mais limpa que eu fosse não tinha quem aguentasse tanto pó. Quando ele começou a engatinhar tinha que colocar no chão, o que que eu podia fazer?!”. (Maria)

Quando Carlos completou três anos, Maria e José foram morar na casa dos pais de José. Eles haviam comprado um lote e construído uma casa e um bar nas margens da BR 070 na cidade de Girassol - GO. José foi para trabalhar com o seu pai. Maria tinha um bom relacionamento com a família do marido, sua sogra lhe ajudava com Carlos e com os afazeres domésticos. Após dois anos morando no Girassol retornaram a casa dos pais de Maria.

De volta à casa dos pais, Maria vivenciou sua segunda gestação de maneira conturbada. Na época, havia descoberto que José mantinha outro relacionamento fora do casamento, sendo que ele constantemente a acusava de infidelidade e dizia não acreditar na paternidade da criança que estava por vir. Maria não se alimentava direito, sentia muitas dores, apresentou baixo peso e realizou algumas tentativas de aborto ingerindo ervas.

“Foi uma das fases mais tristes da minha vida. Depois que voltamos do Girassol o José vivia com as *raparigas* e eu ficava em casa feito besta cuidando de tudo. Aquilo me doía lá dentro, mas o que eu podia fazer? Ele era o pai do meu filho e tinha outro vindo. Acho que ele queria separar porque me acusava o tempo todo, dizendo que eu engravidei de um dos clientes do bar da mãe dele. Era briga todos os dias e eu sabia que se tinha sido difícil com o Carlos, essa gravidez e o bebê iam me dar mais trabalho. Naquele tempo eu não tinha temor a Deus, então eu só queria continuar trabalhando e cuidando do meu filho. Tentei mais de uma vez tirar, mas Deus não permitiu e eu agradeço a Ele por isso. Eu estava desesperada”. (Maria)

Com a ajuda de sua mãe e fazendo o acompanhamento pré-natal, a gravidez prosseguiu até os nove meses. Após dois dias intensos de dor foi atendida no Hospital Regional de Taguatinga (HRT). Novamente era um parto de alto risco, estava com hemorragia, não tinha passagem e foi submetida mais uma vez a uma cesariana. O parto foi realizado por um residente e após alguns dias tiveram que realizar uma nova cirurgia devido ao resto de parto residual. Precisou tomar dez litros de soro e fazer transfusão sanguínea. Raquel nasceu com 51 cm e com 3.750kg e era uma criança muito nervosa e agitada. Sofria com problemas de constipação, gases e bronquite.

“Eu pensei que ia morrer, por isso não gosto de médico novinho. Quem fez isso comigo era desses médicos que nem diploma tinha. Eu passei por duas cirurgias e a Raquel sofreu demais, era uma criança difícil até de segurar, chorava o tempo todo”. (Ana)

#### 4.3 A MUDANÇA PARA A VILA ESPERANÇA: CONFLITOS E OPORTUNIDADES

José não conseguia permanecer em seus empregos por muito tempo devido a sua baixa escolaridade e a deficiência na perna. Aos poucos começou a beber demais e brigar nos bares da Ceilândia. Seu irmão mais novo, Adriano, o acompanhava nos dias em que passava fora de casa. Até que se envolverem numa tentativa de assassinato de um vizinho. Maria não relatou com detalhes o que aconteceu. A vítima não chegou a óbito, mas os dois irmãos tiveram que mudar de endereço para não serem presos e não colocar em risco a vida das companheiras e filhos.

“Eu me envolvi numa confusão de bar e meu irmão Adriano sempre foi muito nervoso. A gente fez besteira e também já estava na hora de sair da Ceilândia e do lote do meu sogro. Eu só tenho a agradecer, que Deus o tenha. E nossa sorte é que meu pai e minha mãe deram uma parte no lote deles pra gente morar lá na barragem”. (José)

Neste sentido, José e Maria, gestante da terceira criança, mudaram com seus dois filhos para a casa dos pais de José, que moravam dessa vez num dos primeiros lotes habitacionais de Águas Lindas, conhecida na época como parque da barragem. O local era praticamente rural, não havia muitos vizinhos na redondeza e os que se achegaram por ali deram origem mais tarde a Vila Esperança.

A região não era regularizada, os poucos moradores sofriam com o mato, insetos, falta de água e luz. As compras, remédios e o acesso aos serviços de saúde se davam na Ceilândia e outras regiões do Distrito Federal. Os primeiros ônibus começaram a circular apenas na BR, cerca de 1 km das residenciais, e transportavam passageiros, compras e animais, como galinhas e porcos. E também não contavam com infraestrutura local para saneamento básico, escolas e hospitais.

“Menina, aqui não tinha nada não. Era só mato e bicho. Tudo que precisasse vinha da Ceilândia, tinha uns caminhão que trazia o povo e até galinha e porco. Era assim que a gente fazia”. (José)

Durante a gestação de Ana, José trabalhava fora e Maria ficava com a sogra cuidando das crianças e da casa. Logo eles construíram um barraco ao lado da casa dos pais de José. Inicialmente eles tinham uma cama, um fogão e uma geladeira, a energia era captada por meio de ligação clandestina dos poucos postes de iluminação que havia nos terrenos acima. Muitas vezes, Maria ao ir às consultas de pré-natal na Ceilândia trazia a feira do mês que sua mãe comprava para ajudá-los. No último mês da gravidez, ficou trinta dias na casa de sua casa mãe e seu parto foi realizado no HRT, outra cesariana. Ana foi a filha que menos adoeceu e foi amamentada até os cinco anos de vida.

“Como na gravidez da Ana eu quase não passei raiva, era só saudade da minha família mesmo, ela não me deu trabalho, até o parto foi mais fácil. Era azeda como um limão e mamou até cinco anos, acredita?! Acho que também porque foi criada aqui na Vila que era que nem roça, não tinha frescura”. (Maria)

A adolescência dos filhos mais velhos foi marcada pelas idas e vindas da escola e as longas caminhadas até a parada. Estudavam na Ceilândia e utilizavam o transporte público, na época passavam por debaixo da roleta para não pagarem a passagem, pois caso a família tivesse essa despesa a mais não seria possível mantê-los na escola. Possuíam apenas uma camisa de uniforme que lavavam todos os dias, se alimentavam na escola com o lanche que era distribuído por lá.

Carlos começou a trabalhar muito cedo nas obras de construção de casas para ajudar os pais e saiu da escola. Sua mãe destaca que apesar de sair com frequência com os amigos e namoradas, ele nunca levou mulher para dentro de casa, sempre foi um filho amoroso e ajudava nas despesas. Aos 19 anos se relacionou com Helena, cuidadora de sua vó. Mas não tiveram um relacionamento sólido e resolveram romper o namoro mesmo com a gravidez.

“Carlos era um menino ainda, saiu da escola e trabalhava para ajudar em casa. Se envolveu com a Helena, ela que cuidava da dona Joana sabe, a mãe do José. Era uma pessoa boa, mas não tinha onde cair morta também. Eu não ia deixar minha neta

nem com ela e nem com ele. Mesmo morando dentro de casa ele só registrou, porque pai e mãe mesmo é eu e o José. Desde novinha ela me chama de mãe. E também perdeu a mãe muito cedo, Helena tinha aquela anemia no sangue e morreu nova. E o Carlos não tinha estrutura de pai [...] Ela (Letícia) é nossa caçula hoje e me ajuda muito em casa, sem falar que é estudiosa”. (Maria)

Raquel por sua vez, abandonou a escola quando saiu de casa para morar na Ceilândia com Eduardo, seu atual companheiro. Com apenas quatorze anos mentiu para a família afirmando que estava grávida na intenção dos pais não a proibirem. Já Ana, casou aos 16 anos quando engravidou de seu vizinho Paulo e desde então mora no mesmo lote que os pais.

“A Raquel sempre foi do mundo, sempre correu atrás e brigou por quem ela amava. Arrumava confusão direto na escola porque era muito nervosa. Eu sabia que ela não ia ficar em casa muito tempo, e quando o Eduardo apareceu (...) Ela queria ter o canto dela, a vida dela. Mentiu que estava grávida porque o pai não ia deixar ela sair assim de casa tão nova. E é assim até hoje, passe o que passar ela sempre está bem, não me trás preocupação nenhuma. Mas eu sei que ela já sofreu muito nessa vida”. (Maria)

“Eu estava descobrindo o mundo, ia muito para a casa da minha tia na Ceilândia. E o Paulo foi meu primeiro namorado sério, eu gostava dele mesmo sabendo do problema dele com bebida. O que eu queria mesmo era sair, passear, ele me dava presentes e era carinhoso. Então me entreguei para ele e minha mãe nunca tinha conversado comigo sobre essas coisas, então peguei barriga rapidinho”. (Ana)

Atualmente, Carlos ainda reside em Águas Lindas de Goiás pelo Programa Minha Casa Minha Vida, num bairro próximo a Vila Esperança. É casado, possui três filhos e não contribui com as despesas da casa da mãe, mas também não pede ajuda aos pais para sustentar a sua família. Raquel reside em Senador Canedo, bairro de Goiânia e mora de aluguel com o marido e os três filhos. Sempre que pode envia alguma ajuda para a mãe.

Maria e José permaneceram por vinte e oito anos na Vila Esperança no barraco construído no lote dos pais de José. E com os recursos da sua parte na herança de família, há dois anos comprou sua primeira casa própria, onde vive hoje com sua família ainda na Vila.

## 5. A FAMÍLIA E OS CUIDADOS EM SAÚDE: SUAS PRÁTICAS E ESTRÉGIAS

É por meio da família que se tem o primeiro contato com o mundo exterior. A partir das suas próprias imagens, contatos e linguagens é possível dar sentido ao que se vive. Cada elemento é construído conforme o acesso que se tem, a forma como é reproduzida as histórias e também ao contexto cultural no qual se insere<sup>26</sup>. Neste sentido, as vivências em campo levantaram importantes indagações como, por exemplo, buscar o que de fato representa a instituição família para aquelas pessoas à luz de suas experiências. A respeito do conceito de família, os entrevistados afirmaram:

“Família? Família é tudo. São aqueles que você pode contar. Os netos, os pais, filhos, irmãos, até os amigos, tem amigo que ajuda mais do que quem é de sangue. A base da família é o casal, por isso não me separei porque os pais vão embora, os filhos e netos também, mas é meu marido que vai ficar comigo”. (Maria)

“Família é a minha vida, são as minhas filhas e o Paulo. [...] Eu sai da casa da minha mãe, apesar de morar aqui no mesmo lote. Fiquei independente depois da Manuela. É claro que meus pais e irmãos também são minha família. Mas acho que cada casal tem a sua”. (Ana)

Os laços adquiridos a partir do casamento também foram destacados nos depoimentos. Dessa forma, quando questionados sobre a importância e função do casamento e os respectivos papéis do homem e da mulher, do pai e da mãe, relataram:

“O José nem sempre foi tão bom assim, que nem já falei né, teve a época da bebedeira e das traições, é claro que já pensei em abandonar tudo e sair no mundo, mas pelos meninos eu não podia criar eles sem pai. E outra coisa, eu sai da casa dos meus pais para ter a minha família, para viver com ele e vai ser assim até o fim, o casal tem que crescer junto, não é por qualquer motivo que vai separar, e a mulher quando separa parece que quer ser novinha de novo e fica falada pelo povo. [...] O homem tem que colocar comida na mesa e pagar as contas de casa e como pai também [...] Agora, cuidar dos filhos que nem a mãe ninguém cuida, Deus quis assim, a mulher que

cuida da casa e dos filhos. O pai é mais para dar exemplo e corrigir”. (Maria)

“Não me arrependo de ter casado com o Paulo, eu já sabia do problema dele e não achava que isso ia atrapalhar nossa vida. A Mariana que detesta quando o pai bebe, bate nele e tudo (risos). [...] Eu me arrependo é de não ter estudado mais, podia ter feito uma faculdade, ganhar mais hoje e ser exemplo para as meninas. Ele foi meu primeiro namorado, meu primeiro tudo e já vivemos muita coisa até aqui. [...] O homem tem que ser trabalhador, colocar dinheiro em casa e corrigir os filhos. E para mim o Paulo é muito bom, é meu banco (risos), eu só queria que ele parasse de beber, mas ele não é murrinha, nem pegajoso e não deixa faltar nada para as meninas, é um bom pai, é apaixonado por elas. [...] E eu que cuido quando adocece, a alimentação o Paulo é quem cuida e se preocupa mais, mas eu que dou as roupas e levo para sair. Eu trabalho fora, mas quem paga as contas é ele”. (Ana)

Desse modo, a família é constituída pelos indivíduos que se relacionam diariamente, nos momentos de angústias e alegrias, e possuem laços, não necessariamente consanguíneos, mas de compadrio e solidariedade. O casamento, por sua vez, torna-se a base da família, principalmente para as mulheres. Assim, a relação homem e mulher, tanto dos pais quanto dos filhos se deram pela necessidade de sair de casa, pelo início das atividades sexuais e chegada dos primeiros filhos. Cabe destacar, que o pai é visto como o provedor do sustento da casa e da disciplina dos filhos, e a mãe como cuidadora, que busca sua independência no sentido de garantir lazer e conforto para si e seus filhos.

Nas camadas populares urbanas a união de casais ocorre no início da vida sexual. As mulheres geralmente têm receio quanto ao matrimônio formal e oficial, já que não querem abrir mão de sua independência e da possibilidade de trocar constantemente de parceiros e laços conjugais<sup>27</sup>. No entanto, percebe-se que realmente o casamento de Maria e José e de Ana e Paulo se concretizaram com o início da vida sexual das mulheres, porém, em ambos os casos elas não demonstraram a intenção de ter outros parceiros ao longo de suas vidas e sim se empenharam em manter uma relação apesar das diferenças e dificuldades vivenciadas e compartilhadas. Apesar dos sofrimentos advindos da relação entre o casal, essas mulheres se submeteram e mantiveram-no como um valor caro e que significava a independência do núcleo familiar dos pais.

Para os sistemas sociais e culturais de países desenvolvidos as famílias que têm muitos filhos representam a consequência da falta de planejamento familiar. No entanto, cada sistema possui e compartilha valores conforme o contexto em que vivem. Neste sentido, conhecer a dimensão e o significado dos filhos de determinada realidade pode fornecer importantes informações a respeito do ser e viver<sup>27</sup>.

Assim, sobre a importância de se ter filhos e as expectativas dos pais a respeito do futuro deles, destacaram:

“Os filhos são tudo que tenho na vida. Não arrependo, eu sofri demais, mas valeu a pena viu?! Quando vejo eles hoje tudo criado, os meus netos, só tenho a agradecer a Deus. Eles não me dão trabalho. [...] Eu nunca tive preferência de sexo, menina tem que cuidar mais, porque engravida, sofre mais, mas homem também tem que trabalhar para cuidar da família, só que é mais do mundo. Hoje eu falo que o ideal é ter no máximo dois, porque o mundo está terrível, é muita violência, não é pelo gasto não, porque tendo saúde você trabalha. [...] Eu espero que meus filhos sejam tementes a Deus, que tenham saúde, trabalhem e continuem cuidando da família deles”. (Maria)

“Minhas filhas são as minhas joias, só quem tem para saber, é um pedaço de mim, é a continuação da nossa família. [...] É o maior amor do mundo. A gente ama, a gente cuida, mas tem que corrigir também. [...] Agora se você pode ter dois, tenha só um, independente do sexo, porque não podemos pagar tudo o que o mundo oferece para eles. [...] Eu queria ver minhas filhas no futuro estudando trabalhando e com saúde, com as famílias delas, perto de mim. [...] Tenho muito medo de morrer e deixar elas só, quero ver elas tendo a vida delas.” (Ana)

A mulher aparece como figura central, em contextos populares, nas tomadas de decisão e organização do lar e não definem a quantidade ideal de filhos, já que conscientemente reconhecem a possibilidade de perder alguns deles, mas ao mesmo tempo, querem garantir sua descendência familiar. Assim, apesar das dificuldades não idealizam ter apenas um único filho. O controle de natalidade não é uma prática comum, não por falta de informação, e sim por um princípio de planejamento familiar, que ocorre de acordo com a racionalidade do que é a família, qual deve ser o seu tamanho, qual o padrão de união do casal e se há preferência do sexo dos filhos<sup>27</sup>.

A partir dos relatos percebe-se que para Maria e Ana a chegada dos filhos concretizou oficialmente o casamento com seus companheiros. Além disso, representam a continuação da família e o aprofundamento de laços de afeto e cuidado. Porém, elas deixam claro que a criação dos filhos é difícil e apresenta uma série de desafios, seja dentro de casa e também pela influência do mundo exterior. Chama atenção o fato de Maria não planejar o futuro dos filhos a partir de um olhar econômico, mas sim de ter saúde para poder trabalhar. Por sua vez, Ana, sim vincula o fato de ter filhos com condições de ofertar essa condição econômica.

São perspectivas transformadas, Corossacz<sup>28</sup> em seu estudo em um hospital público no Rio de Janeiro sobre a relação de classe entre médicos e pacientes, discute como essas duas perspectivas distintas de raça e classe tomam formas nos corpos, nas concepções sobre ter filhos em modalidades históricas específicas. Nesse estudo, para as mães das classes populares, há um planejamento futuro marcado pelo investimento afetivo e econômico representado pela presença de muitos filhos. Também, ter filhos é definidor da identidade de gênero, não se é plenamente homem ou mulher se não se é pai ou mãe. Por outro lado, para as mães médicas, das classes médias e altas, ter filhos é um planejamento controlado, que se relaciona a um *status social* de ter poucos filhos e devendo tê-los ao que é permitido sustentá-los. Não há a perspectiva de que os filhos terão saúde para trabalhar, mas, sim a perspectiva de que os pais terem condições financeiras de sustentá-los.

Sendo assim, Ana apresenta essa mudança com relação a sua mãe e não considera os filhos como problemas, mas também não acredita que as famílias devam ter muitos filhos. Esse pensamento pode ser reflexo do discurso e de políticas para controle de natalidade amplamente difundidos nos dias de hoje e da ampliação dos direitos e autonomia das mulheres sobre os seus corpos, conquistados nos últimos anos. E, também, do trânsito de valores entre classes sociais, da vida de uma mulher trabalhadora em contexto urbano que restringe a criação de laços sociais, os quais são elos importantes na maternidade, tendo em vista a restrição de recursos e políticas públicas.

Ainda a respeito das expectativas quanto ao futuro, abordou-se o tema velhice e felicidade. Nesta perspectiva, quando questionados se eram felizes e se tinham medo de envelhecer, afirmaram:

“É eu sou feliz, pois tenho o amor de Deus e a minha família. Olha aqui, até uma casa eu tenho, sempre foi um sonho. Para melhorar eu só queria voltar a trabalhar fora. [...] Não tenho medo de envelhecer, só não quero ficar dependendo dos outros. Quero continuar tomando meu banho, fazendo minha comida e cuidando do José e da minha casa. Eu até queria morar perto dos meus filhos, mas de jeito nenhum dentro da casa deles”. (Maria)

“Sim eu sou feliz, apesar dos problemas que enfrentamos sabe, não tem coisa melhor do que chegar em casa depois de um dia cansado e ver minhas filhas e o Paulo com saúde, me esperando para jantar no nosso barraco, que é simples, mas é limpinho. Eu queria poder estudar e melhorar minha condição e a dos meus pais, mas acho que o tempo está passando para mim. Que horas que eu vou estudar? Não vou trabalhar fora, estudar a noite e ver minhas filhas jogadas. Agora é hora de investir nelas. [...] Eu tenho medo de envelhecer, de ficar pelancuda (risos), brincadeira, agora falando sério, não queria ficar só, posso até ficar velha, mas não só. A Mariana e Manuela vão ter que me ajudar sim, olha o tanto que me mato por elas! Mas também não quero ser um peso, não quero atrapalhar elas”. (Ana)

Para camponeses de camadas populares ter filhos significa manter e perpetuar a família, além da possibilidade de aumentar a fonte de trabalho em casa, de renda para a família, do fortalecimento da rede de apoio e solidariedade e do auxílio aos pais na velhice. As mães, em especial, consideram os filhos como investimento a longo prazo, que vieram ao mundo pela vontade de Deus, que representam laços e redes e também a independência dos companheiros na velhice<sup>27</sup>. Esses valores, no mundo contemporâneo, transitam e se entrelaçam a outros construídos a partir da perspectiva de uma classe trabalhadora em contexto urbano.

Assim, para essas mulheres, a família é considerada um presente divino e a recompensa diária pela vida, não representa apenas um investimento com espera de retorno financeiro, mas também a satisfação pessoal em ver os filhos e netos tendo a possibilidade de uma vida com melhores condições. Apesar de visualizarem em seus filhos uma rede social de apoio e cuidados, os entrevistados anseiam o bem estar deles no futuro a certa distância, ou seja, prezam pela manutenção do casamento, da relação homem e mulher.

É com seus parceiros que pretendem morar e compartilhar a velhice. Sociabilidades, alianças e uma rede de solidariedade são mantidas nessa troca, entre o cuidar, hoje, e ser cuidado, amanhã. De acordo com Mauss<sup>29</sup>, as relações que mantêm o dar, receber e retribuir são marcadas pela espontaneidade e obrigatoriedade que relacionam pessoas. E neste caso, essas relações criam vínculos intergeracionais, por isso, o sentido de ter mais de um filho está ligado com essa rede de cuidado que se cria.

### 5.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: OS CAMINHOS PERCORRIDOS NA BUSCA POR CUIDADOS

A experiência da enfermidade revela como indivíduos e grupos sociais buscam meios e alternativas diversas quando lidam com o fenômeno da doença. A interpretação das pessoas com relação a uma experiência de enfermidade é construída a partir das formas com que receberam e adquiriram os saberes médicos no decorrer de suas vidas, esses saberes foram moldados de pessoa para pessoa e também de acordo com as situações biográficas determinantes deste sistema<sup>30</sup>.

O processo de escolha e decisão terapêutica, por parte da família, é diretamente influenciado pelas percepções do que ela entende ser saúde e doença. Portanto, identificar o olhar da família sobre a experiência de sentir-se saudável ou doente é fundamental para entender como ela se organiza, estrutura o cuidado e traça seus itinerários terapêuticos. Quanto ao conceito de saúde e doença, relataram:

“Saúde é você se sentir bem. É acordar, ter força de trabalhar e cuidar das suas coisas. Quando você está doente ou não consegue fazer suas obrigações ou faz com sofrimento”. (Maria)

“Saúde para mim é ter força de vida, é você se sentir bem e disposta para tudo. É se alimentar bem, ter um emprego, uma casa e uma família”. (Ana)

“Agora doença é não ter força, é sentir dor e ter que depender dos outros. É tudo de ruim. Quando a gente adocece é como se o corpo saísse da alma. E depende da doença também, tem aquelas que com remédio passa, quando você tem gripe, uma infecção, alguma coisa assim. Mas a doença da alma e do coração é só por Deus mesmo, essa você perde a vontade de viver e acha que está morrendo”. (Maria)

“Doença é no corpo, aquele mal estar, sensação ruim de não querer nem levantar da cama. A gente adoece quando alguma coisa não está bem, se não se alimenta direito, se pegou um vírus ou bactéria de alguém na rua, no ônibus, na escola. Agora tem também essas doenças de sentimento, de coração, da mente né! Que nem a minha mãe com a depressão. Fora as outras de hoje em dia, que é ansiedade, bipolar, essas coisas. Esse tipo de doença vem quando a pessoa deixa a tristeza tomar de conta. Mas a vida não é fácil mesmo, tem que levar sorrindo, se eu for me queixar de tudo que eu não tenho e porque sofro mais do que as outras pessoas eu nem levanto da cama, então tem que desencanar”. (Ana)

Desse modo, entende-se que a saúde está associada à força e a capacidade de trabalho e de manter as obrigações diárias. Ao mesmo tempo, compreende dimensões mais amplas como bem estar físico, material e de oportunidades, como por exemplo, ter boas condições de vida, de trabalho, habitação, lazer e bom relacionamento com a família e amigos.

A doença, por conseguinte, está relacionada à sensação de dor, sofrimento físico, mental e espiritual. Sendo que cada tipo de doença desencadeia uma abordagem diferente, uma interpretação e tratamento, a depender da análise das possíveis causas e capacidade de resolução. Por exemplo, ao discorrer sobre os tipos de doença a terapia popular foi citada como solução para problemas específicos como o “quebranto” “mal olhado” e “espinhela caída”. Assim, relataram:

“Agora tem doenças que vem de fora para dentro, mas não se cura com remédio desses de farmácia e nem com os que com o cuidado que a gente tem em casa. Essas doenças vem dos olhos e do coração dos outros, que as vezes não querem mas faz mal sabe, principalmente para criança que não tem fé ainda para repreender e se defender. Que nem quando a criança tem “quebranto”, ela fica molinha, com diarreia e não dorme direito. Quando você ganha neném não é bom ficar recebendo qualquer pessoa em casa e nem os da própria família pode ficar admirando demais. O mal olhado também, a pessoa fica triste, se sentindo mal, como se tivesse um peso nas costas. Nesses casos só benzendo mesmo com ramos de folhas. Essas pessoas tem o dom de orar e curar esse tipo de doença”. (Maria)

“Eu mesmo já levei a Manuela para benzer com um mês de vida, se o cocô está verde, ficar mole e não engordar já sei que é “quebranto” ou “mal olhado” [...]. A gente sabe pelo olhar

também. É diferente de quando está com virose ou alguma coisa assim”. (Ana)

“Aqui quem benze é o seu Antônio ou a mulher dele. Mas já teve muito mais, tinha a Dute e a dona Alzira que mexia com raiz e fazia as garrafadas também, era muito bom. Ninguém sofria com essas doenças de útero porque era tiro e queda. Mas esses mais antigos já morreram e hoje em dia essa juventude quer saber mais é de ir no hospital, qualquer coisa já se desespera”. (Maria)

Os terapeutas populares atuam a partir de contextos localizados/populares onde compartilham conhecimento, aprendem determinadas práticas, são pessoas que preservam o conhecimento a respeito dos cuidados para com o corpo, mente e espírito; constroem e manipulam práticas e estratégias; e também manejam plantas, chás e remédios caseiros. Geralmente, são respeitados pelas comunidades onde atuam e carregam consigo valores culturais de gerações passadas que vão se adequando às tendências presentes e futuras. Uma das principais características dos atendimentos realizados por eles é a escuta ativa e aproximação com a realidade daqueles que os procuram<sup>31</sup>.

O desenvolvimento e consolidação da ciência moderna, da biomedicina e da indústria farmacêutica se tornaram as bases consideradas legítimas de conhecimento, evidenciando a figura do médico como central no cuidado. Neste sentido, com o passar dos anos ocorreu um processo de desqualificação do conhecimento popular, sendo que a atuação de terapeutas populares passou a ser questionada até os dias de hoje, o que reduziu a continuidade e formação de novos terapeutas. Ainda assim, mesmo que em menor quantidade, esses sujeitos ainda estão inseridos nas comunidades, são mediadores e reconhecidos pela população<sup>31</sup>. No caso da Vila onde Maria e Ana vivem, essas figuras ainda são centrais.

Retomando, de maneira geral, considera-se que a saúde e doença estão diretamente relacionadas à força e ao trabalho. Ao estudar as relações entre as diversas práticas terapêuticas no município de Nova Iguaçu e no bairro de Santa Rita, do Rio de Janeiro, Loyola<sup>32</sup>, identificou que para muitos moradores dessas comunidades os conceitos de saúde e doença estavam relacionados à capacidade de trabalho. Assim a falta de apetite, as dores e principalmente a impossibilidade de trabalhar eram os sintomas iniciais da doença.

Com relação às emoções que permitem ou levam ao estado de saúde, podemos considerar que estão associadas de alguma forma ao equilíbrio do universo social dessas pessoas. Por exemplo, quando essas mulheres afirmam que ter saúde é quando se tem um trabalho, quando se tem um bom relacionamento com amigos e familiares e melhores condições de vida, determinados sentimentos ou emoções dominam a pessoa.

A definição do conceito de saúde e doença possibilita identificar com maior clareza como são conduzidos os itinerários terapêuticos da família, que nesta pesquisa, são compreendidos como resultados de uma série de acontecimentos que formam uma unidade. Esta unidade se torna articulada quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição<sup>33</sup>. Ou seja, os itinerários refletem a prática de escolher alternativas para o enfrentamento da doença que são diversas e não se excluem. Essas alternativas construídas pelos indivíduos vão de acordo com suas experiências, capacidades e histórias de vida<sup>34</sup>.

Neste sentido, sobre os caminhos percorridos na busca por cuidados em saúde, observou-se que primeiramente aquele que está em desordem ou doente faz uma avaliação pessoal de que não está bem e precisa de ajuda, nesta mesma fase, as pessoas mais próximas de sua família também fazem essa avaliação. Assim, após o reconhecimento de que algo não está dentro da normalidade e dependendo da gravidade dos sintomas, os itinerários terapêuticos são traçados:

“Logo eu vejo quando alguém aqui não está bem. Começa com uma moleza, ou uma febre, ficar sem apetite, dor de barriga ou vômito. A gente vai observando e tentando descobrir o que foi, se foi friagem que pegou, alguma coisa que comeu”. (Maria)

“Quando as meninas adoecem eu conheço até pelo olhar, quando estão murchinhas, olhinho baixo. Minha mãe que fica com elas mais tempo repara logo, repara também e me ajuda a tentar achar o que fez mal. [...] Agora o Paulo adoce mais por causa da bebida, fora isso é raro, mas quando pega uma gripe já parece que vai morrer (risos), eu sou mais forte porque as meninas precisam de mim, não posso ficar deitada e sem trabalhar esperando o tempo curar, quem me dera”. (Ana)

Ao identificar um problema, avalia-se qual a capacidade de resolução dentro do seio familiar. Desse modo, buscam o cuidado e auxílio conforme a experiência de cada integrante. Ocorre um processo coletivo de construção do cuidado baseado nos saberes e experiências de cada um, sendo que geralmente a figura da mulher e da mãe aparece como principal articuladora das ideias e decisões. Em estudo semelhante, encontraram-se os mesmos resultados, as mulheres eram consideradas como “médicos da família”, pois reconheciam os sintomas, faziam as orientações e encaminhavam para os cuidados médicos quando necessário<sup>32</sup>. Essas mulheres se fazem como cuidadoras atentas aos corpos, sentidos e emoções das pessoas que estão a sua volta. Elas acompanham o desenvolvimento dessas pessoas, o ciclo da vida e das corporalidades, assim, conhecem o choro, o cheiro e cor do cocô, do hálito, da pele. Desse modo, determinadas alterações sinalizam a necessidade de cuidado. Assim, relataram:

“Eu que cuido de todos aqui, pelo menos nessa parte. Eu já sei o que cada um tem desde pequeno e desde que casei com o José. Os meninos sempre tiveram problemas respiratórios e alergia, então quando é isso eu já sei. O José por causa da perna dele também tem as dores na coluna e eu também já sei tratar. Meu problema maior é a anemia e eu sei também quando ela está atacada”. (Maria)

“A Maria que cuida quando nós adoecemos. Mulher tem mais jeito e paciência. Eu não aguento ver menino chorando e sofrendo. Eu ajudo no que posso, comprando alguma coisa e ajudando ela em casa, mas cuidar mesmo é com ela”. (José)

A partir da relação de confiança estabelecida, a família compartilha e reproduz as práticas e cuidados vivenciados com seus vizinhos, com pais e avós de gerações anteriores. Neste sentido, os primeiros cuidados acontecem em casa, com a administração de chás e remédios caseiros. A família se organiza para desenvolver um tratamento que possa ser administrado e moldado conforme seus recursos e a rotina da casa:

“Quando eu vejo que eu sei qual é o problema e como tratar eu trato em casa. E outra, não é bom ficar indo em hospital por qualquer coisa e nem ficar tomando remédio de farmácia. Eu dou um chá, faço uma melado, uma compressa. Eu fui criada assim, era assim que minha mãe fazia e tô aqui vivinha. [...] Eu

acho que essas crianças de hoje em dia tem esse tanto de doença do leite, de refluxo, porque os pais não quiseram mais se cuidar em casa, tudo é médico e remédio de farmácia”. (Maria)

“Agora eu tenho plano de saúde, mas não cobre nem o Paulo e nem as meninas. Mas mesmo assim eu quase não uso, é só para fazer uma consulta aqui outra ali. Nem se eles tivessem plano, hoje em dia público e particular é difícil. Você vai para hospital é para ficar mais doente, o médico nem olha na sua cara, passa remédio e nem te explica, nem sabe se você pode comprar e te manda embora. Então eu trato é em casa mesmo, com um chazinho, um remedinho caseiro”. (Ana)

Os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, suas ações são baseadas nos diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão adquirindo de acordo com os processos históricos de cada cultura e sociedade<sup>33</sup>. Assim, cada etapa e processo de escolha terapêutica na construção dos itinerários são estabelecidos na intenção de solucionar o problema e, caso não seja resolvido, novas possibilidades são acionadas por meio das preferências e experiências anteriores.

Conforme as falas, a família valoriza sua autonomia para a resolução de seus problemas, buscam soluções em casa e evitam utilizar outras terapêuticas quando consideram não haver necessidade. Neste sentido, quando as alternativas de casa não são suficientes, eles recorrem, por exemplo, aos medicamentos prescritos por farmacêuticos. Durante os relatos, afirmaram fazer o uso de medicamentos sem a prescrição médica. Eles procuram as farmácias, em especial a do Seu José, que representa também uma espécie de terapeuta, já que a família busca orientações e confia nas prescrições realizadas por ele:

“Se tratar em casa e não sarar eu procuro a farmácia do Seu José. Ele é amigo nosso antigo, sempre ajudou todo mundo aqui na Vila. Ele vende os remédios sem receita e ainda deixa pagar depois se você estiver apertado. [...] Gosto dele porque já sabe o que todo mundo aqui em casa tem e pergunta tudo antes de passar um remédio, ele se importa sabe e quer que a gente melhore, não fica vendendo remédio só para ganhar dinheiro. E outra, se eu for para o hospital o médico vai me passar remédio de todo jeito e como ele nem me conhece não vai resolver, o José já sabe que o que eu posso e não posso

tomar e qual o remédio melhor dependendo do que eu tenho”.  
(Maria)

“Quando preciso de algum remédio para mim ou para as meninas eu corro no Seu José, não gosto de dar remédio industrializado sempre, mas quando não resolvo em casa não tem o que fazer. E ele já é acostumado, já sabe o que as meninas podem tomar”. (Ana)

“Seu José é gente boa. Já quebrou muito galho aqui da gente. Ele é mais do que um amigo, sempre que alguém aqui precisa a gente corro lá”. (José)

Figura central na Vila, antes de manipular os medicamentos, Seu José, é amigo não só da família de Maria, mas da comunidade onde atua. Ele tem conhecimento a respeito do histórico das famílias, das principais doenças que os acometem e dos procedimentos que devem ser realizados com base em experiências anteriores. Seu trabalho é pautado na escuta e no contato com o indivíduo, desde o olhar até a disponibilidade em se deslocar ao local onde a pessoa se encontra.

Apesar de não ser um farmacêutico oficial, já que não possui formação acadêmica, Seu José pode ser considerado um “farmacêutico prático”, o qual inicia sua carreira comercializando medicamentos, mas que, ao longo do tempo, passa a dominar um conhecimento sobre o uso, posologia, contraindicações e efeitos colaterais de medicamentos industrializados<sup>35</sup>. E também pode ser definido como farmacêutico popular, pois seus sistemas classificatórios sobre o corpo, doença e medicamentos se encaixam nos sistemas culturais populares.

Ele atua no âmbito do que Ibáñez-Nóvion<sup>36</sup> definiu como “farmacologia de superposição”, isto é, caracteriza-se por um conhecimento empírico de drogas preparadas através de uma tecnologia complexa. Portanto, lida com os remédios da farmácia que acabam por se tornarem tradicionais ou populares, pois sua divulgação passa a submetê-los a esquemas classificatórios e interpretações da sua destinação médica compatível com o conhecimento tradicional/popular.

Um fato que chama atenção e já foi mencionado anteriormente é que algumas terapêuticas populares deixaram de ser praticadas ou reduziram drasticamente e, conseqüentemente, deixaram de ser repassadas. Essa diminuição transparece no fim das atividades de parteiras e de muitas benzedoras/benedores e

raizeiras/raizeiros. Ao que tudo indica um elemento importante que promoveu a diminuição dessas práticas foi o aumento do número de fiéis protestantes, pois é sabido que essa religião não aceita tais práticas terapêuticas de cunho religioso como as de benzedadeiras. No caso das parteiras, outros estudos mostram que, com a presença dos serviços médicos oficiais de saúde, esses ofícios foram reprimidos<sup>37</sup>.

Os resultados encontrados nas pesquisas de Ferreira e Santo<sup>38</sup> apontaram que as mulheres experientes procuravam mais os recursos terapêuticos diversos e os homens, quando se deparavam com a doença, optavam pelos recursos biomédicos. Quando os sintomas surgiam, em casos de problemas de saúde mais simples, os primeiros recursos utilizados eram a automedicação e os remédios caseiros. Porém, quando os problemas eram considerados mais graves e reduzia a força de trabalho, a população procurava atendimento médico nos serviços de saúde, geralmente nas emergências. Semelhante ao estudo das autoras é o que se percebe também ao observar as falas:

“Hospital aqui é matadouro, no daqui mesmo a gente nem vai mais. Quando em último caso, que é realmente grave a gente leva em Brazlândia ou na Ceilândia. E toda vez é uma dificuldade arrumar um carro para levar e ficar esperando horas para ser atendido. Sem falar que hoje os médicos nem pegam em você na consulta, tudo é virose. Só passa um remédio e pronto. Então eu prefiro ir direto no Seu José, que pelo menos me conhece, fala olho no olho e me explica direitinho como tomar e tratar com o remédio”. (Maria)

“Eu mesma só fui para hospital para ganhar as meninas. Acho que só se tiver morrendo eu vou ou levo elas. Eu já sei o que vão fazer, vão me fazer esperar por horas só para entregar uma receita. Sem falar do atendimento que é péssimo, não é só médico não. Desde a recepção até a saída é raro você achar alguém que seja se quer educado. Se você falar que é de Águas Lindas então te tratam com maior descaso”. (Ana)

Assim, em último caso, quando todas as alternativas já foram acionadas, a família estudada busca atendimento nos serviços oficiais de saúde. Ou seja, somente em casos de emergência solicitam o cuidado de médicos e outros profissionais. Tal situação é reforçada pelas limitações que enfrentam para acessarem esses espaços de saúde, pela carência de infraestrutura das instituições e principalmente pelo atendimento prestado por esses profissionais.

Cabe destacar que as intervenções religiosas perpassam por todo o processo de saúde-adoecimento e terapêutica da família de Maria. Os processos de cuidado acontecem simultaneamente em meio a influência religiosa, onde a fé em Deus e a oração são as principais práticas conduzidas para auxiliar no alcance da cura. Portanto, não existe uma etapa pontual em que as crenças religiosas são acionadas, elas fazem parte de todo percurso na busca por cuidados em saúde.

“Independente se for só uma gripe ou uma doença grave você tem que ter fé em Deus e crê que ele vai te curar. Porque você toma o remédio, o chá, mas é por meio de Deus que recebemos a cura. De nada adianta tomar e se tratar e pensar que não vai ser curado. Eu sempre tomei meus remédios e dei para o José e os meus filhos fazendo minhas orações, primeiramente Deus, depois o remédio e o médico”. (Maria)

“É tudo uma questão de fé. Não importa sua religião, você tem que acreditar, ter pensamento positivo. Se tomar um remédio e não confiar, não vai melhorar. Se for no médico e não confiar não vai melhorar. E da mesma forma se o médico não quiser te tratar de verdade e te passar qualquer coisa, você não vai melhorar mesmo que peça a Deus a cura. Tem que ter fé tanto quem cuida e o doente também”. (Ana)

Ainda, de acordo com o estudo realizado por Loyola<sup>32</sup>, as instituições religiosas eram procuradas pelas pessoas que as compreendiam como uma dentre as diversas práticas terapêuticas utilizadas no cuidado em saúde. Cada uma possuía sua própria tradição e concorriam entre si buscando atrair mais fiéis através da cura do corpo. Foram identificadas instituições católicas, evangélicas e espíritas atuantes nas comunidades. A descrição de Loyola<sup>32</sup> se assemelha com a Vila Esperança, quando relata que em Santa Rita, os recursos eram limitados, não se tinha equipamentos médicos oficiais e os moradores eram solidários com a vizinhança para lutarem juntos no combate às doenças. Os integrantes do bairro só procuravam especialistas em cura quando os recursos terapêuticos familiares já haviam sido utilizados e esgotados. O conhecimento médico familiar foi construído através de suas experiências e práticas como os conselhos de vizinhos, as receitas de remédios caseiros e tratamentos religiosos.

Por fim, observou-se que os itinerários terapêuticos traçados pela família de Maria consistem em: realizar cuidados em casa e seguir a orientação de amigos e familiares, preparar e utilizar chás e remédios caseiros. Depois, em alguns poucos

casos, buscar o auxílio de terapeutas populares, como benzedadeiras e raizeiras, a depender da classificação da doença. Assim como, acionar Seu José como um farmacêutico popular, para em seguida, buscar atendimento nos Centros de Saúde em Águas Lindas de Goiás e no DF e, em último caso, se dirigir aos hospitais de Ceilândia, Brazlândia e Goiânia.

Ao estudar os itinerários terapêuticos percebe-se que existem muitas possibilidades desde a automedicação, intervenção feita por terapeutas até o atendimento em serviços oficiais de saúde. Os conhecimentos informal, popular e profissional são utilizados a partir das explicações construídas culturalmente pelo indivíduo e seu grupo social. Portanto, torna-se um desafio identificar as influências do universo cultural sobre essas decisões e escolhas<sup>34</sup>. Assim, mais uma vez, deve-se considerar que os vínculos criados na família e entre as comunidades são relevantes e mediadores das decisões terapêuticas a cerca do cuidado<sup>39</sup>.

## 5.2 AS REDES DE APOIO E DE RELAÇÕES SOCIAIS

As escolhas individuais e coletivas são centrais no estudo dos cuidados em saúde. Assim como o apoio social, que auxilia o enfrentamento do adoecimento e é manejado no decorrer dos itinerários terapêuticos. A intensidade e densidade do apoio social e das redes permitem ampliar o olhar sobre os itinerários, suas diversas práticas e estratégias e ainda as influências e determinações sociais objetivas a partir das escolhas e experiências subjetivas<sup>40</sup>.

O cuidado é construído e moldado a partir da disponibilidade de recursos e da classe social de determinado grupo. Sendo que a mulher, em grande parte do Brasil, aparece como agente principal de cuidado. A família ao manipular o cuidado é auxiliada pela rede de relações sociais que a cerca, especialmente em contextos populares. Essa rede representa uma fonte de apoio e ajuda e que mobiliza recursos. As relações se dão em um contexto de reciprocidade, a família que necessita de um suporte, possivelmente retribuirá aos outros integrantes dessa rede em momento oportuno<sup>6</sup>. E a dádiva centrada no dom de dar-receber-retribuir faz circular pessoas, práticas de cuidado, medicamentos, informações, que relacionam pessoas e coletivos.

Uma rede é composta por pessoas e coletivos, sejam de instituições ou grupos, que se tornam fontes de apoio social. O apoio social, por sua vez, é

caracterizado pela oferta de informações e serviços que resultam em benefícios a quem está sendo direcionado e modifica o ambiente, as emoções e comportamentos contribuindo para um melhor quadro de saúde. As redes sociais informais são aquelas referentes diretamente aos indivíduos, onde a família é destacada como responsável principal pelos cuidados em saúde. Já as redes formais correspondem às instituições, organizações e o ao próprio Estado, que auxiliam no suporte à saúde por meio da atuação de diversos profissionais e do manejo de recursos tecnológicos e financeiros<sup>39</sup>.

Uma das experiências marcantes na vida de Maria, que bem reflete essa questão das redes e do apoio social, foi o período em que confirmaram o seu diagnóstico de depressão. Após dez anos fazendo tratamento para labirintite e anemia e sofrendo uma série de crises nervosas, Maria, enfim, recebeu o cuidado que precisava para ter uma melhora em seu quadro de saúde. Para isso foi preciso, além do cuidado de profissionais e serviços de saúde, o apoio e atenção da família e dos amigos mais próximos.

O casamento precoce, o sofrimento vivenciado ao cuidar dos filhos e a frustração com a instabilidade do trabalho são para Maria as principais causas que justificam seu comportamento nervoso e agitado. Suas crises eram cercadas de tontura, mal estar, dor no peito, cansaço e a sensação de “a alma sair do corpo”.

“Eu casei muito nova e tive filho muito cedo. Isso fez com que eu me sentisse mais nervosa por qualquer coisa, tudo era motivo de sofrimento. E eu tinha minha família, mas nunca a gente conversa sobre essas coisas, então nem eu mesma sabia o que estava acontecendo. [...] Só sei que foi muito difícil, quantas vezes pensei que estava morrendo, aquela sensação ruim, fraqueza, dor no peito parecendo que minha alma tava saindo do corpo mesmo”. (Maria)

Em 2014, Maria vivenciou sua crise mais severa, foi nesta vez que o diagnóstico de depressão foi então realizado. Durante duas semanas, ela não conseguia fazer os afazeres de casa, não se alimentava e não conseguia levantar da cama. Os filhos e companheiro desconfiavam que até pudesse ser dengue, mas descartaram por não haver sintomas como diarreia, febre e náuseas. Após esse período, Maria permaneceu por duas noites em claro, transpirando e sentindo fortes

dores no peito. Então, sua família decidiu levá-la ao hospital da cidade, já que haviam se esgotado as estratégias que poderiam ser realizadas em casa.

“Eu nunca tinha visto a mãe assim. Eu sabia que dessa vez não tinha o que fazer. Por mais que ela não quisesse, teria que internar para fazer exames e descobrir o que ela tinha. [...] Eu até pensei que podia ser a labirintite ou dengue, mas o que ela sentia era diferente. Vi a tristeza e desespero dela no olhar [...] É muito difícil ver a pessoa mais forte que cuida de todo mundo naquela situação. Dessa vez era ela quem precisava da gente. E eu também sou mãe, então tinha que fazer alguma coisa”.  
(Ana)

No hospital da cidade, o Bom Jesus, o médico plantonista indicou a realização de um ecocardiograma e radiografia dos pulmões. Suspeitava que ela pudesse estar com alguma alteração no coração. Maria passou a noite no hospital e tomou algumas medicações. No dia seguinte foram até uma clínica particular e realizaram os exames. Todos os filhos contribuíram com alguma quantia em dinheiro, assim como Seu José com parte de sua aposentadoria. O irmão de Maria emprestou o seu carro para que pudessem se deslocar enquanto precisassem.

Após avaliação dos exames o médico diagnosticou uma pneumonia, receitou medicamentos e orientou que se tratasse em casa. A família seguiu as recomendações, mas após três dias sem dormir novamente e sem contenção de sintomas resolveram buscar ajuda no hospital de Brazlândia. Ao realizar exames de sangue, dessa vez, o médico afirmou que o problema de Maria era menopausa e então receitou mais medicamentos e tratamento hormonal e descartou o quadro de pneumonia. Exausta, Maria chorava e pedia para que a levassem até a sua casa.

“Eu só me lembro de ser jogada de um lado para o outro, me furaram para fazer exame e nada. Todo remédio que eu tomei só aumentava a minha dor no peito. O que eu queria mesmo era morrer em casa. É verdade, eu pensei que não ia conseguir sair dessa. Me doía ver todo mundo ali tentando me ajudar, gastando sem poder, perdendo serviço. [...] Parece que a gente só adocece nas horas mais erradas”. (Maria)

Sem qualquer melhora em seu quadro, Raquel, resolveu pedir à sua família que levassem sua mãe para que os médicos de Goiânia pudessem fazer uma avaliação. Já que o serviço da região oferece atendimento integral e, de acordo com

ela, tem maior resolutividade dos problemas de saúde. Resolveram então ir à Goiânia ao invés de procurar atendimento nos hospitais do DF. Até porque, Raquel poderia acompanhar a mãe e cuidar dela, já que mora a poucos metros do Hospital.

“Eu de longe ficava com o coração apertado. Não sabia o que estava acontecendo, fiquei com medo de ser uma doença dessas muito grave. Eu pedi para o pai trazer ela que aqui eu dava um jeito. A Ana é mais lerda, eu não ia sossegar enquanto não resolvesse. Mesmo perdendo dia no salão eu ia deixar tudo para cuidar dela. O Eduardo que se virasse com os meninos. Minha mãe precisava de mim”. (Raquel)

“Naquela hora eu tremi na base. Já tinha dias sem dormir, eu sabia que minha nega não estava bem. Fiquei com medo de perder ela. Então a gente correu para Goiânia. Eu também já estava cansado, não aguentava mais. [...] Deixei ela lá com a Raquel e voltei para cuidar da Mariana e da Letícia porque a Ana precisava ir trabalhar”. (José)

Já em Goiânia, Maria repetiu uma série de exames e após uma semana de internação foi encaminhada ao psiquiatra, o diagnóstico era de depressão. Ao receber a notícia, Maria se desesperou e queria voltar para casa. Para ela, isso era doença de doido, tinha medo de ficar internada e não sair mais. Com a ajuda de uma equipe multidisciplinar, de seus familiares e com a utilização de medicamentos, percebeu uma melhora em seu quadro e aceitou o tratamento.

“Foi bem difícil no começo né?! Eu fiquei com vergonha. Mas porque diabos isso estava acontecendo comigo? Eu só queria sumir de perto de todo mundo. [...] Se não fosse o cuidado da minha família eu não estava hoje aqui. [...]”. (Maria)

Maria permaneceu em Goiânia por dois meses e participou de sessões de terapia. Após esse período, seu médico a liberou para retornar a sua casa, desde que uma vez por mês, ela voltasse para nova avaliação do quadro e dos medicamentos. Foram necessários oito meses para a adaptação ao tratamento medicamentoso e ajustes de dosagens. Assim, aos poucos o sono melhorou e a disposição para continuar sua rotina também.

Com o diagnóstico da depressão Maria voltou a participar dos cultos de uma igreja pentecostal que costumava frequentar com sua sogra. Em seu processo de conversão, casou-se oficialmente com seu José e virou membro da igreja. Para ela e

sua família, esse foi um passo fundamental para que organizasse seus sentimentos e melhorasse seu quadro de saúde.

“O mais difícil é saber que não tem cura. Só por Deus mesmo. Eu já tentei parar com os remédios, mas sei que não posso. Se parar volta tudo mais forte. Então eu vou levando a vida como Deus quer. Hoje eu tenho mais fé, essa enfermidade foi permissão de Deus na minha vida. Eu abri minha mente e coração, hoje sou uma serva do Senhor. Mesmo na luta eu sei que posso contar com Ele e com a minha família. E nada nesse mundo paga isso. No tempo certo, se for vontade de Deus, Ele me liberta. Eu creio que os remédios me ajudam, mas é Deus que cuida de mim”. (Maria)

O sofrimento social pode ser caracterizado como fragilidade ocasionada pela perda de objetos sociais como: trabalho, saúde, laços, vínculos, entre outros. Esse sofrimento se materializa na prática constituindo ambientes precários e com condições de vida cercadas pela falta de recursos e ainda desorganizadas interna e externamente. O medo e a perda de confiança também são consequência desse contexto e interferem diretamente na conduta e no estado de saúde dos indivíduos<sup>41</sup>.

Até o momento da coleta de dados, Maria continua o tratamento em Goiânia, agora a cada seis meses para avaliar as doses dos medicamentos. Retomou a sua rotina em casa e fala com frequência no desejo que tem de voltar a trabalhar fora, para ela será um importante passo para que supere seu problema e volte a contribuir com o pagamento das despesas da casa.

O cuidado em saúde também se estende do âmbito individual ao coletivo por meio de ações de solidariedade que fazem ampliar o cuidado para além do corpo biológico, englobando pessoas em sua totalidade e coletivos. Durante as entrevistas, dois casos foram destacados nos depoimentos: Maria e sua família receberam em sua casa o filho de uma vizinha que sofreu na época a perda da mãe. E recentemente, também acolheram um bebê, filho da sobrinha caçula de Maria, que estava presa com o seu companheiro.

Apesar dos recursos da família serem limitados, há uma relação de compadrio nas relações sociais entre amigos e familiares para além do cuidado de pai, mãe e filhos, dentro de casa. Nas situações em que pessoas próximas, não necessariamente do seio familiar necessitam de ajuda, sabem que podem recorrer a determinados indivíduos ou grupos. Neste sentido, os dramas e problemas diários

são compartilhados de forma aberta. A cada visita ou ligações telefônicas, as informações são compartilhadas e a rede é acionada.

No primeiro caso, Alan, uma criança de cinco anos havia acabado de perder a mãe e o seu tio, único familiar próximo constantemente agredia o sobrinho e não lhe dava assistência. A criança vivia na rua e sem qualquer proteção. Seu José recebia alguns amigos para jogar cartas e dominó e Alan costumava ficar aos arredores do lote para pedir comida e brincar com Carlos, os dois tinham praticamente a mesma idade. Então a família conversou com o seu tio e deu abrigo a Alan até os 16 anos quando se tornou pai e se casou.

Nesse período, se alimentava, ia para a escola e também tinha que cumprir suas obrigações em casa, ajudando Maria nos afazeres domésticos e seu José na manutenção da limpeza da chácara. Segundo eles, Alan foi uma criança tímida, mas sempre obediente. Não ficou muito tempo na escola, começou a trabalhar logo cedo como pintor e ajudante de pedreiro e ajudava nas despesas de casa. Até hoje pede a benção e os chama de pai e mãe quando se encontram na rua.

“Eu e o José pegamos o Alan bem cedo, ele não tinha ninguém porque o traste do tio dele não prestava, roubava e usava droga. O pai acho que nem a mãe sabia quem era, ela era uma pessoa boa, mas também usava coisa errada. Cansei de ver ele com fome, estava vendo a hora de começar a fazer o errado. Então, a gente pegou ele [...] Não vou dizer que foi fácil, já era difícil cuidar dos nossos, tive que colocar mais água no feijão várias vezes e deixar de comprar uma coisa aqui outra ali. Ele não tinha vida de luxo, mas como meus filhos tinha um teto e comida na mesa [...] Nessa vida a gente faz o que pode, hoje eu ajudo alguém aqui e depois recebemos de Deus a recompensa, depois da minha doença eu vi isso claramente”. (Maria)

O segundo caso aconteceu recentemente, a sobrinha de Maria que estava morando há alguns meses em bairro próximo a sua casa foi presa em flagrante. Ela e seu companheiro eram traficantes de droga da região e ambos eram reincidentes, há pouco tempo haviam cumprido pena por roubo e formação de quadrilha. Durante as entrevistas, conversei algumas vezes com Lídia, que agora em liberdade, buscou seu filho com Maria e sua filha que estava com outro familiar. Retomou a sua rotina e ainda está aguardando a saída de seu companheiro.

Lídia toda semana visitava sua tia e levava as crianças, Riquelme de dois anos e Samara de doze. Seu companheiro Gilberto também tinha um bom relacionamento com seu José. Assim que foram presos, Lídia pediu a sua tia que ficasse com Riquelme, por ele ser muito novo e pediu a sua mãe que ficasse com a filha mais velha. Mesmo cuidando da neta e de Ana, que já estava gestante, Maria atendeu ao pedido da sobrinha e ficou com Riquelme por seis meses, até Lídia receber liberdade provisória.

“O que eu podia fazer? Deixar o menino na rua? Eu sempre soube que eles mexiam com coisa errada, mas ela sempre lembrou de mim, me visitava e se eu precisasse do carro ou qualquer coisa, sabia que podia contar com eles. E quem sou eu para julgar. [...] Nos primeiros dias ele chorou muito, só queria dormir comigo na cama, minha sorte é que o José, apesar das ignorâncias é muito paciente com criança. A Ana comprava a massa dele e as fraldas no cartão dela, a Raquel me mandava um dinheiro para ajudar, até o Carlos quando fazia compra trazia alguma coisa”. (Maria)

Outra situação que pode ser destacada foi o momento em que os irmãos de José resolveram comprar uma casa para José e seu irmão, que também não tinha residência própria, antes de fazerem a divisão por igual da herança de família para cada irmão. José e sua família precisavam sair da chácara que era de seus pais para a venda do terreno e não tinham para onde ir. Mesmo com a ajuda dos filhos e irmãos, pagar um aluguel seria um peso para a família.

Os diferentes recursos podem ser escolhidos e utilizados de maneira complementar e essas escolhas são feitas de acordo com as situações e com as explicações culturalmente aceitas pelo grupo social. Para compreender essas decisões é preciso direcionar o olhar para o indivíduo na sua rede de contatos e de interação construída no seu cotidiano<sup>38</sup>. Assim, é necessário reconhecer a família como provedora de cuidado composta por sujeitos e agentes concretos que se relacionam e criam parcerias com redes de relações sociais e com a comunidade<sup>6</sup>.

## 6. O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A RELAÇÃO BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL – ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS

As práticas oficiais de saúde são ofertadas à população por meio de políticas, programas e são executadas principalmente dentro das principais instituições, como hospitais e centros de saúde, que interagem diretamente com os usuários. A lógica biomédica<sup>1</sup>, muitas vezes, é fundamentada na ideia de que as pessoas quando apresentam algum sintoma de doença e estão com a saúde comprometida devem procurar os serviços desempenhados por profissionais da saúde.

É importante destacar que esse sistema oficial desempenha sim papel fundamental, principalmente, nas sociedades ocidentais. Existe um discurso e uma configuração política que sustentam essa conformação e a própria sociedade se molda e adere a essas práticas. Porém, muitas vezes, esse sistema não busca identificar os caminhos percorridos pelo indivíduo antes de recorrerem os serviços oficiais de saúde e ainda não praticam a escuta e nem reconhecem o discurso dos usuários, apenas consideram e repassam o discurso biomédico. Também, desconsideram os conhecimentos e práticas de cuidado realizadas pelas pessoas.

Durante as entrevistas, os participantes se queixaram desses serviços e afirmaram não gostar de utilizá-los, sendo que os acionam apenas depois de esgotarem todas as tentativas de solucionarem seus problemas com outras terapêuticas. A respeito de suas experiências nesses serviços, relataram:

“[...] Aqui você não tem opção. Eu prefiro tratar em casa. Primeiro que se precisa de hospital tem que arrumar o carro com alguém ou então arriscar e ir de ônibus, mas se for sério mesmo não tem como ir de van nem de ônibus porque é longe. E depois nunca tem médico para atender. Por isso aqui em Águas Lindas mesmo a gente nem vai mais, procura logo em Brazlândia ou Ceilândia e torce para conseguir ser atendido”. (Maria)

“O Hospital Bom Jesus parece um açougue, não tem maca, não tem remédio, não tem médico, é uma coisa nojenta, o hospital é sujo e te tratam como se tudo fosse frescura, o

---

<sup>1</sup> A lógica biomédica advém da “medicina ocidental contemporânea”, entendida, nos termos de Camargo<sup>42</sup>, como baseada em uma doutrina médica da causalidade da doença e seu combate e que apresenta como terapêuticas centrais o uso de medicamentos, cirurgias e prevenções. Essa lógica biomédica está na prática médica, que simplifica processos de saúde-adoecimento complexos, os quais envolvem variáveis diversas, e na estruturação dos serviços de saúde públicos.

atendimento é péssimo, mal olham para a sua cara, falam que não tem o que fazer e mandam para Ceilândia ou Brazlândia".  
(Ana)

Após afirmarem que utilizam os serviços de saúde apenas nos casos graves, as entrevistadas discorreram sobre os motivos que as levam a ter esse comportamento. O principal problema apontado é a falta de profissionais da saúde e de instituições para atenderem toda a população. De acordo com elas, o maior constrangimento é ter que se deslocar para o DF, já que o transporte da cidade é limitado, e também pela distância de Águas Lindas para as outras cidades.

Elas reconhecem que para melhorar a saúde na comunidade e no município é preciso que se tenham mais hospitais, centros de saúde e profissionais da saúde, principalmente, médicos. E mesmo que essas medidas fossem tomadas para qualificar os serviços, outro problema seria a forma com que os profissionais da saúde atendem os usuários. E mais uma vez os médicos aparecem com destaque, já que esses profissionais não demonstram se preocupar de fato com os doentes.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro, os médicos não consideravam as representações que os indivíduos das classes populares tinham em relação ao corpo, à doença, às práticas de higiene e ainda buscavam reforçar que apenas a medicina científica poderia compreender e tratar as doenças<sup>32</sup>. Esse fenômeno ainda acontece justamente porque a formação dos profissionais da saúde não valoriza e não prepara o profissional para atuar e considerar as dimensões subjetivas que muitas vezes não é demonstrada pelo usuário de forma clara e de acordo com a racionalidade médica<sup>43</sup>.

Ao enfatizar a instituição família é importante que se considere principalmente as relações e não se reduza o olhar apenas aos corpos e indivíduos. O modelo biomédico contribui para uma percepção centrada na individualidade e objetividade quanto ao tratamento de corpos e das doenças, o que é predominante na formação de profissionais da saúde<sup>26</sup>.

Sobre a oferta de serviços, o município de Águas Lindas dispõe de apenas 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 16 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que fazem a cobertura de aproximadamente 30,35% da população<sup>44</sup>. Tal situação revela o estado de vulnerabilidade que essas pessoas se encontram, tendo em vista que, a Atenção Primária em Saúde (APS) representa papel central na rede de cuidados em saúde<sup>45,46,47</sup>. Assim, a inexistência de serviços que deveriam ser

desempenhados pela APS, de certa forma, desampara a comunidade por não receberem auxílio com relação ao esclarecimento de dúvidas, aos diagnósticos que poderiam ser realizados precocemente e a referência aos serviços de saúde quando necessário.

Com relação à média e alta complexidade, a cidade possui um único hospital, que não é capaz de atender as necessidades de toda a população. Neste sentido, muitos moradores se deslocam para o DF ou regiões metropolitanas de Goiás com o intuito de obterem a prestação de serviços de saúde.

Desse modo, é possível perceber que há uma fronteira entre a cidade formal, onde se trabalha e busca os serviços públicos, e a informal, onde se convive com os amigos, familiares e vizinhos<sup>48</sup>. Essa situação também revela a relação entre centro-periferia definida que desencadeia uma fragmentação espacial, social e de acesso aos serviços públicos e políticas públicas não só de saúde, mas também de educação, trabalho e segurança<sup>49</sup>.

A respeito da percepção dos integrantes da família sobre a relação entre Brasília, Distrito Federal e Águas Lindas de Goiás, afirmaram:

“[...] Desde o início sempre foi difícil. É ruim demais não ter uma escola boa para os filhos estudar, um hospital descente, até uma rua asfaltada. Agora já melhorou muito, mas ainda assim tem que mudar muita coisa ainda. No começo até pra ir pro colégio os meninos tinham que ir para a Ceilândia, passavam por debaixo da roleta e ficavam na casa da vó. Hoje minhas netas já estudam aqui, mas eu sei que o ensino é fraco, direto não tem aula por falta de água ou por não ter lanche”. (Maria)

“Eu gosto de morar aqui, é onde tenho meu pessoal [...] meus meninos foram criados aqui, mesmo a trancos e barrancos foi aqui que a gente sobreviveu. Agora, tem que melhorar muita coisa ainda, a maioria das coisas ainda tem que resolver no DF”. (José)

“Se não fosse meu emprego no DF eu nem ia trabalhar, aqui é tudo muito bagunçado, tira pela minha mãe que trabalhou a vida inteira para a prefeitura e está aí doente sem receber nenhum direito. [...] Só querem Águas Lindas para fazer propaganda política, nas eleições tanto daqui quanto do DF todo mundo que ajudar, mas na prática estamos abandonados, nem do DF e nem do GO, um fica empurrando para o outro e quem sofre é o pobre”. (Ana)

“Eu não tenho vontade de sair daqui, já me acostumei, mas não sei se esse é o melhor lugar para as meninas. Se quiserem mudar de vida vão ter que estudar muito para sair daqui. Não porque é ruim, mas porque é tudo muito difícil”. (Paulo)

A Vila Esperança surgiu a partir da luta de moradores, vindos principalmente da Ceilândia, que reivindicavam o direito à moradia e a casa própria. Como o local até pouco tempo era considerado irregular, a comunidade enfrentou dificuldades com relação à infraestrutura e ao acesso a serviços básicos de saúde. A cidade de Águas Lindas de Goiás ainda está em processo de expansão e recebendo cada vez mais novos habitantes.

Assim como a família estudada, outros moradores da Vila trabalham no DF lidam no dia-a-dia com o desgaste do percurso entre a cidade e as outras regiões e, mesmo aqueles que permanecem em suas casas, percorrem diferentes caminhos para levar os filhos para a escola, para ir ao mercado ou resolver os problemas diários. Eles reconhecem a necessidade de investimentos no local onde residem, já que não pensam em se mudar para outro bairro, pois é lá que fizeram amigos e construíram uma identidade. Essas pessoas estão inseridas em ambientes onde os recursos são limitados e as opções são precárias. Ainda assim, diante de tantas dificuldades, buscam o melhor para suas casas e famílias.

Ao estudar os cuidados em saúde da família de Maria, observou-se que os itinerários terapêuticos são traçados a partir da rede de relações sociais que se estabelecem entre vizinhos, amigos, familiares, terapeutas populares, farmacêuticos, instâncias religiosas e o sistema oficial de saúde, assim como, somente buscam os hospitais em casos de emergência. Portanto, ao optarem por utilizar os serviços de saúde em outras cidades, somente nessas circunstâncias, podem levantar questões importantes sobre a região do Entorno, que segundo Pires et. al.<sup>50</sup> sobrecarrega os serviços de saúde do DF e reduz a equidade quanto ao acesso.

A rede de relações sociais, o processo de escolha e decisão terapêutica e a dimensão social da saúde foram temas abordados nos estudos de Leite e Vasconcellos<sup>51</sup>, Ferreira e Santo<sup>38</sup> e Gerhardt<sup>34</sup>, que alertam para a importância de se levar em consideração o contexto das comunidades para organização dos serviços e formulação de políticas públicas de saúde.

Neste sentido, o modelo das vivências e práticas de saúde atualizadas no cotidiano reproduzem que Douglas<sup>52</sup> definiu como “microcosmo”, o qual se conecta

com , um sistema mais amplo repleto de significados onde cada elemento se relaciona e compõe o “macrocosmo”. Esse se refere às políticas públicas, desigualdades sociais estruturantes assim como racismo e misoginia. Assim, essas práticas cotidianas encapsuladas no nível micro da vida social permitem compreender como as macro-relações estruturantes das políticas públicas de saúde existentes, no Brasil, alcançam a vida do cidadão em seu cotidiano.

O contexto em que está inserido o indivíduo é importante para compreender os processos de escolha, aderência e avaliação dos diferentes tratamentos, para isso é preciso considerar os recursos disponíveis quando se trata do cuidado em saúde das comunidades de baixa renda<sup>34</sup>. Os caminhos percorridos quando se busca o tratamento e a cura são influenciados por fatores simbólicos e também por aqueles de ordem socioeconômica. Portanto, é preciso dar importância às condições de acesso aos serviços de saúde e as características culturais dessas comunidades<sup>38</sup>.

As desigualdades sociais fazem parte das sociedades modernas, principalmente dos países menos desenvolvidos, onde as melhorias na qualidade de vida e das condições de saúde ainda são discretas. Ainda que o estado sanitário ocidental tenha apresentado melhores indicadores nas últimas décadas, as disparidades permanecem. Para se reverter esse quadro devem-se unir esforços e responsabilidades da sociedade e instituições, ou seja, não depende apenas da vontade própria de quem está inserido na pobreza<sup>53</sup>.

O estudo do contexto das diferentes comunidades brasileiras contribui para dimensionar as condições de saúde de determinada região. Por conseguinte, considera-se, para esta pesquisa, que os sujeitos investigados fazem parte de uma realidade que envolve ausências, precariedade, dificuldades e riscos de diferentes naturezas que perpassam o contexto da pobreza e vulnerabilidade social.

O fenômeno da pobreza é complexo e exige capacidade densa de interpretação e análise, sendo que a abordagem antropológica se destaca enquanto disciplina para desenvolver essas habilidades, pois permite o mergulho nos microcosmos da vida social. Desse modo, o estudo da pobreza em ambientes urbanos deve considerar as diversas dimensões socioculturais das cidades<sup>54</sup>. Na Saúde Coletiva, por sua vez, os estudos fazem essa análise especialmente por meio de indicadores. Assim, a definição de pobreza vai ao encontro das condições particulares verificadas no ambiente analisado. Ou seja, os indicadores são definidos

a partir da imagem localizada que a pobreza assume. No caso do Brasil, a intensa desigualdade na distribuição de renda é uma das principais causas da incidência de pobreza. Porém, até mesmo num mesmo país pode-se verificar uma diversidade de cenários diferentes e cada contexto definirá as condições e indicadores de pobreza<sup>55</sup>.

Por conseguinte, observam-se em regiões metropolitana desigualdades com relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde<sup>56,57</sup>. E a recorrência desse problema demonstra a necessidade de realização de pesquisas que visem minimizar tais situações. No caso do DF e seu entorno, poucos estudos discutem tais temáticas de saúde e acesso a políticas públicas, principalmente nos contextos de desigualdades, pobreza e vulnerabilidade social.

#### 6.10 ESTADO E A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): NA TRILHA DA DESIGUALDADE EM SAÚDE

Diante dos dados apresentados, onde se destaca a importância de se considerar o contexto e realidade das diferentes comunidades no Brasil, em especial daquelas com recursos limitados, assim como reconhecer a família como base provedora de cuidado para qualificar os serviços, entende-se que é preciso refletir sobre o papel de instâncias estatais e do SUS. Essas instâncias ocupam lugar central no processo de tomada de decisões e podem auxiliar a responder questões a respeito da relação entre o DF e seu entorno.

Neste sentido, alguns termos são essenciais para se destrinchar essa problemática como: ordem, poder, interesses, governo, processo político. Assim, o Estado representa a ordem social pública que se efetiva por meio de instituições, é conduzido por um governo que tem interesses, poder e faz parte do processo político, desde a formulação até a aprovação de leis, políticas, programas e projetos que partem da sociedade<sup>58</sup>. Cabe reforçar, que “o Estado é a única instância da sociedade que detém os instrumentos legítimos e competentes para redistribuir de forma efetiva as riquezas socialmente produzidas, dentre elas, a atenção a saúde como um direito de todos e dever do Estado”<sup>59</sup>.

Porém, o processo político é cercado de mecanismos que envolvem conflitos de interesses, entre aqueles que detêm mais poder e os resultados das tomadas de decisões, muitas vezes, não representam grupos e coletivos sociais das populações.

A figura do Estado reflete uma realidade social subordinada legitimada, onde por trás, existem pessoas, interesses e relações de poder, que muitas vezes, barram as tentativas de inserção nesta realidade. Portanto, não podemos considerar o Estado apenas como entidade ou objeto material de estudo, mas esse é plural, se compõem de várias instâncias e realidades<sup>60</sup>.

O Estado pode ser modificado conforme os grupos e as relações sociais estabelecidas nos processos políticos e deve refletir a cultura, hábitos e costumes da sociedade<sup>61</sup>. Assim, é necessário que esses espaços de decisão não estejam restritos apenas a órgãos e instituições específicas, já que o processo político não deve contar com a participação apenas do Estado e governo, ele parte primeiramente das demandas da sociedade, seja no âmbito das universidades, movimentos sociais, associações, entre outros.

O conhecimento está diretamente relacionado ao poder, ou seja, quanto mais conhecimento uma comunidade ou um grupo detém, mais poder exerce sobre outros indivíduos e coletivos. Desse modo, no âmbito das relações sociais alguns segmentos acabam se tornando subordinados a uma classe hegemônica. Por exemplo, a instituição médica, muitas vezes, têm maior destaque e respeito sobre outros setores da saúde, já que dispõe de um conhecimento institucionalizado e considerado relevante. Além de deter poder político em várias instâncias estatais. Neste sentido, o conhecimento popular e do senso comum ficam destinados às margens, sendo assim estigmatizados<sup>62</sup>.

O processo político envolve interesses de diferentes atores, e o que define o produto final de uma política é o poder que cada envolvido exerce sobre os demais<sup>63</sup>. O termo “política” e seus desdobramentos podem ser visualizados como algo restrito, tendo em vista que, geralmente, não faz parte das discussões do dia a dia da sociedade. Porém, cabe salientar que não se deve reduzir o conceito de política a ações das instituições do governo, seja no executivo, legislativo ou judiciário. Para além das instituições, as políticas são resultados da interação entre contextos, poderes, sujeitos e saberes<sup>61</sup>. E o sistema capitalista abarca interesses econômicos de agências que detém poder político decisório no âmbito do Estado.

As políticas podem ser definidas como as decisões tomadas por agentes responsáveis de determinado setor. As políticas públicas são aquelas chamadas “políticas de governo”<sup>63</sup>. As políticas sociais envolvem pilares como: saúde, educação, previdência etc. O conjunto dessas políticas determina o grau de

proteção social que o Estado promove a determinada sociedade. Desse modo, o Estado contribui para um equilíbrio social quando possibilita conquistas pelos segmentos desfavorecidos e se compromete a considerar a sociedade como um todo, sem privilégios de grupos, ou seja, para além de serviços o Estado se posiciona a favor da construção de direitos<sup>58</sup>.

A política de saúde leva em consideração não somente os temas que estão diretamente relacionados, mas também àqueles que de maneira indireta também influenciam o setor saúde. As políticas de saúde podem abranger o público e privado e são relevantes justamente por fazerem parte de um setor importante da economia, por envolverem questões de vida e morte, e ainda por terem potencial para solucionar problemas graves<sup>63</sup>.

Um modelo que pode ser utilizado tanto para planejar quanto avaliar determinada política parte de um triângulo que analisa três aspectos: o contexto, os atores e processos envolvidos. O contexto pode ser definido como os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, entre outros, que resultam em efeitos sobre a política. Os atores são aqueles que conduzem e interferem no processo político, podem ser indivíduos, instituições, organizações e o próprio Estado. Já os processos representam justamente a forma de início e desenvolvimento das políticas<sup>63</sup>.

O Brasil passou por uma série de transformações no século XX, os 25 anos finais deste século marcaram um período de importantes avanços democráticos. E foi nesse contexto, que os primeiros passos foram dados para a construção de um sistema público de saúde universal. A reforma sanitária, fruto da mobilização por parte da sociedade civil, resultou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, que considera a saúde como um direito e dever do Estado<sup>64</sup>.

No artigo 194 da Constituição Federal, a seguridade social é definida como conjunto de ações para garantir os direitos à saúde, previdência e assistência social. Com relação à saúde, o SUS foi implementado de fato em 1990, após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990 e pela lei n. 8.142 de 1990. Os principais princípios do SUS são: universalidade de acesso a todos os níveis de assistência, igualdade, integralidade e participação social<sup>65</sup>.

A União é o principal financiador da saúde pública, contribui com metade dos recursos e os estados e municípios com a outra metade. O município tem papel central e é responsável pela saúde pública de sua população. E caso não possua

todo o suporte de serviços pode pactuar alternativas com as cidades vizinhas para garantir o atendimento integral à saúde da população da região. A esfera estadual organiza o atendimento em seu território e implementa as políticas nacionais e estaduais. Os estados e municípios devem ter conselhos de saúde que fiscalizam a aplicação dos recursos e é composto por vários segmentos, inclusive usuários do SUS<sup>66</sup>.

Em termos operacionais, os usuários devem acessar o sistema pela sua porta de entrada que é a atenção básica, a partir desse contato, caso necessitem, devem ser encaminhado a outro nível de complexidade na atenção secundária ou terciária<sup>64</sup>. A partir do SUS, outras políticas foram criadas e, neste sentido, perpassam não só os ambientes dos serviços de saúde, como também outros setores da vida dos usuários ou ainda podem ser direcionadas a agravos e doenças específicas. De todo modo, a maior parte corresponde a políticas sociais, que de acordo com Fleury e Ouverney<sup>67</sup>, são aquelas voltadas para o bem estar e a proteção social.

Portanto, desde sua criação o SUS faz parte de um movimento que busca atender integralmente as necessidades de saúde de todos os brasileiros. Destaca-se que a mobilização desde sua criação até os esforços para sua manutenção e consolidação foi resultado da participação direta da sociedade civil. E essa participação é elementar para que de fato o sistema seja qualificado, avaliado e desenvolvido constantemente.

O processo político envolve a negociação de ideais e interesses individuais ou coletivos de diferentes esferas e grupos, cada um com seu poder e capacidades de influenciar a tomada de decisão. Um dos principais desafios das políticas é favorecer a ampliação da participação dos grupos marginalizados nos espaços decisórios a fim de reverter a pobreza e as desigualdades sociais que marcam o contexto, por exemplo, de países latino-americanos<sup>59</sup>. Apesar de mais de 25 anos de atividade, o SUS ainda enfrenta diversas barreiras, principalmente no acesso aos serviços de saúde por parte da população com menos disposição de recursos, sejam eles estruturais, financeiros, sociais e demográficos.

Assim, a identidade da saúde pública pode ser repensada por meio de sua modernização para acompanhar os novos desafios que surgem ao longo do tempo. E essa renovação também se dá no âmbito dos serviços de saúde, a partir das ações cotidianas, envolvendo diferentes atores com o objetivo de alcançar um

desenvolvimento social e econômico mais amplo, que reduza as desigualdades e promova o bem-estar social. No campo da pesquisa, a nova saúde pública considera não somente o perfil epidemiológico das populações, mas também como os sistemas de cuidados em saúde se organizam socialmente para responder as demandas desse perfil<sup>68</sup>.

Neste sentido, a família mais uma vez aparece com destaque, uma vez que sua composição não é homogênea no contexto brasileiro. Existem diferentes configurações que devem ser amparadas e protegidas pelo Estado, segundo orienta o artigo 226 da Constituição Federal de 1988, considerando também os princípios da dignidade humana, da afetividade e da igualdade<sup>69</sup>. As leis produzem o que é a família, e a família, por sua vez, participa do processo de constituição das leis. Assim, as leis e o Estado devem proteger e dar suporte a instituição família<sup>70</sup>.

O Estado se apresenta pela ordem e por lógicas administrativas e hierárquicas. No entanto, ao considerar essas características para identificar a presença do Estado em determinado ambiente, corre-se o risco de classificar as margens espaciais e sociais como locais onde este Estado não conseguiu estabelecer e difundir sua ordem. Mas, na verdade, as margens, por meio de suas experiências, constroem seus conceitos de justiça e direito e assim podem representar uma necessidade do Estado e não a consequência de sua ineficiência<sup>71</sup>.

Os direitos humanos, as leis e políticas públicas contribuíram diretamente para os avanços e melhores condições de vida das populações. No entanto, ainda perduram dificuldades em definir e operacionalizar ações que atendam as necessidades de uma diversidade de cenários. Especialmente, ainda permanecem os cenários de pobreza, por exemplo, nas periferias das grandes cidades, onde se concentram a população negra e outras minorias e conseqüentemente o racismo que está inserido na engrenagem estatal. Conforme Silva<sup>72</sup>, o racismo institucional é aquele que atua no interior de agências estatais e nega direitos a determinados segmentos ao inviabilizar serviços de saúde, direitos conquistados e se reatualiza usando da própria estrutura do Estado. Desse modo, a integração dos direitos humanos no trabalho do setor saúde é dificultada por essa estrutura de desigualdade social impressa no papel e obrigação do Estado. Assim, devem ser encontradas soluções inclusivas que vão ao encontro dos valores de justiça social a nível nacional e a proteção dos direitos na esfera internacional<sup>73</sup>.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs o desafio de fazer uma imersão no microcosmos da vida social de uma família pobre que vive na periferia de uma grande cidade, em um local estigmatizado, especialmente, pelo poder público o qual não fornece a essa população serviços públicos. A análise da micro-história dessa família foi realizada com o intuito de compreender os sentidos, os conhecimentos, as práticas, os cuidados, as redes, as sociabilidades, as estratégias criadas para lidar com dimensões de um macrocosmos, entendido como uma estrutura de desigualdade, de políticas públicas ausentes que marcam esses corpos cotidianamente. Como lidar com a pobreza, com a exclusão espacial e social, com a violência? Subvertendo essa ordem imposta, a família surge como figura central no cuidado em saúde e determinante na construção de itinerários terapêuticos e no estabelecimento de rede de relações sociais.

Ao estar em campo, observou-se a rotina, os laços, as limitações quanto aos recursos e as potencialidades na construção de estratégias e alternativas para superar as dificuldades e desafios. As histórias de vida de Maria e José, desde a infância com os pais até o momento que se uniram, refletiram em seu relacionamento e na constituição de sua família. Por exemplo, a deficiência de Seu José trás impactos físicos, materiais e emocionais desde a sua infância e influencia o seu olhar sobre o mundo, o trabalho e a família.

O casamento e a criação dos filhos foram e ainda são desafiadores para o casal. Diante de momentos difíceis preservaram o seu relacionamento e buscaram manter contato com seus filhos que saíram de casa ainda na adolescência. O significado do casamento e dos filhos parece que se mantem ainda na criação da neta mais velha, eles almejam que ela também saia de casa e constitua sua família, porém agora visualizam de outra forma os estudos, como forma de conquistar melhores condições de vida, e também a necessidade de se esperar um pouco mais para encontrar um parceiro.

A respeito de suas práticas de saúde, a mãe aparece como principal cuidadora e articuladora dos processos de cura. É nela que está concentrada a maior parte de tarefas e o contato direto com quem está doente, além de geralmente manter a ordem e rotina dos demais da casa. Essa configuração baseia o cuidado principalmente de Maria com os filhos, reflexo do que seus pais viveram.

O cuidado desempenhado por Ana para com suas filhas já evidencia certa mudança de perfil, apesar de ser responsável por maior parte do cuidado, seu marido já compartilha tarefas e manipula estratégias, assim como a esposa. Seu José, por sua vez, acompanha esse processo à distância e representa a figura de provedor financeiro e articulador do apoio social quando é necessário acionar a ajuda de amigos e familiares.

Seus itinerários terapêuticos são traçados a partir do conhecimento adquirido ao longo da vida com base em suas experiências. Eles utilizam chás e remédios caseiros, recorrem, ainda que em poucos casos, aos cuidados de terapeutas populares, buscam a prescrição de medicamentos na farmácia de Seu José e em último caso, quando já acionaram todas essas outras possibilidades e exerceram sua autonomia sobre seus corpos, acionam os serviços de saúde, principalmente do DF.

Os itinerários são construídos e influenciados pelos conceitos de saúde e doença que a família construiu ao longo de sua história. Ambos os conceitos estão associados a aspectos físicos, mentais e espirituais e ainda sobre as condições sociais de vida, seja de acesso e estrutura. O que determina também o que eles buscam como cura e solução para seus problemas de saúde.

O enfrentamento dos problemas de saúde é diretamente influenciado por diversos elementos como: o ambiente e contexto em que o sujeito está inserido, suas condições econômicas, o isolamento social e suas as múltiplas obrigações. Assim, a capacidade e condição de cada família ao lidar com a saúde e doença sofrem influências do suporte social disponibilizado a elas. Sendo que as políticas públicas e serviços quando são de fato distribuídos e oferecidos, de acordo com as demandas e necessidades, facilitam esse suporte<sup>39</sup>.

O contexto em que estão inseridos os sujeitos também é reconhecido como fundamental para o estudo da saúde e para a busca de soluções mais inclusivas. Neste caso, a família acompanhada nesta pesquisa faz parte de uma realidade onde se luta diariamente pelo acesso às políticas não só de saúde. Durante toda a vida, o casal enfrentou barreiras para adquirir a moradia, a educação e saúde para os filhos, a aposentadoria e melhores condições de trabalho.

Águas Lindas de Goiás enfrenta sérios problemas estruturais, surgiu mediante a ocupação de terrenos por parte das famílias que não tinham como sobreviver no DF e ainda hoje enfrentam as dificuldades de desenvolverem a cidade e a

necessidade de se deslocarem para obterem a prestação de serviços básicos na capital federal e em suas regiões administrativas. O que desencadeia, muitas vezes, uma percepção estigmatizadora da população do DF para com essas pessoas.

O olhar sobre a pobreza, muitas vezes, projeta uma imagem negativa atribuída por parte de quem observa e define sem a aproximação com a realidade de quem se vive. E ainda, não inclui as percepções e vivências dos sujeitos inseridos nesse contexto. A família representa a base da identidade social dos pobres, é por meio dela que se constroem as formas de observar, classificar e explicar as mais diversas experiências internas e externas. Ela não se restringe a um núcleo e única forma de classificação, pois envolve redes de apoio, rotinas, obrigações e laços, refletindo a organização da sociedade em que faz parte<sup>74</sup>.

O discurso da família, muitas vezes, é desqualificado e negado, principalmente se é construído nas margens da sociedade, reproduzindo assim e reforçando ambientes de desigualdades sociais. E essa é uma atitude que profissionais e pesquisadores devem evitar, já que possuem seus ideais e referências de origem e os consideram como legítimos. Assim, ao estar em contato com o outro há um estranhamento e tendência a menosprezar o diferente<sup>74</sup>.

As diferenças de aspectos sociais entre os grupos e comunidades definem o estado de saúde dos corpos de determinado local, ou seja, as desigualdades sociais também refletem desigualdades em saúde, que desestabilizam principalmente a instituição família. Sendo que a melhoria desse contexto não depende exclusivamente dos serviços de saúde e sim de um esforço conjunto que contemple instituições das diferentes áreas da vida dos indivíduos, como trabalho, educação, desenvolvimento da autonomia e apoio social<sup>53</sup>.

O sistema de saúde pautado no modelo biomédico não permite o diálogo e troca entre as diferentes racionalidades terapêuticas, o que influencia diretamente a forma como os serviços são prestados e a postura e conduta dos profissionais da saúde. Assim, considerar relevantes as diferentes formas de ser e pensar é uma qualidade que deveria ser incorporada a formação de profissionais da saúde e da própria organização dos serviços, o que iria favorecer a ampliação de ambientes centrados no cuidado no atendimento as necessidades dos usuários de forma integral e coletiva<sup>75</sup>.

Portanto, a família apresentou-se como potencial cuidadora e articuladora do cuidado em saúde. Os processos, histórias e vivências de cada integrante

determinam as condições de saúde individuais e coletivas da casa. Essa é uma dimensão que deve ser observada e utilizada pelo Estado e pelos profissionais da saúde para qualificar o SUS e a disponibilidade de serviços, de acordo com a realidade e respeitando os traços culturais das diferentes comunidades do Brasil.

Cabe destacar a necessidade da realização de outros estudos que visualizem os sujeitos em seu cotidiano partilhando de suas singularidades. Essas características são fundamentais não só para as investigações a respeito da saúde, mas também contribui para o entendimento de como a própria sociedade se organiza e conduz as dimensões individuais e coletivas. Sendo que a saúde coletiva e antropologia contribuem diretamente para a sensibilização desse olhar. É preciso que se considere a diferença de contextos e se reconheça a importância dessa diversidade para a construção de direitos mais equânimes, principalmente quando parte da população de um país enfrenta dificuldades quanto ao acesso a políticas básicas de sobrevivência.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goiás. Prefeitura Municipal de Águas Lindas. *História da cidade*. Disponível em: <http://aguaslindasdegoias.go.gov.br/OLD/page1.html>. [Acessado em 08 de Abril de 2016]
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico de 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=520025#>. [Acessado em 02 de Abril 2016].
3. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Rio de Janeiro, PNUD, IPEA, Fundação João Pinheiro, 2010. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/aguas-lindas-de-goias\\_go](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/aguas-lindas-de-goias_go). [Acessado em: 13 de Outubro de 2016]
4. Silva, LS. *O viver e o cuidar a partir das percepções e experiências da comunidade: itinerários terapêuticos da Vila Esperança de Águas Lindas de Goiás – GO*. Brasília. Monografia [Graduação em Saúde Coletiva] – Universidade de Brasília; 2013.
5. Horta, ALM., Camargo, MZ., Cruz, MGS e Daspett, C. Contando histórias familiares: estratégias de aprendizagem no cuidado com família. *Acta paul. enfer.*; 2012. 128-133. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000900020&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900020&lng=es). <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900020>. [Acessado em 13 de Agosto de 2016]
6. Gutierrez, DMD e Minayo, MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva*; 2010. 1497-1508. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>. [Acessado em 12 de Agosto de 2016]
7. Fonseca, C. Apresentação - de família, reprodução e parentesco: algumas considerações. *Cad. Pagu*; 2007. 9-35. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332007000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000200002&lng=en&nrm=iso). [Acessado em 23 de Julho de 2016]
8. Duarte, LFD. Horizontes do indivíduo e da ética no crepúsculo da família. In: Ribeiro, I. (Org.). *Família e sociedade brasileira: desafios nos processos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Fundação João XXIII; 1994. p. 23-41.
9. Pettengill, MAM e Angelo, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]; 2005. 982-988. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000600010>. [Acessado em 14 de Março de 2017]

10. Siggers, S. e Gray, D. Defining with we mean. In: Carson B, Dunbart T, Chenhall R, Bailie R. Social Determinants of indigenous health. Austrália: Griffin Press; 2007. 1:17
11. Helman, CG. Cultura, Saúde e Doença. 6 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. 329-44.
12. Oliveira, FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*; 2002. 63-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=14143283&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=14143283&lng=en&nrm=iso). [Acessado em 12 de junho de 2015].
13. Loyola, MA. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. *Saúde e Sociedade*; 2012. 09-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000100002>. [Acessado em 18 de Abril de 2015]
14. Langdon, EJ., Maj-Lis, F. e Maluf, SW. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. *Anuário Antropológico*; 2012. 51-89. Disponível em: [http://www.dan.unb.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=168%3Aanuario-antropologico-sumario-20111&catid=21%3Aproducao-cientifica-anuarioantropologico&Itemid=32](http://www.dan.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=168%3Aanuario-antropologico-sumario-20111&catid=21%3Aproducao-cientifica-anuarioantropologico&Itemid=32). [Acessado em 12 de Dezembro de 2016]
15. Nunes, ED. Ciências sociais no Brasil: notas para a sua história. In: *XIII Encontro Nacional de Estudos Rurais e Urbanos*. São Paulo, 1986. Universidade de São Paulo, Brasil, 22-23 de maio de 1986. Disponível em: [http://www.wikipdf.com/journal/Educ\\_Med\\_Salud](http://www.wikipdf.com/journal/Educ_Med_Salud). [Acessado em 12 de Julho 2015]
16. Franenberg R. Risk: anthropology and epidemiological narratives. In: *Lindenbaum S, Lock M. Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press; 1993. 219-37.
17. Neves, JL. Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades. *Cadernos de pesquisas em administração*. 1996. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>. [Acessado em 02 de maio de 2016]
18. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 406 p.
19. Geertz, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de homem. In: \_\_\_\_\_. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1989. p. 4566.
20. Nakamura, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Saude soc*; 2011. 95-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>. [Acessado em 30 de Setembro de 2016].

21. Oliveira, RC. O trabalho do antropólogo: ver ouvir e escrever. In: \_\_\_\_\_. *O trabalho do Antropólogo*. 2ª ed. São Paulo: UNESP e Paralelo, 1998. p. 17-35.
22. Minayo, MCS, organizador, Deslandes, SF e Gomes, R. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo, MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 31ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2012. p. 61-77.
23. Moreira, WW, Simões, R. e Porto, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *R. bras. Ci e Mov*; 2005. 107-114. Disponível em: [http://www.ucb.br/mestradoef/RBCM/rbcm\\_edicoes.htm](http://www.ucb.br/mestradoef/RBCM/rbcm_edicoes.htm). 2013. [Acessado em 17 de Agosto de 2016].
24. Magnani, JG. "Etnografia como prática e experiência". *Horizontes Antropológicos*, ano 15, n.32, p. 129-156, jul.dez. 2009.
25. Bensa, Alban. [1996] 1998. "Da micro-história a uma antropologia crítica." In: REVEL, Jaques (org.) *Jogos de Escalas: A experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: FGV. Pp. 39-76
26. Sarti, CA. A família como ordem simbólica. *Psicologia USP*; 2004. 11-28. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642004000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000200002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0103-6564. [Acessado em 23 de Julho de 2015]
27. Woortmann, K. "Um único filho não é filho". *Humanidades*; 1986, ano III: 51-59.
28. Corossacz, VR. 2009. O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. *Coleção Etnologia*, v. 6. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 294 pp.55
29. Mauss, M. 2003 Sociologia e antropologia. São Paulo, Cosac e naify.
30. Alves, PCB. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*; 1993. 263-271. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300014>. [Acessado em 4 de Setembro de 2016]
31. Oliveira, TFV. Os terapeutas populares e o uso de ervas no século XXI. 2015. 163p. Curitiba; Appris.
32. Loyola, MA. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. Volume 63 de *Corpo e Alma do Brasil*. Difel, 198 p. 1983.
33. Alves, PCB. e Souza, IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, MC., Alves, PCB. e Souza, IMA. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro.

- Editora Fiocruz, p. 125-138. 1999. Disponível em:  
<http://books.scielo.org/id/pz254/06>. [Acessado em: 22 de Fevereiro de 2017]
34. Gerhardt, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*; 2006. 2449-2463. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>. [Acessado em 23 de Janeiro de 2015].
35. Ott, AMT. O setor profissional dos sistemas de cuidados médicos em Sergipe. 1982. 180 f. Dissertação de Mestrado – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1982. Disponível em:  
[http://www.dan.unb.br/images/doc/Dissertacao\\_42.pdf](http://www.dan.unb.br/images/doc/Dissertacao_42.pdf). [Acessado em 06 de Março de 2016].
36. Ibáñez-Novión, MA. In: \_\_\_\_\_. *Anatomias Populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Nóvion*. Brasília: Editora Unb, 2012. 296 p.
37. Cardoso, IL. O saber/ fazer das parteiras populares do entorno do Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. 56 p.
38. Ferreira, J. e Santo, W. Os percursos da cura: abordagem: antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*; 2012. 179-198. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100010>. [Acessado em 11 de Maio de 2016].
39. Tavares, JSC. e Rocha, AARM. Redes sociais de suporte: pontes entre família e outros contextos de atenção. In: Trad, LAB., Jorge MSB., Pinheiro, R., Mota, CS. e Rocha, AARM. *Contextos, Parcerias e Itinerários na Produção do Cuidado Integral: diversidade e interseções*; 2015. 364p.
40. Gerhardt, TA. e Riquinho, DL. Sobre itinerários terapêuticos em contextos de iniquidade social: desafios e perspectivas contemporâneas. In: Trad, LAB., Jorge MSB., Pinheiro, R., Mota, CS. e Rocha, AARM. *Contextos, Parcerias e Itinerários na Produção do Cuidado Integral: diversidade e interseções*; 2015. 364p.
41. Werlang, R. e Mendes JMR. O sofrimento social. *Serv. Soc. Soc*; 2013. 743-768. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/09.pdf> . [Acessado em 23 de Fevereiro de 2017]
42. CAMARGO JR., K. (2012), “A medicina ocidental contemporânea”. In: LUZ, M. (org.) *Racionalidades e práticas integrativas em saúde*. RJ: UERJ/IMS/LAPPIS.
43. Vasconcelos, EM. Espiritualidade na educação popular em saúde. *Cad. Cedes*. São Paulo – Campinas; 2009. 323-334. Disponível em:  
<http://www.cedes.unicamp.br>. [Acessado em 05 de Janeiro de 2015].

44. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Goiás. SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica, DF: O ministério; 2014. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/#>. [Acessado em 02 de Março de 2017]
45. Marques, RM. e Mendes, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2003. 403-415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a07v08n2.pdf>. [Acessado em 19 de Abril de 2017]
46. Solla, JJSP., Reis, AAC., Soter, APM., Fernandes, AS. e Palma, JLL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife*; 2007. 495 – 502. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000400018>. [Acessado em 09 Outubro de 2016]
47. Teixeira, RR. Humanização e Atenção Primária e Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2005. 585-597. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3>. [Acessado em 08 de Setembro de 2016];
48. Burgos, MB. Cidade, territórios e cidadania. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro; 2005. 189-222. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dados/v48n1/a07v48n1.pdf>. [Acessado em 12 de Outubro de 2016]
49. Lopes Jr, WM. e Santos, RCB. Novas centralidades na perspectiva da relação centro – periferia. *Sociedade & Natureza*; 2009. 351-359. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sn/v21n3/a10v21n3.pdf>. [Acessado em 13 de Dezembro de 2016]
50. Pires, MRGM., Gottems, LBD., Martins, CMF., Guilhem, D. e Alves, ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2010. 1009-1019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/007.pdf>. [Acessado em 04 de Novembro de 2016].
51. Leite, SN. e Vasconcellos, MP. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*; 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702006000100007>. [Acessado em 16 de Outubro de 2015].
52. Douglas, M. Modelo corpo/casa do mundo: o microcosmo como representação coletiva. *Revista FAMECO*. Porto Alegre; 2004. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3293/2551>. [Acessado em 12 de Junho de 2016].
53. Leandro, ME. Teias da saúde: desigualdades de saúde, saúde das desigualdades. In: *Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde; 2010. 17-32.

54. Barroqueiro, MCM. Antropologia e pobreza: contributo para uma leitura antropológica sobre as estratégias informais de luta contra a pobreza de quatro famílias do Concelho de Sesimbra [Em linha]. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2011. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/3277>. [Acessado em 13 de Janeiro de 2017].
55. Rocha, S. Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003. 244p.
56. Marques, GQ. e Lima, MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*; 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt\\_v15n1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf). [Acessado em 09 de Novembro de 2014]
57. Travassos, C., Oliveira, EXG. e Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2006. 975-986. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>. [Acessado em 10 de Fevereiro de 2017]
58. Höfling, E de M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos CEDES*; 2001 novembro 55. p;30-41.
59. Cohn, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos, GWS., Minayo, MCS., Akerman, M., Drumond Junior, M. e Carvalho, YM. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2012. p. 219-45.
60. Abrans, P. Notes on the Difficulty of Studying the State (1977). *Journal of Historical Sociology* 1988 march 1;p.32.
61. Mattos, RA. e Baptista, TW de F. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP, IMS, FAPERJ; 2011. p. 52-81.
62. Mendonza, MCC. Promoción de La Salud y Emancipación. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2013. p. 21-93.
63. Buse, K., Mays, N. e Walt, G. Making Health Policy. London: Open University Press; 2005. p. 1-46.
64. Paim, JS., Travassos, CMR., Almeida, CM., Bahia, L. e Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro. In: Victora CG, Leal MC, Barreto ML, Schmidt MI, Monteiro CA. *Saúde no Brasil: a série The Lancet*, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 37-69.
65. Noronha, JC., Lima, LD. e Machado, CV. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e*

- Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 435-71.
66. Ministério da Saúde. Entendendo o SUS. Brasília, DF: O Ministério; 2006. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>
67. Fleury, S. e Ouverney, AM. Políticas de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 23-63.
68. Frenk, J. The new public health. *Annu Rev Publ Health* 1993 May; 14:469-90.
69. Kroth, VW., Silva, RL. e Rabuske, MM. As famílias e seus direitos: o artigo 226 da Constituição Federal de 1988 como rol enumerativo. *Revista Eletrônica do Curso de Direito Da UFSM*; 2007. p. 98-116. Disponível em: [http://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/18478/As\\_fam%C3%ADlias\\_e\\_os\\_s\\_eus\\_direitos.pdf](http://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/18478/As_fam%C3%ADlias_e_os_s_eus_direitos.pdf). [Acessado em 13 de Julho de 2016].
70. Sierra, J., Cristina, I. e Alviar, H. "Family" as a legal concept. *CS*; 2015. 92-109. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-03242015000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242015000100005&lng=pt&nrm=iso). [Acessado em 14 de Março de 2017]
71. Veena, D. e Poole, D. El Estado y suas márgenes. *Etnografias comparadas. Revista Académica de Relaciones Internacionales*; 2008; (8): 1-39.
72. Silva, G. 2010. Vencer o racismo institucional: desafios da implementação das políticas públicas para comunidades quilombolas. In: ALMEIDA, A. (et al.) *Caderno de Debate Nova Cartografia Social: Territórios Quilombolas em Conflito*, vol 01, nº 02, Manaus: Projeto Nova Cartografia Social/UEA Edições.
73. Ventura, M. Direitos humanos e saúde: possibilidades e desafios. *Saúde e Direitos Humanos* ano 7, nº07, 2010. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2011. 87-100
74. Sarti, CA. A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo. 1994. 222 f. Tese de Doutorado – Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994. Disponível em: [http://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/107\\_sarti\\_cynthia\\_termo.pdf](http://www.pagu.unicamp.br/pf-pagu/public-files/arquivo/107_sarti_cynthia_termo.pdf). [Acessado em 21 de Abril de 2017]
75. Oliveira, MW. e Moraes JV. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. *Rev. APS*; 2010. p. 412-420. Disponível em: <https://aps.uffj.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/723/387>. [Acessado em 02 de Maio de 2017]

## ANEXO A - Questões levantadas nas entrevistas semiestruturadas

### Primeiro momento (com cada integrante da família)

Nome:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( )  
Ensino Médio ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Superior

**Segundo momento:** aspectos gerais e histórico-temporais (infância, vinda para o DF e para Águas Lindas)

1. Você é natural de qual cidade?
2. Quantos integrantes têm a sua família (pais e filhos)?
3. Como era a sua relação com os seus pais e irmãos?
4. Como foi a sua infância?
5. Como cuidavam da saúde?
6. Quais os medos e dificuldades que enfrentavam?
7. Como vieram morar no Distrito Federal? (como era, qual o local e em que período)
8. E como vieram para Águas Lindas de Goiás? (o porquê, qual o local e em que período)
9. Há quantos anos você reside na Vila Esperança?
10. Quais eram as características da comunidade quando você começou a residir na Vila Esperança?
11. Quais foram as mudanças ocorridas na comunidade a partir de sua chegada até os dias atuais?
12. Como é viver na Vila Esperança? Quais são os pontos fortes e as limitações da comunidade?
13. Você possui familiares que também residem na Vila Esperança? Como é a relação entre vocês?
14. Como é a sua rotina diária?

15. Qual é a sua religião?

**Terceiro momento:** Cuidados e o acesso aos serviços de saúde

1. Na sua concepção, o que é saúde?
2. Na sua concepção, o que é doença?
3. Quando você ou algum membro de sua família está doente, quais são os primeiros cuidados?
4. Quais são os meios procurados e utilizados em caso de doença?
5. Orientação de amigos ou familiares mais experientes ( ) Remédios Caseiros ( ) Indicação de medicamentos via farmacêuticos ( ) Instâncias religiosas ( ) Terapia popular (benzedeiros, raizeiros, parteiras...) ( ) Serviços de saúde ( ) Outros: \_\_\_\_\_.
6. Você se recorda de alguma prática ou receita para tratamento de doenças (plantas medicinais e medicamentos caseiros) que familiares mais experientes te ensinaram? Se sim, relate.
7. Relate o caminho percorrido, na busca por cuidados de saúde, de alguma experiência de doença já vivenciada por você ou outro morador da Vila Esperança.
8. Qual o papel da religião em caso de doença?
9. Você já vivenciou alguma situação em que a sua religião fez intervenções sobre doentes? Se sim, relate.
10. Você acredita nos processos de cura de terapeutas populares (benzedeiros, raizeiros, parteiras etc.)? Já fez uso de alguma dessas terapias? Se sim, relate.
11. Você conhece algum terapeuta popular atuante na Vila Esperança? Se sim, qual a especialidade desempenhada por ele (a)?
12. Com que frequência você utiliza os serviços oficiais de saúde?  
  
( ) Pouca frequência, apenas em caso de doença grave. ( ) Frequentemente, para fazer acompanhamentos de rotina.

13. Como estão organizados os serviços de saúde na comunidade? Existem centros de saúde e hospitais próximos a Vila Esperança?
14. Quais são as qualidades e as limitações dos serviços de saúde prestados na região?
15. Relate alguma experiência quando você ou alguém próximo utilizou os serviços de saúde da região.

**Quarto momento:** Relação de Brasília e DF – Águas Lindas de Goiás

1. Os serviços de saúde, educação, emprego, segurança e infraestrutura de Águas Lindas são bons?
2. Existem diferenças entre esses serviços e os prestados em Brasília e no DF?
3. Quando você utiliza os serviços de outras cidades do DF ou Goiás, você é bem atendido?
4. Águas Lindas deveria ser de responsabilidade do estado de Goiás ou do DF?

## **ANEXO B - Manuscrito**

### **Práticas de cuidado e itinerários terapêuticos em um bairro popular de Águas Lindas de Goiás**

Este artigo pretende identificar os itinerários terapêuticos de moradores de um bairro popular na cidade de Águas Lindas de Goiás (GO) e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. A pesquisa foi de abordagem qualitativa, baseada no método etnográfico. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com seis mulheres da comunidade, três informantes chaves e um farmacêutico da região. A observação participante também foi realizada e mantida por meio do diário de campo. Para a análise dos dados foi utilizada a análise do conteúdo. Os itinerários terapêuticos dos moradores do bairro em questão configuram uma rede de relações sociais onde são vivenciadas sociabilidades que integram vizinhos, amigos, familiares, terapeutas populares, instituições religiosas, centros de saúde e hospitais.

**Palavras-chave:** Itinerários Terapêuticos; Diversidade Cultural; Vulnerabilidade em Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde.

### **Care practices and therapeutic itineraries in a popular neighborhood**

This article aims to identify the therapeutic itineraries of residents of a poor neighborhood in the town of Aguas Lindas de Goias (GO) and analyze how these people tout care, which trigger instances and how they cope and understand the health services. The research was a qualitative approach, based on the ethnographic method. Semi-structured interviews were conducted with six women of the community, three key informants and a pharmacist in the region. Participant observation was also held and maintained by the field diary. For data analysis was used to analyze the content. The therapeutic itineraries of neighborhood residents in question constitute a network of social relations which are experienced sociability that make up neighbors, friends, family, popular therapists, religious institutions, health centers and hospitals.

**Keywords:** Therapeutic Itineraries; Cultural Diversity; Health Vulnerability; Health Services Accessibility.

### **Prácticas de cuidado e itinerarios terapéuticos en un barrio popular de Aguas Lindas de Goiás**

Este artículo pretende identificar los itinerarios terapéuticos de los pobladores en un barrio popular en la ciudad de Aguas Lindas de Goiás (GO) y analizar como esas personas agencian el cuidado, cuáles son las instancias que accionan, como lidian y entienden los servicios de salud. La investigación fue de abordaje cualitativa, basada en el método etnográfico. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con seis mujeres de la comunidad, tres informantes claves y un farmacéutico de la región. La observación participante también fue realizada y mantenida por medio del diario de campo. Para el análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido. Los itinerarios terapéuticos de los pobladores del barrio configuran una red de relaciones sociales donde son vivenciadas sociabilidad que integran vecinos, amigos, familiares, terapeutas populares, instituciones religiosas, centros de salud y hospitales.

**Palabras clave:** Itinerarios Terapéuticos; Diversidad Cultural; Vulnerabilidad em Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

## **Introdução: discutindo sistemas de cuidados de saúde populares**

O Brasil é marcado pela diversidade sociocultural, assim, há diversos regimes de saberes e modos de viver localizados, constituindo o que Ibáñez-Novión<sup>1</sup> denominou de Sistemas de Cuidados de Saúde. Esses são sistemas de significados simbólicos articulados por instituições sociais e padrões de interação pessoal específicos.

Segundo Langdon e Wiik<sup>2</sup>, “os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consoantes com os grupos e as realidades sociais que os produzem”. Nesse sentido, são produzidos localmente, lidam com dimensões subjetivas e dinamizam socialidades que criam pessoas e sentimentos de identidade e pertencimento. Aqui, definem-se contextos populares de cuidado no plural, os quais são criados a partir de uma intrincada articulação entre subjetividades e socialidades articuladas por grupos sociais.

McCallum<sup>3</sup>, discutindo o universo ameríndio, chama atenção tanto para o aspecto moral quanto o social da socialidade, o qual articula o interior e exterior do socius, sendo construída no curso da vida diária e observando a alteridade. Assim, é a agência humana na interação com a alteridade que produz a socialidade, sentimento de bem-estar e auto-reconhecimento. Para Cunha<sup>4</sup>, em contextos populares, algo semelhante se observa ao que foi discutido por MacCallum<sup>3</sup>, especialmente, quando o saber científico que se apresenta como hegemônico, estabelece, segundo Loyola<sup>5</sup>, uma relação de poder que acaba por silenciar os saberes e práticas populares de cuidado. Desse modo, interior e exterior do socius se articulam na produção da vida cotidiana e efetivando os sistemas de cuidado de saúde.

Conforme De Certeau<sup>6</sup>, nessa relação de poder entre o interior e o exterior dos socius, nos contextos populares, são ativadas microrresistências, socialidades e sentimentos de pertencimento. Desse modo, aquilo que é imposto passa a ser lido num outro registro, no quadro de suas próprias tradições. Assim, nas instituições populares se efetivam um estilo de trocas sociais, de invenções técnicas e de resistência moral<sup>6</sup>.

De acordo com Alves e Souza<sup>7</sup>, os itinerários terapêuticos não podem ser considerados como algo programado e pré-estabelecido, suas ações são baseadas em diferentes processos de escolha e decisão e possibilitam o compartilhamento de

saberes, práticas e receitas que os indivíduos vão construindo de acordo com os processos históricos, políticos e sociais de cada coletivo. Desse modo, são resultados de uma série de acontecimentos que formam uma rede nos cenários populares. Essa rede surge quando a pessoa faz um levantamento de suas experiências ao longo da vida e consegue reinterpretá-las a partir da situação vivida no presente, envolvendo diferentes atitudes, emoções e interesses voltados ao tratamento da aflição.

Gerhardt<sup>8</sup> afirma que o estudo dos itinerários terapêuticos relacionado à pobreza possibilita a visualização do percurso e das alternativas utilizadas pela população de baixa renda na resolução de seus problemas de saúde. Neste sentido, esta pesquisa pretende identificar os itinerários terapêuticos vivenciados por moradores da Vila Estrela, bairro popular da cidade de Águas Lindas de Goiás (GO), e analisar como essas pessoas agenciam o cuidado, quais instâncias acionam e como lidam e entendem os serviços de saúde. E, ao focar nos processos terapêuticos ou busca pelo cuidado, também pretende descrever e apreciar como os moradores dessa localidade lidam e entendem os serviços oficiais de saúde.

Metodologicamente, é possível mapear itinerários terapêuticos ou os caminhos percorridos e as possibilidades acionadas pelos indivíduos, quando estes entendem que necessitam de cuidados em saúde e constroem narrativas que permitem organizar e ordenar para eles seus entendimentos sobre a experiência do adoecimento. Este artigo é uma tentativa de compreender os itinerários terapêuticos em contextos populares.

### **Caminhos metodológicos percorridos**

O estudo possui abordagem qualitativa e foi baseado no método etnográfico. A partir das considerações de Neves<sup>9</sup>, entende-se que a pesquisa qualitativa não busca medir determinado evento, pois os fenômenos encontrados são interpretados a partir das percepções dos sujeitos envolvidos na situação estudada e os dados produzidos são resultado da interação direta entre o investigador e o objeto.

Assim, ao estar em campo observando os itinerários terapêuticos das famílias da Vila Estrela foi necessário identificar e compreender as características, as representações e os significados próprios dos moradores dessa localidade. Seguindo o argumento de Nakamura<sup>10</sup>, este trabalho buscou compreender os

sujeitos por meio de suas experiências e observando as cenas onde se constituem as redes sociais de cuidado.

Para realizar essa pesquisa, foi necessário morar na Vila Estrela, no segundo semestre de 2013, quando foram realizadas entrevistas com membros da comunidade e pessoas que já viveram nesse local. Os entrevistados tinham idade superior a 18 anos. De acordo com Minayo<sup>11</sup>, a entrevista é uma técnica que permite ao pesquisador coletar dados relevantes para a compreensão do objeto de pesquisa, pois possibilita um espaço para conversa e reflexão a respeito da realidade do sujeito. A observação participante também foi realizada e mantida por um diário de campo, buscando descrever o cenário das práticas e dos saberes.

O encontro com os moradores que aceitaram contribuir com o estudo aconteceu principalmente por meio da indicação de outro entrevistado, configurando a estratégia de “bola de neve”. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa inicialmente não foi definida uma amostragem exata, como recomenda Deslandes<sup>12</sup>. Assim, para esta pesquisa, os sujeitos foram convidados a participar e selecionados a partir da inclusão progressiva que foi interrompida pelo critério de saturação, que ocorre quando “as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”<sup>12</sup>.

Foram entrevistadas seis mulheres que residem, atualmente, com suas famílias na Vila Estrela. Essas mulheres abriram as portas de seus lares e relataram suas experiências descrevendo como é a vida na comunidade. Com base nessas entrevistas, surgiram os nomes de outras pessoas que poderiam fornecer explicações importantes sobre a história da Vila Estrela que não constam nos dados oficiais ou publicações. Então, foram entrevistados posteriormente três moradores pioneiros que não residem mais na região. Por último, foi entrevistado o dono de uma farmácia por ter sido citado diversas vezes nos depoimentos dos outros entrevistados.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise do conteúdo por meio da Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado. Segundo Moreira<sup>13</sup>, esta técnica consiste em compreender o discurso produzido pelos informantes; em seguida, selecionar as unidades que se mostrarem mais significativas nestes discursos; por fim, fazer uma análise voltada à interpretação dos resultados buscando entender os dados em sua essência.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Humanas, recebendo o CAAE 34150214.9.0000.5540.

### **A Vila Estrela, local do trabalho de campo**

Águas Lindas é um município próximo ao Distrito Federal (DF) – fica a, aproximadamente, 45 km de Brasília - e em parte representa uma “periferia”, ou melhor, o “entorno” do DF. Desse modo, trata-se de uma região onde vivem pessoas de segmentos populares que são estigmatizadas por sua situação de vida e pela região onde moram. A partir dos dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil<sup>14</sup>, o índice de desenvolvimento humano (IDH) de Águas Lindas é de 0,6.

De acordo com os dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>15</sup>, o município possui área de 188, 385 Km<sup>2</sup> e população estimada de 159.505 habitantes. Antes de ser regularizada, a região era conhecida como Parque da Barragem e pertencia ao município de Santo Antônio do Descoberto, sendo que sua emancipação ocorreu em 1995, por meio das reivindicações de lideranças locais. Conforme a Prefeitura Municipal de Águas Lindas de Goiás<sup>16</sup>, no início da consolidação do município, o setor imobiliário cresceu de maneira desordenada e parte da população de menor renda do DF foi atraída pelos lotes que eram vendidos por valores baixos e não eram fiscalizados.

Os dados oficiais evidenciam a história do município somente a partir de sua emancipação, porém, relatos de uma pioneira da cidade apontaram que a ocupação da Vila Estrela, local do trabalho de campo, começou de fato em 1992. Como a região possuía um vasto território, alguns moradores que haviam ocupado as terras resolveram construir barracos próximos uns aos outros, assim esses primeiros loteamentos deram origem a Vila Estrela. Para este trabalho, são utilizados nomes fictícios para Vila Estrela e os moradores da cidade com o intuito de preservá-los.

A partir da análise de documentações do Cartório de Registro de Imóveis de Águas Lindas de Goiás, Nóbrega<sup>17</sup> explica que há diversos loteamentos no município considerados irregulares por não estarem registrados oficialmente e não possuírem projeto aprovado para a construção de habitações. A Vila Estrela encontra-se nesta situação. Apesar da situação de irregularidade, muitos moradores, inclusive os pioneiros, permaneceram na região que constitui a Vila e constituíram suas famílias ampliando a ocupação do espaço.

Segundo o Ministério da Saúde<sup>18</sup>, o município de Águas Lindas de Goiás dispõe de apenas 12 equipes de Saúde da Família e 20 Unidades Básicas de Saúde que fazem a cobertura de 26,60% da região. A cidade possui um único hospital, que não têm capacidade para atender as necessidades de toda a população. Desse modo, muitos moradores se deslocam para o DF com o intuito de obterem a prestação de serviços de saúde, tendo em vista que é a região de referência mais próxima ao município.

A Vila Estrela abriga cerca de 80 famílias e ao visitá-la é possível perceber que a maioria das casas possui infraestrutura comprometida e são pequenas quando se leva em consideração a quantidade de integrantes de cada família. De maneira geral, a comunidade não tem muitos recursos, possui pouca iluminação pública e o serviço de saneamento básico é recente. Em conversa com os moradores foi possível identificar que o Centro de Saúde mais próximo fica a três quilômetros das residências e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) não fazem cobertura no local.

O bairro é composto por cinco ruas com cerca de vinte casas cada, as moradias são simples em sua maioria, algumas não possuem muros e portões e ficam com as portas e janelas expostas. Existem casas que prestam algum tipo de serviço, como serralheria, manicure e venda de doces. A comunidade dispõe de um pequeno comércio local composto por farmácias, uma padaria, dois salões de beleza, uma quitanda de frutas e verduras e algumas igrejas, sendo uma católica e três evangélicas.

Com relação à infraestrutura do local, recentemente, a prefeitura pavimentou as ruas e operacionalizou o serviço de água e esgoto. Existem casas que, ainda, são barracos de alvenaria e abrigam muitos moradores. Não existem praças, quadras de esporte ou locais fixos que sirvam para a prática de atividades de lazer.

A partir da observação feita durante os dias de convivência com aquelas pessoas percebeu-se que a comunidade ainda enfrenta sérios problemas como evasão escolar, dificuldades no transporte, ausência de espaços para lazer, falta de oportunidades de capacitação e emprego. Os serviços de saúde possuem limitações, desse modo, a maior parte dos moradores prefere ser atendida nas unidades do DF. Mesmo com essas limitações, as pessoas gostam de morar na Vila e do fato de conhecerem todos os vizinhos.

Com relação à violência identificou-se a presença de usuários e traficantes de drogas, mas os moradores afirmam que não são assaltados e suas casas não são roubadas por eles. A violência do local, de acordo com os moradores, “é de lá para fora”. Em suma, apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da consolidação da comunidade, os moradores da Vila possuem uma rede de relações sociais amparada pelos anos de convivência da maior parte dos moradores, pela solidariedade que há entre eles e que, de certa forma, se reflete em suas práticas de saúde. Essas pessoas só querem um lugar para morar e não pretendem sair da Vila, ao contrário, querem mais qualidade de vida para o “canto delas”.

### **Itinerários terapêuticos e a construção de sistemas de cuidados de saúde populares**

Em Vila Estrela é possível observar a dinamização de um sistema de cuidados de saúde popular que, Ibáñez-Nóvion<sup>1</sup>, definiu como componentes de saúde de um grupo social que não dependem exclusivamente de um especialista oficial, onde se processam as primeiras ações de saúde, onde se tomam as primeiras decisões inerentes à crise, onde se desencadeiam a negociação individual, familiar e comunitária. A organização desse sistema envolve as percepções e representações dos indivíduos e se constrói a partir das experiências dos moradores da Vila. Por conseguinte, refere-se a saberes e práticas populares no sentido não de se vincularem a pessoas pobres, mas de vir de uma produção de conhecimento e práticas construídas em bases epistemológicas específicas e em uma rede de socialidades localizada. Essa produção popular não se refere aos saberes produzidos a partir de parâmetros científicos, pois, mesmo se apropriando desses, faz uma releitura a partir de bases epistemológicas distintas.

Em Vila Estrela, foi possível observar por meio das entrevistas o percurso seguido, ou melhor, o itinerário terapêutico desencadeado pelos moradores, que acabava por configurar o sistema de cuidado popular nos primeiros anos de construção do local e na atualidade. Nos primeiros anos de Vila Estrela, os cuidados iniciais na saúde eram realizados em casa, por meio da orientação de amigos e familiares. Fazia-se uso de chás e remédios caseiros. Também, acionavam terapeutas populares, isto é, indivíduos que realizavam serviços como o de parteiras, benzedeiras e raizeiras que não eram profissionais de saúde oficiais. E,

após esse processo de idas e vindas nessas instâncias de cuidado, as pessoas acionavam os hospitais do DF.

Atualmente, esse sistema consiste nos seguintes componentes: primeiro, realizam cuidados em casa, seguem a orientação de amigos e familiares e preparam e utilizam chás e remédios caseiros. Conforme explicação de uma moradora:

(...) se for uma gripe assim uma coisa mais fácil a gente tenta fazer um chazinho que já tem em casa, um mel, que a gente aprendeu com os avós de antigamente.

Em alguns poucos casos buscam o auxílio de terapeutas populares, como benzedeiros e raizeiros. Uma moradora esclarece:

Eu já fui benzida várias vezes... Às vezes o menino está com mal olhado, está ruim e com as fezes verde então quando leva para benzer a criança sara.

Nesse itinerário, Seu José, como um farmacêutico popular, é muito acionado, para em seguida, fazerem consultas nos Centros de Saúde em Águas Lindas de Goiás e no DF e, por último, para os hospitais de Ceilândia e Brazlândia. Uma moradora explica:

A primeira coisa é tratar em casa, eu dou um remédio caseiro um melado, um chá de limão, fazer uma massagem com gel de arnica, chá de gengibre. Agora quando não resolve eu dou um xarope ou um remédio que o Seu José passa.

Outra moradora afirma:

Quando eu vejo que não tem mais jeito eu procuro o hospital. Porque hospital é a coisa mais difícil que existe, você chega lá e se é uma gripe eles mandam para casa falando que é para tratar em casa. Então eu prefiro tratar em casa.

É necessário enfatizar que muitos moradores da Vila que eram católicos se converteram, recentemente, ao protestantismo, o que parece ter inibido a ação de benzedeiros, por exemplo. Máximo<sup>19</sup> afirma que as igrejas evangélicas não legitimam a prática de benzedeiros, o que pode ter levado a uma diminuição na procura dessas terapeutas. Essa mudança repercute nas formas de cuidado que deixam de ser realizadas por pessoas que são lideranças comunitárias e religiosas

inseridas nesses contextos populares de cuidado e passam para o interior das igrejas evangélicas em momentos específicos do culto. Na fala de uma moradora aparece essa mudança nas práticas de cuidado:

Agora tem só a mulher do Seu Sebastião (que é benzedeira). Antes tinha muito, mas depois que as pessoas passaram a ser crente não tem mais. As pessoas se converteram e se escondem, não aceitam mais essas coisas e nem falam que um dia já fizeram. Aqui na Vila cresceu muito o número de evangélicos e muito desses evangélicos benziam, rezavam, fazia raízes, mas eles não aceitam nem falar sobre isso, eles são muito rígidos.

Sobre o uso de plantas medicinais, essas são muito utilizadas pela comunidade, no entanto, não há a figura de um indivíduo que concentre esse saber/fazer, pois o mesmo se encontra diluído entre os moradores.

Foi possível identificar que os moradores da Vila Estrela procuram orientações na farmácia do Seu José, que vende remédios alopáticos, quando não conseguem solucionar ou encontrar significado para a doença nos cuidados realizados em casa. Essa farmácia aparece com destaque nas falas das entrevistadas, o que revela que as pessoas iam à Farmácia não apenas em busca de medicamentos, mas do atendimento de Seu José.

A maneira de atuar desse farmacêutico pode caracterizá-lo como a de um farmacêutico popular, nos termos de Ibáñez-Nóvion<sup>1</sup>, pois Seu José torna os remédios da farmácia, isto é, medicamentos sintéticos em populares quando aciona seu sistema de explicação sobre corpo-saúde-adoecimento-terapêutica para indicar e explicar o uso de determinado medicamento. Isso acontece porque ele submete os medicamentos a esquemas classificatórios e interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento tradicional ou popular no qual está inserido. Sobre a atuação de Seu José, duas moradoras explicam:

E tem o Seu José, todo mundo só gosta dele... Quando eu não resolvo aqui em casa eu procuro ele e se não resolver eu vou para o hospital.

Tem o Seu Zé que é um ótimo farmacêutico é uma pessoa muito boa. (...) Na verdade quando acontece algum problema eu procuro é o Seu José. E quando não resolve que eu vou para o hospital.

Assim, semelhante a outras realidades de bairros mais vulneráveis, na Vila, é possível ver um farmacêutico representar papel importante no cuidado em saúde. De acordo com Loyola<sup>5</sup>, existem aqueles denominados "terapeutas", que possuem

certo vínculo com a comunidade, e desempenham a função de intermediar a clientela e o sistema de cuidados médicos e entre o sistema oficial e o popular, como também complementam a orientação dada pelos médicos e adaptam receitas de acordo com o poder aquisitivo de cada doente.

Por conseguinte, ao traçar os itinerários terapêuticos da Vila Estrela, a farmácia do Seu José, aproxima-se da figura de uma “farmacologia de superposição”, definida por Ibáñez-Nóvion<sup>1</sup> como quando “os remédios da farmácia acabam por se tornarem tradicionais”, quando são submetidos a interpretações da sua destinação médica compatíveis com o conhecimento popular. De acordo com Seu José:

(...) Eu sempre tive o sonho de ter uma farmácia por aqui, porque sempre foi muito difícil das pessoas cuidarem da saúde... Aqui já não tinha hospital e tudo era no DF então eu queria poder ajudar as pessoas nos casos em que não precisasse de imediato do conhecimento médico... Até 2005 eu sempre trabalhei em outras farmácias e em 2006 eu fiz uma sociedade com a minha irmã e eu tomava de conta de uma farmácia nossa, essa farmácia era na Vila mesmo e eu fiz muita amizade e uma clientela boa.

Quando foi em 2009 eu desfiz a sociedade com minha irmã e abri essa farmácia aqui na rua de cima só minha... Eu não sou farmacêutico, mas eu aprendi lendo as bulas e na experiência do dia-a-dia mesmo.

Atualmente, Seu José identifica, por meio da narrativa dos clientes sobre os processos de saúde-adoecimento que estão vivenciando, os seus problemas de saúde. Em sua prática, reconhece que em algumas situações não é necessária intervenção médica. Acredita que, na maioria dos casos, os médicos não praticam a escuta com relação ao que o usuário tem para contar. Muitas vezes, esses profissionais inibem a fala dos usuários e receitam medicações sem esclarecer possíveis dúvidas. Seu José reconhece a importância da atuação dos médicos e outros profissionais da saúde, principalmente nos casos graves que exigem intervenções mais complexas. De acordo com ele:

(...). Tem gente que não aguenta mais ir no médico e não ser escutado, os médicos também não explicam direito o que o remédio vai fazer no corpo e se pode ter alguma reação, eu faço isso aqui. (...) Eu penso que tem coisas que você não precisa da receita, por exemplo, uma diarreia ainda no início, se está em um quadro inicial sem outros sintomas tem remédio que pode resolver e não precisa a pessoa ir no médico... Agora já tem outros casos que tem outros sintomas e a gente percebe que o conhecimento médico e o tratamento do hospital é essencial. (Seu José)

## **Concepções populares de saúde-adoecimento e práticas populares de cuidado**

Os recursos e as diferentes práticas de saúde são acionados de acordo com cada situação. Identificar o que as pessoas entendem por saúde e doença e como é a experiência de sentir-se saudável ou doente envolve diferentes percepções e significados a cada experiência. A partir dos depoimentos, foi possível observar que para os moradores ter saúde é se sentir saudável, o que envolve diversas emoções sobre o corpo, mente e espírito. Na explicação de uma moradora:

Saúde é você estar bem de espírito, bem na alimentação, é você viver bem no seu dia-a-dia... Então ter saúde é ter disposição, é sair, é andar é ajudar o seu próximo.

Com relação às emoções que permitem ou levam ao estado de saúde, pode-se considerar que estão associadas de alguma forma à harmonia que marca o universo social de cada um. Por exemplo, quando essas mulheres afirmam que ter saúde é quando se tem um trabalho, quando se tem um bom relacionamento com amigos e familiares e melhores condições de vida, determinados sentimentos ou emoções dominam a pessoa.

Outra consideração a se fazer é que as entrevistadas acreditam que para ter e manter a saúde é preciso cuidar do seu corpo nas suas relações sociais, como também de maneira individual. Cabe ressaltar que nas narrativas, o discurso biomédico pode influenciar de certa forma o que elas entendem por saúde, quando reproduzem que saúde é a ausência de doenças, e pelas orientações que devem ser seguidas para o cuidado com o corpo.

Assim, todas explicaram a importância de se fazer uma alimentação mais equilibrada e saudável e de praticar atividades físicas. Caso contrário, alguma doença pode acometer as pessoas quando elas não possuem ou praticam esses hábitos. Desse modo, as narrativas traziam, também, os termos saúde e doença como estados que são explicativos e fazem parte dos discursos dos médicos. De acordo com uma moradora:

Ter saúde é não ter nenhum sintoma de doença... É uma pessoa que faz atividade física, se alimenta bem.

Em contrapartida, quando a discussão é aprofundada a doença passa a ser associada às alterações que ocorrem no corpo e, também, nas emoções e na mente, atingindo uma dimensão física e espiritual. E assim, os processos de saúde-adoecimento ampliam-se para além do corpo biológico. Surge uma classificação dos adoecimentos, há “as doenças da carne”, compreendidas como doenças materiais que alteram o equilíbrio biológico e social da vida da pessoa, e que por sua vez causa dor e sofrimento. E há “as doenças espirituais”, que estão mais relacionadas às emoções, alterações da mente e ao comprometimento das relações entre as pessoas, suas crenças e práticas religiosas. Quando se tem uma doença “espiritual”, as doenças “da carne” podem ser desenvolvidas a partir da fragilidade em que se encontra a pessoa acometida por esse adoecimento. Uma moradora explica:

Tem as doenças da carne, que a pior é o câncer... Doença da carne é essas que a gente sente dor no corpo e tem que tratar no hospital (...) Eu acho que a doença pior que tem é a espiritual... Doença espiritual é doença da alma é a tristeza a falta de força para enfrentar os problemas da vida.

Nessa dicotomia entre “carne” e “espiritual”, as intervenções religiosas surgem com grande peso nas terapêuticas desde a oração até a cura feita por pastores em processos denominados de “libertação”. As explicações religiosas perpassam todo o processo de saúde-adoecimento e terapêutica dos moradores da Vila Estrela. A fé aparece como elemento central na experiência do adoecimento e nos processos de cura. O ambiente da igreja marca as intervenções religiosas. Assim, para Valla<sup>20</sup> a religião possui papéis culturais quando possibilita a criação de uma identidade, de práticas para o enfrentamento dos problemas e de soluções para a luta por sobrevivência.

### **Considerações finais: o contraponto com o sistema oficial de saúde e a prática biomédica**

As práticas oficiais de saúde são ofertadas à população por meio de políticas, programas e são executadas principalmente dentro das principais instituições, como hospitais e centros de saúde, que interagem diretamente com os usuários. A lógica biomédica, muitas vezes, é fundamentada na concepção de que as pessoas quando apresentam algum sintoma de doença e estão com a saúde comprometida devem

procurar os serviços desempenhados por profissionais da saúde. É importante destacar que esse sistema oficial desempenha um papel fundamental, principalmente, nas sociedades ocidentais. Existe um discurso e configuração política que sustentam essa conformação e a própria sociedade se molda e adere a essas práticas.

No entanto, para o caso da Vila Estrela, cabe enfatizar que a maioria dos moradores é constituída de pessoas com poucos recursos econômicos, usam transporte público e trabalham no DF em ocupações que são desvalorizadas, como serventes de obra, diaristas, auxiliares de serviços gerais, entre outras. Dessa forma, esses indivíduos estão inseridos em contextos de desigualdade social que se transfigura em desigualdade em saúde. Assim, o pertencimento social dessas famílias inscritos na cor da pele das pessoas, na ocupação que elas têm, no local onde vivem os insere em contextos de desigualdade e processos de marginalização. Eles acabam por não acessar melhores condições de existência e de saúde devido a esses contextos e processos.

Os profissionais de saúde ou gestores de políticas públicas estão pouco interessados em saber ou conhecer os caminhos percorridos por esses moradores antes de buscar os serviços oficiais de saúde, em praticar a escuta cultural e em reconhecer o discurso dessas pessoas. Quando acessam algum serviço público, a preocupação é apenas considerar e repassar o discurso biomédico ou oficial.

Assim, apesar da importância e da contribuição desse sistema é preciso questionar sua supremacia com relação a outras práticas de cuidados principalmente dessas comunidades. Uma das possibilidades para a mudança de paradigma é que a formação de profissionais da saúde invista no trabalho interdisciplinar, que segundo Sarti<sup>21</sup> deve ocorrer com a troca e não com a transformação de uma área por influência de outra, mas pelo reconhecimento da alteridade.

Nas narrativas apresentadas, as participantes se queixaram desses serviços e afirmaram não gostar de utilizá-los, sendo que os acionam apenas quando se esgotam todas as alternativas de solucionarem seus problemas com outras terapêuticas. Assim, classificam as doenças como graves aquelas que, justamente, por não terem conseguido êxito ou solução com outras práticas, necessitam da intervenção e dos cuidados produzidos nas instituições oficiais de saúde. De acordo com uma morada:

Os problemas simples são esses que a gente consegue cuidar em casa mesmo sabe. Quando é uma coisa mais grave assim a gente procura a farmácia e em último caso o hospital porque aqui não tem médico. Se depender de esperar aqui você morre.

No caso de Vila Estrela, as pessoas acionam suportes sociais no cuidado com a saúde, isto é, as redes de relações sociais, os terapeutas localizados e as igrejas. Assim, nos termos de De Certeau<sup>6</sup>, no movimento de criarem esses suportes sociais, acabam por criar micro-resistências, onde fundam micro-liberdades, mobilizam recursos sociais e assim deslocam as fronteiras da dominação que é o processo de desigualdade e marginalização que sofrem por não terem acesso a políticas, programas e serviços de saúde, dentre outros.

Nesse sentido, para Dunges et. al.<sup>22</sup> tratar dos conhecimentos e práticas populares de cuidado, necessariamente deve-se discutir a biomedicina, que mantém uma relação de força com essas práticas localizadas. Tendo em vista que a produção da saúde é composta por um conjunto de práticas, diferentes saberes e um leque de experiências, torna-se preciso considerar as formas alternativas de cura, em seu contexto cultural, como complementares e também como a base simbólica das terapias convencionais da ciência modernas.

Os moradores da Vila Estrela reconhecem que para melhorar a saúde da comunidade e do município é preciso que se tenham mais hospitais, centros de saúde e profissionais da saúde, principalmente, médicos. Distantes de qualquer ação pública e do acesso a tecnologias de cuidado oferecidas pelos serviços públicos de saúde, inseridos em contextos de desigualdade em saúde, os moradores de Vila Estrela criam suas práticas de cuidado, apresentam autonomia em desenhar seus itinerários terapêuticos, definem a partir de seus sistemas classificatórios ou de sua base epistemológica suas concepções de saúde e adoecimento e decidem quando procurar um médico ou resolver o problema em casa.

Esse suporte social e socialidades que dinamizam o cuidado com a saúde deveriam ser fomentados conjuntamente com o acesso a tecnologias e melhores condições de existência que segmentos privilegiados vivenciam, mas não é o que o Estado em suas diversas dimensões pretende para com essas pessoas.

### Referências bibliográficas

1. Ibáñez-Novión MA, organizador. *Anatomias Populares: a antropologia médica de Martín Alberto Ibáñez-Nóvion*. 1ª ed. Brasília: EDU-UNB; 2012.
2. Langdon J, Wiik F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latinoam. Enfermagem* [Internet]. 2010 Jun [acesso 22 Jul 2013]; 18(03): 459-466. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
3. MacCallum C. Alteridade e sociabilidade Kaxinauá: perspectiva de uma antropologia da vida diária [Internet]. In: *Seminário Temático Horizontes da Etnologia Indígena: Cosmologias e Formas de Sociabilidade na América do Sul*; 1998; Caxambu, Brasil. Minas Gerais: XXI Encontro Anual da Anpocs; 1995. [acesso 15 Out 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcSOC/v13n38/38cecilia.pdf>
4. Cunha MC, organizadora. *Culturas com aspas*. São Paulo: Cosac & Naify; 2009. p. 301-310.
5. Loyola MA. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. Rio de Janeiro: Difel; 1983. (De Corpo e Alma do Brasil, v. 63).
6. De Certau M. *A invenção do cotidiano: artes do fazer*. Petrópolis: Vozes; 1996.
7. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
8. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2006 Nov [acesso 24 Out 2013]; 22(11): p. 2449-2463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>.
9. Neves JL. *Pesquisa qualitativa - características, usos e possibilidades*. *Cadernos de pesquisas em administração*. 1996; 1(3): [5 páginas].

10. Nakamura E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde soc.* [Internet]. 2011 Mar [acesso 14 Jan 2013]; 20(1): 95-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>.
11. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 61-77.
12. Deslandes SF. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2012. p. 31-60.
13. Moreira WW, Simões R, Porto E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *R. bras. Ci e Mov.* 2005; (13)4: 107-114.
14. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Fundação João Pinheiro – FJP. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2013.
15. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Censo demográfico de 2010. Brasil: IBGE; 2013.
16. Goiás. Prefeitura Municipal de Águas Lindas. História da cidade [Internet], 2009 [acesso 08 Abr 2013]; Disponível em: <http://aguaslindasdegoias.go.gov.br/OLD/page1.html>.
17. Nóbrega MDS. Representações sociais da moradia e da natureza dos moradores de loteamento de baixa renda em Águas Lindas de Goiás-GO [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009.
18. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE). Departamento de Atenção Básica. Brasília; 2013.
19. Maximo MT. Por entre espaços e temporalidades: corpo, memória e história de vida de uma benzedeira [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012 [acesso 15 Out 2013]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/6183>.
20. Valla VV. Pobreza, emoção e saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Rev. Bras. Educ.* 2002; (19): 63-75.

21. Sarti C. Corpo e doença no trânsito de saberes. Rev. bras. Ci. Soc. [Internet]. 2010 [acesso 30 Abr 2015]; 25(74): 77-88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092010000300005>.
22. Dunges JR, Barbiani R, Soares NA, Fernandes RBP, Lima MS. Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2011 Nov [acesso 24 Mar 2015]; 16(11): 4327-4335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200005>.

## **ANEXO C – Normas de submissão do Manuscrito**

### **Normas de submissão revista Interface Comunicação, Saúde, Educação.**

Avaliação Qualis/CAPES

A1 Ensino

A2 Interdisciplinar

A2 Educação

A2 Comunicação/Informação

A2 Letras/Linguística

A2 Arte/Música

B1 Saúde Coletiva

B1 Sociologia

B1 Filosofia

### **PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL**

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

A submissão de manuscritos é feita apenas on-line, pelo sistema Scholar One Manuscripts.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível no link: [http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor\\_revista\\_miriam\\_15\\_](http://issuu.com/revista.interface/docs/autorizacaoautor_revista_miriam_15_).

No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar seu cadastro é necessário que cada autor realize login no sistema com seu usuário e senha, entre no menu no item “Edit Account”, que está localizado no canto superior direito da tela e insira as

áreas de atuação no passo 3 de seu cadastro , no sistema as áreas de atuação estão descritas como “KeyWord”.

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até seis mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até seis mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até seis mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até quinhentas palavras. Título e palavras-chave em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na Internet.

Criação — textos de reflexão sobre temas de interesse para a revista, em interface com os campos das Artes e da Cultura, que utilizem em sua apresentação formal recursos iconográficos, poéticos, literários, musicais, audiovisuais etc., de forma a fortalecer e dar consistência à discussão proposta.

Notas breves — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Nota: na contagem de palavras do texto, incluem-se quadros e excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento estará disponível para upload no sistema.

Nota: para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Acesse o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e siga as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, clique em “Author Center” e inicie o processo de submissão.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Notas breves e Cartas).

Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título (até 15 palavras), resumo (até 140 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

Nota: na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

Notas de rodapé - identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

### Citações no texto

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Exemplo: Segundo Teixeira<sup>1,4,10-15</sup>

Nota importante: as notas de rodapé passam a ser identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses. Devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

Casos específicos de citação:

a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

b) Citação literal: deve ser inserida no parágrafo entre aspas. No caso da citação vir com aspas no texto original, substituí-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

Exemplo: “Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM.” 1

c) Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com 4 cm de recuo à esquerda, em espaço simples, fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas, sem itálico, terminando na margem direita do texto.

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. Exemplo:

Observação: Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

Exemplo:

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver 2.

## REFERÊNCIAS

Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – <http://www.icmje.org>. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separado entre si por espaço duplo.

A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências: Dar um espaço após ponto. Dar um espaço após ponto e vírgula. Dar um espaço após dois pontos. Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

## EXEMPLOS:

LIVRO Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Exemplo: Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Sem indicação do número de páginas.

Nota: Autor é uma entidade: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde. 3ª ed. Brasília, DF: SEF; 2001. Séries e coleções: Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

CAPÍTULO DE LIVRO Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

Nota: Autor do livro igual ao autor do capítulo: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28. Autor do livro diferente do autor do capítulo: Cyrino, EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. In: Tibério IFLC, DaudGalloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

ARTIGO EM PERIÓDICO Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Data de publicação; volume (número/suplemento): página inicial-final do artigo. Exemplos: Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):740.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\*até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número. \*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

DISSERTAÇÃO E TESE Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho. Exemplos: Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final. Exemplo: Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [acesso 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) .

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de acesso (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

DOCUMENTO LEGAL Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação). Exemplos: Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\*Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT - 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

RESENHA Autor (es).Local: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final. Exemplo: Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1119-21.

**ARTIGO EM JORNAL** Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Exemplo: Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

**CARTA AO EDITOR** Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano;v(n.):página inicial-final. Exemplo: Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012;16(43):1143-4.

**ENTREVISTA PUBLICADA** Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado. Exemplo: Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013;715-29.

Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador. Exemplo: Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013:715-29.

**DOCUMENTO ELETRÔNICO** Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de acesso com a expressão “acesso em”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:” Com paginação: Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [acesso em 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>. Sem paginação: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

Nota: Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre haverá o Doi; em outros casos, nem sempre).

Outros exemplos podem ser encontrados em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**ILUSTRAÇÕES** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato jpeg ou tiff, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos podem ser produzidos em Word

ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw).

Nota: No caso de textos enviados para a Seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 200 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

As submissões devem ser realizadas online no endereço:  
<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

### APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Corpo Editorial da revista.

Todo o conteúdo do trabalho aceito para publicação, exceto quando identificado, está licenciado sobre uma licença Creative Commons, tipo DY-NC. É permitida a reprodução parcial e/ou total do texto apenas para uso não comercial, desde que citada a fonte. Mais detalhes, consultar o link:  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/> .

As normas também podem ser acessadas através de nosso site:  
<http://www.interface.org.br/interface.php?id=SUBMISSAO&lg=pt>

## ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Terapeutas populares e tecnologias em saúde no DF e região do entorno

**Pesquisador:** Sílvia Maria Ferreira Guimarães

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34150214.9.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências Humanas/UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 783.155

**Data da Relatoria:** 29/08/2014

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é uma continuidade do projeto desenvolvido com apoio do Edital Universal 14/2011 do CNPq.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

apresentou todos os termos

**Recomendações:**

não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

aprovado

BRASILIA, 08 de Setembro de 2014

---

**Assinado por:**  
Livia Barbosa