

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROSANA FRANCIELE BOTELHO RUAS

REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

BELO HORIZONTE

2016

ROSANA FRANCCIELE BOTELHO RUAS

REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE
SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Universidade Federal de Minas Gerais.

BELO HORIZONTE

2016

Ruas, Rosana Franciele Botelho.
R894r Representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças [manuscrito]. / Rosana Franciele Botelho Ruas. - - Belo Horizonte: 2016.
2016f.: il.
Orientador (a): Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Prevenção de Doenças. 3. Doenças Crônicas. 4. Políticas Públicas. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM : WA 590



Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada “Representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças” de autoria da mestranda Rosana Franciele Botelho Ruas aprovada pela banca examinadora composta pelos seguintes professores:

Prof^a Dr^a Maria Imaculada de Fátima Freitas
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora e presidente).

Prof^a Dr^a Claudia Maria de Mattos Penna
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^a Dr^a. Sônia Maria Soares
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 14 de março de 2016.

Dedico este trabalho aos usuários do sistema de saúde brasileiro, em especial, aqueles que gentilmente compartilharam suas histórias de vida, anseios e desafios na busca diária por saúde.

AGRADECIMENTOS

“Olhar para trás após uma longa caminhada pode fazer perder a noção da distância que percorremos, mas se nos detivermos em nossa imagem, quando a iniciamos e ao término, certamente nos lembraremos o quanto nos custou chegar até o ponto final, e hoje temos a impressão de que tudo começou ontem. Não somos os mesmos, mas sabemos mais uns dos outros. E é por esse motivo que dizer adeus se torna complicado! Digamos então que nada se perderá. Pelo menos dentro da gente...”

João Guimarães Rosa

A Deus,

Meu impulso e objetivo. Cuja presença, força e amor sempre me acompanha e me guarda.

A Prof^a Dr^a Maria Imaculada,

Por seu rigor ético, científico, competência e sensibilidade. Sou imensamente grata pela acolhida, convivência e ímpar oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,
Pela acolhida e oportunidade de um aprendizado de excelência.

Aos meus pais, Carlúcia e Walter,

Pelo amor, exemplo de vida e incentivo, que me fazem ir muito além do que imagino.

As minhas irmãs, Mariana e Ludmila,

Pelo apoio, paciência e força nessa caminhada.

A minha sobrinha, Lara,

Por ser a alegria dos meus dias.

Ao Thiago,

Faltam palavras para agradecer sua compreensão pelos dias difíceis, sua alegria por cada conquista, seu otimismo e incentivo que me fazem seguir em frente a cada dúvida, sobretudo, seu companheirismo, dedicação e amor.

Aos meus colegas de mestrado e amigos,
Andreza, Luís, Emanuela, Selma, Marconi, Jullyane, Mariana, Renata, Suzana,
Tatiane, Écila, Leidy e Mônica por tornar meus dias mais leves e alegres. Sem vocês
essa jornada seria menos iluminada. Levarei o que construímos com muito carinho.
Obrigada Luís, Andreza e Rubi, pelo presente de uma amizade para toda a vida,
vocês tem lugar permanente em meu coração.

Aos membros do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva- NUPESC, em
especial a Ana Mônica, Walquíria e Hercília pelas trocas enriquecedoras de
experiências e contribuição na realização deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq pelo
financiamento da pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de
Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado.

Àqueles que contribuíram, de maneira direta ou indireta, para a realização desta
pesquisa e que torceram pela concretização deste mestrado, muito obrigada!

“Vivendo, se aprende; mas o que se aprende, mais,
é só a fazer outras maiores perguntas”.

João Guimarães Rosa, 1976, p.312.

RESUMO

RUAS, R. F. B. **Representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças**. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

A elevada morbimortalidade devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), configura-se como situação complexa e multicausal, no Brasil e no mundo, abordada frequentemente em pesquisas que as relacionam a fatores objetivos e mensuráveis, e que fundamentam políticas públicas para a sua prevenção e controle. O programa Academia de Saúde foi instituído pelo governo federal em 2011 como estratégia de promoção de saúde que inclui atividades físicas e educação em saúde em estruturas específicas nos municípios brasileiros. Espera-se que a participação da população no programa resulte em melhoria dos indicadores relacionados às DCNT, o que exige pesquisas que considerem aspectos da subjetividade relativos à adesão e mudanças de comportamento, explicitadas nas representações sociais sobre a saúde e a doença. Interroga-se se há reconstruções de posturas sobre saúde e cuidado após inserção no Programa. O objetivo do estudo foi compreender representações sobre saúde e doença de usuários das academias da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, na perspectiva de Alain Giami, realizada com entrevistas abertas com 32 usuários, 11 homens e 21 mulheres. Os dados foram interpretados com base na Análise Estrutural da Narração e desvelaram duas categorias: Saúde e doença: a relação entre a norma social e as possibilidades dos sujeitos; O cuidado nos modos de viver: a influência do gênero e idade. As representações estão ancoradas nas vivências dos entrevistados, suas histórias de vida e interações sociais. Representações de saúde que enfatizam o modelo biológico, reducionistas e centradas em normas e condutas prescritivas, predominam, porém foram encontradas representações que relacionam saúde ao direito e ao acesso a condições básicas de vida, a posturas de prevenção e cuidado, à alegria de viver e ao lazer, mesmo que essas sejam ainda tênues se comparadas às primeiras. Os achados apontam diversidade de expectativas e condutas frente à saúde e doença determinadas pela idade, O protagonismo feminino no universo do cuidar é ressaltado, mas mulheres cuidam de si tardiamente devido às exigências da organização social de gênero, no interior da família e no mundo do trabalho. Esse último é a principal justificativa para a representação de falta de cuidado de homens com a saúde. Os resultados mostram, assim, que o cenário estudado, apesar de representações hegemônicas persistentes, apresenta-se como espaço de construção e de possibilidades de rupturas, indicando que os profissionais das academias devem se comprometer, cada vez mais, com a expansão e aprofundamento da compreensão de concepções mais abrangentes sobre saúde, doença e cuidado, considerando a importância dos aspectos psicossociais no investimento em modos de vida saudáveis. A oferta de ações deve priorizar a autonomia, integralidade, equidade, fundados no protagonismo dos usuários sobre suas escolhas.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Prevenção de doenças. Doenças Crônicas.
Políticas Públicas. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

RUAS, R. F. B. Representations of users of the Health Academy Program on health promotion and disease prevention. 149 f. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

The high morbidity and mortality due to chronic non-communicable diseases (NCD), appears as a complex situation and multicausal, in Brazil and in the world, often addressed in research that relate to objectives and measurable factors, and underlying public policies for its prevention and control. The Health Academy program was instituted by the federal Government in 2011 as a health promotion strategy that includes physical activity and health education in specific structures in the Brazilian municipalities. It is expected that participation in the program will result in improvement of the indicators related to NCD, which requires research to consider aspects of subjectivity concerning the accession and changes in behaviour, synthesized in social representations about health and disease. Wonders if there are reconstructions of postures on health and care after insertion into the program. The objective of this study was to understand representations about health and disease of users of the academies of health of Belo Horizonte, Minas Gerais. This is qualitative research, grounded in the theory of social representations, in the perspective of Alain Giami, performed with interviews with 32 users, 11 men and 21 women. The data were interpreted based on the structural analysis of narration and unfolded two categories: health and disease: the relationship between the social norm and the possibilities of the subject; Care in ways of living: the influence of gender and age. The representations are anchored in the experiences of respondents, their life stories and social interactions. Representations of health that emphasize the biological reductionist model and focusing on prescriptive rules and conduct, predominate, but representations were found relating to health law and access to basic living conditions, the postures of prevention and care, to the joy of living and leisure, even if these are still blurred compared to first. The findings point to diversity of expectations and conduct vis-à-vis the health and disease determined by age, the female role in the universe of the care is emphasized, but women care for you late due to the demands of social organization, within the family and in the world of work. This last is the main justification for the lack of representation of men with health care. The results show that the scenario studied, although persistent, hegemonic representations is building space and possibilities of ruptures, indicating that the professionals of the academies must commit more and more with the expansion and deepening of the understanding of broader conceptions about health, illness and care, considering the importance of psychosocial aspects in the investment in healthy lifestyles. The stock offering should prioritize the autonomy, integrity, equity, founded in the role of the users about their choices.

Keywords: Health Promotion. Disease Prevention. Chronic Diseases. Public Policy. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

QUADRO 1- Artigos encontrados e selecionados segundo base de dados, descritores, critério de inclusão e leitura seletiva	36
QUADRO 2- Descrição dos estudos incluídos na revisão coma temática de saúde e doença	40
QUADRO 3- Descrição dos estudos incluídos na revisão com a temática Doenças Crônicas.....	43
Quadro 4- Caracterização com informações objetivas específicas dos usuários entrevistados nas Academias de Saúde de Belo Horizonte	61
Quadro 5 - Síntese das representações sobre cuidado por faixa etária e gênero dos usuários da PAS	86

FIGURAS

FIGURA 1- Fluxograma da realização da revisão integrativa	38
FIGURA 2- Divisão das regionais de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais	56
FIGURA 3- Categorias emergidas das representações em torno de saúde e doença e de cuidado nos modos de viver	64
FIGURA 4– Subcategorias de “Saúde e doença: a relação entre norma social e possibilidades dos sujeitos”.....	65
FIGURA 5- Esquema síntese das representações dos usuários entrevistados nas Academias de saúde na subcategoria “equilibrar- se em um jogo de contrários”.....	69
FIGURA 6 – “O cuidado nos modos de viver: a influência da idade e gênero	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNTs- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUS- Sistema Único de Saúde

PNPS- Política Nacional de Promoção a Saúde

RAS- Redes de Atenção à Saúde

PNAB- Política Nacional da Atenção Básica

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

VIGITEL- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS- Pesquisa Nacional de Saúde

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

MESH- Medical Subject Headings

DECS- Descritos em Ciências da Saúde

DORT- Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

GD- Grupo de diabéticos

GN- Grupo de não diabéticos

GP- Grupo de profissionais de saúde não diabéticos

PAS- Programa Academia da Saúde

AF- Atividade Física

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Contextualização do problema	16
1.2 Objetivo	22
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 Saúde e doença: aspectos históricos e teóricos	22
2.2 Doenças crônicas não transmissíveis	25
2.2.1 Panorama global no mundo	25
2.2.2 Panorama global nacional	27
2.3 Políticas de promoção da saúde e de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil	29
2.4 Representações sociais	32
2.5 Representações de saúde, doença e Doenças Crônicas Não Transmissíveis: uma síntese da literatura científica.....	35
3. PERCURSO METODOLÓGICO	54
3.1 Cenário e sujeitos do estudo	56
3.2 Critérios de inclusão	56
3.3 Procedimentos de coleta e instrumentos	57
3.4 Métodos de análise	58
3.5 Questões éticas	59
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
4.1 Representações de Saúde e doença: uma relação entre a norma social e a possibilidade dos sujeitos	64
4.1.1 Entre anseios próprios e a norma dos serviços de saúde	65
4.1.2 Equilibrar-se em um jogo de contrários.....	69
4.2 Cuidar nos modos de viver: a influência da idade e gênero	85
4.2.1 A influência da idade no cuidar.....	85
4.2.2 Protagonismo: cuidar como questão de gênero	97

CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	110
ANEXOS	126
APÊNDICES	130

1- INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

As concepções de saúde e doença, no decorrer da história, fundamentam-se na crença em divindades e explicações mágico-religiosas, na antiguidade, seguida da objetividade positivista biologicista da Medicina Moderna e, posteriormente, da Medicina social, precursora do pensamento que engloba o conceito de determinantes sociais em saúde (OPAS, 2003; OMS, 2005; Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais em Saúde, 2006; Carvalho; Buss, 2008; Henry Sigerist, 2011; Lourenço et al., 2012) e perspectivas antropológicas, filosóficas e sociológicas em que saúde e doença são fenômenos primariamente sociais, uma vez que são construídos em uma teia complexa de interações do campo social (KLEINMAN, 1973; YOUNG, 1982; CANGUILHEN, 1990; ALMEIDA FILHO, 2000; LAPLATINE, 2004).

A saúde é vista, ainda, como um objeto múltiplo que integra um sistema adaptativo complexo (Samaja, 1994). Nesse sentido, a Teoria da Complexidade de Morin (2004) serve de base para afirmar que saúde e doença são objetos diversos e ao mesmo tempo unos, plurais, complexos, que envolvem vários planos (Almeida Filho, 2014). Porém, uma compreensão global consistente só é possível ao se pensar modelos “redutores” de complexidade, na perspectiva em que são realizadas análises “locais” ou dos “temas transversais” que visem à integração de várias análises pontuais para compreensão mais ampla (SCHRAMM; CASTIEL, 1992).

Temas transversais que impactam as questões de saúde e doença na atualidade, no Brasil e no mundo, são referentes à vulnerabilidade, magnitude e transcendência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Esse grupo de doenças é responsável por 38 milhões de mortes no mundo das 56 milhões ocorridas no ano de 2012 (WHO, 2014). No Brasil, apesar de a mortalidade atribuível às DCNTs ter diminuído em 20%, entre 1996 e 2007 (Schmidt et al., 2011), elas ainda representam aproximadamente 72% dos óbitos (Brasil, 2011b). A transição demográfica e as desigualdades sociais, bem como a falta de sincronia dos modelos de atenção à saúde em relação ao quadro epidemiológico, acentuam a situação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil.

Dessa maneira, impulsionado por alguns movimentos internacionais, como a Declaração de Alma Ata, em 1978 e a Carta de Otawa em 1986, e nacionais, como o movimento de Reforma Sanitária e 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, no Brasil. O SUS tem como base o conceito ampliado de saúde que “inclui alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições para se garantir a saúde” (Júnia, 2011, p. 1). Todavia, a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) só é aprovada em 2006, e o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNTs, em 2011 (BRASIL, 1986; 2002; 2011b; CZERESNIA; FREITAS 2009; HALLAL et al., 2010).

A PNPS, redefinida em novembro de 2014, enfatiza a necessidade da intersetorialidade e formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Redes de Proteção Social, com ampla participação e controle social, principalmente no que se refere ao enfrentamento das DCNTs. O Plano de Enfrentamento das DCNT, por sua vez, enfatiza o combate das causas das DCNTs, como o tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Tal Plano, juntamente com a PNPS, é alinhado à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL 2011b; 2012b; 2012c; 2014; 2015).

Acredita-se na efetividade de ações na Atenção Básica, principalmente no que se refere à redução dos fatores de risco da DCNT, pela possibilidade de maior contato, vínculo e proximidade da população. Por isso vale destacar o papel da PNAB na organização de redes localmente, integrando Unidade Básica de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, Hospital de Referência, Centro de Referência Social, Programa Saúde na Escola, Telesaúde, Programa Melhor em Casa, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família e o Programa Academia da Saúde. (MALTA, 2014a; BRASIL, 2011a; 2012b).

O Programa Academia da Saúde foi lançado em 2011 com o objetivo de estimular práticas corporais, atividades físicas, lazer e alimentação saudável de maneira a promover hábitos saudáveis de vida na população e prevenir doenças, em especial combatendo as causas das DCNTs, cujos fatores de risco incluem inatividade física e hábitos alimentares (BRASIL, 2011c; WIJNDAELE et al., 2007; PESCATELLO et al., 2008).

O Ministério da Saúde criou o Programa Academia da Saúde, pela Portaria nº. 719, de 07 de abril de 2011 e o redefiniu na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Este tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população, por meio da implantação de espaços com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificados para orientação e acompanhamento de práticas corporais, atividade física e de lazer e outras formas de adesão da população a modos de vida mais saudáveis. O Programa foi inspirado em algumas iniciativas que vinham sendo desenvolvidas em Curitiba, Recife, Aracaju, Vitória e Belo Horizonte (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014a).

Desse modo, o Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampla de saúde que leva em conta o impacto dos aspectos econômicos, políticos e sociais na saúde da população. Este não pretende se restringir às propostas de um ambiente que estimule a prática corporal, atividade física e alimentação saudável, mas vai além com a ideia de oferta de espaços para realização de atividades adaptadas aos aspectos culturais do território, visando à autonomia, ao empoderamento, à equidade e à participação social dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2014a).

Nesse âmbito, o Programa pretende dialogar com outras políticas, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, para o alcance das metas e objetivos de desenvolvimento do milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdades (BRASIL, 2014a).

Desde a implantação, o Programa Academia da Saúde vem crescendo substancialmente. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), consta, em janeiro de 2012, 459 polos de academias da saúde, em dezembro de 2015, 1696 polos cadastrados. Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, conta, hoje, com 64 desses polos, muitos deles funcionando há mais de um ano (CNES, 2015; Belo Horizonte, 2014). Apesar do amplo crescimento de polos do Programa no Brasil, não existem informações sistemáticas sobre a efetividade das ações, impacto na população, desempenho do planejamento e gestão e repercussão na articulação com as redes de atenção em saúde.

Para tal, o Ministério da Saúde, em 2011, por meio do CNPq/DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia - aprovou projeto de avaliação do Programa, em parceria com 11 universidades nacionais. Sua finalidade é avaliar a implantação do Programa Academia da Saúde no Brasil para analisar fatores facilitadores e

obstáculos para a promoção de saúde, especialmente as ações realizadas no Programa. Iniciou-se, então em 2012, um estudo multicêntrico no Brasil intitulado “Academia da Saúde: Avaliação de Programas de Promoção e da Atividade Física no Brasil”, aprovado com parecer consubstanciado nº 151. 238, da Universidade Federal de Pelotas, cujo coordenador está sediado, e financiado pelo CNPq, sob o número 552752/2011-8.

O projeto desdobra-se nos eixos quantitativo e qualitativo. No primeiro eixo, foram incluídos os municípios brasileiros que haviam construído espaços específicos para as academias de saúde com recursos provenientes do Ministério da Saúde, para se avaliar o grau de implantação dos serviços. Para o eixo qualitativo, no qual este subprojeto se insere, foi escolhida a cidade de Belo Horizonte por possuir elevado grau de implantação das academias. Constituída de estudos que agregam aspectos sociais, psicológicos, relacionais e culturais, tal pesquisa visa compreender, na perspectiva dos atores - gestores, profissionais da atenção básica e usuários - como está ocorrendo tal processo e que valor esses atores conferem às atividades em suas vidas e na vida da população. Esse projeto foi intitulado “Avaliação qualitativa das Academias da Saúde de Belo Horizonte: a ótica dos atores” e teve sua coleta de campo realizada entre os meses de março a setembro de 2014.

A presente pesquisa se insere como subprojeto do eixo qualitativo do projeto nacional, e o foco foram as questões psicossociais relacionadas ao processo saúde/doença, do ponto de vista dos usuários, entendendo-as como centrais para as mudanças nas formas de promover saúde, inclusive a adesão ao Programa Academia da Saúde.

Corroborando com Menéndez (2003) entende-se que uma pesquisa centrada nos sujeitos e grupos sociais pode desvelar a forma como diferentes modelos de atenção e abordagens em saúde se articulam nos percursos terapêuticos individuais e coletivos, caracterizados por uma rede de trocas de conhecimentos, de influências mútuas, nos quais as práticas e concepções sobre saúde/doença são (re) construídas continuamente, dando emergência a novos modelos de atenção à saúde. Desse modo, afirma-se que as políticas públicas devem ser capazes de reconhecer a pluralidade dos saberes, a autonomia dos sujeitos e entender que os fatores globais estão presentes nos eventos locais (LANGDON, 2014).

Assim, tomando-se como análise o contexto plural de saberes, atores e condições de vida, associado aos modelos de atenção a saúde que não têm dado conta de mudar o panorama nacional de alta morbimortalidade por DCNTs, depreende-se a necessidade de estudos que elucidem os aspectos que envolvem as escolhas e condutas dos sujeitos e coletividades. Não há combate a ser realizado contra um vetor ou micro-organismo, mas um conjunto vasto de mudanças que abrangem tanto as formas de viver dos sujeitos como as bases coletivas para o enfrentamento das DCNTs.

Nessa perspectiva, as causas atribuíveis à magnitude das DCNTs são frequentemente abordadas em pesquisas e políticas de saúde e relacionadas a fatores objetivos, como a inatividade física, alimentação inadequada, a genética, sexo, tabagismo, diabetes, hipertensão e dislipidemias. Todavia, estudos os quais evidenciam que as condições que envolvem da promoção de saúde e da prevenção de doenças crônicas não se relacionam apenas a fatores objetivos e condições materiais de existência na sociedade, mas estão também associados a modos de vida e aspectos sociais e culturais, potencialmente modificáveis, são escassos. Publicações nacionais e internacionais referem-se a essa escassez e buscam desvelar o que é comumente chamado de pesquisa qualitativa na área das DCNTs (SYME; BERKMAN, 1976; PIKO; STEMPSEY, 2002; PITANGA, 2002; CHAGAS et al., 2009; NEYLON et al 2013; MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

Dessa maneira, os modos de vida se relacionam com aspectos psicossociais dos sujeitos e coletividades, com base nos contextos de vida, nas representações, valores e cultura, com compartilhamento e aprendizados sociais que se dão ao longo da vida (Máximo; Freitas, 2014), nos quais os sujeitos têm suas significações imaginárias específicas, o que dita, em parte, sua conduta em relação ao processo saúde e doença (LEVY et al., 2001).

Nesse sentido, a teoria das representações, que está centrada nos processos de interação social e visa caracterizar e explicar as influências mútuas entre os indivíduos e a realidade dos grupos sociais, poderá contribuir para uma análise da influência da cultura nos valores introjetados e nas condutas assumidas (MOSCOVICI, 1978; GIAMI e VEIL, 1997). Essa teoria ressalta a influência dos mecanismos psíquicos e sociais na formulação de representações de objetos no cotidiano dos sujeitos, evidenciando o papel das interações nos processos externos e internos de compreensão e interpretação da realidade, bem como desvelam o

sentido que os sujeitos dão a suas práticas e hábitos diários (GIAMI; VEIL, 1997; GIAMI, 2012).

Mássimo e Freitas (2014) afirmam que a prevenção das DCNTs depende das representações sobre risco, individuais e de grupos sociais, como daquelas por faixa etária. Afirmam que as escolhas são realizadas e moduladas pelos contextos de vida e fundamentadas nas representações reunidas nas trajetórias de vida. Essas representações concentram as formas de lidar com a saúde e o risco, que se opõem fundamentalmente ao modelo de atenção em saúde ainda predominantemente medicalizado. As DCNT, nesse cenário, são importante pano de fundo para o desvelamento das questões que envolvem a saúde e doença.

Sendo assim, o presente estudo fundamenta-se na teoria das representações na busca da compreensão sobre os modos de pensar e agir sobre saúde e doença, dentro do Programa Academia da Saúde.

Pressupondo que condutas e práticas no lidar com a saúde e doença têm base psicossocial, a interrogação é se as maneiras de pensar e agir sobre saúde e doença, reconstroem-se pela participação na estratégia pública do Programa Academia da Saúde.

As respostas a esse questionamento poderão contribuir para um debate mais amplo dos aspectos condicionantes ao maior ou menor investimento e adesão a modos de vidas saudáveis, como preconizado pelo programa, possibilitando uma reflexão mais profunda sobre a atenção a saúde nesses espaços.

Assim, espera-se que este estudo contribua na produção de conhecimento relacionado à promoção de saúde e prevenção de doenças, com o preenchimento de lacunas encontradas no que se refere à integração da reflexão dos usuários dos serviços de atenção básica, sobre as maneiras de viver de modo saudável, para além do senso comum de pensar a saúde e a doença em seus aspectos biológicos e tratamentos medicamentosos. Os resultados poderão fornecer subsídios para elaboração e redirecionamentos de políticas públicas sociais e de saúde, na vertente da promoção desta, com possibilidades de modificações de modos de vida das pessoas, em suas singularidades e universalidades, paralelamente à reconstrução de contextos favorecedores da saúde e qualidade de vida.

1.2 OBJETIVO

Compreender representações sobre saúde e doença de usuários das academias da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde e doença: Aspectos históricos e teóricos

As concepções em saúde e doença construídas ao longo do tempo são marcadas pela busca de construção de conhecimento acerca dos sofrimentos humanos. Inicialmente as respostas concentravam-se na crença de causas sobrenaturais, características da visão mágico-religiosa. Com o advento da Medicina Moderna, passa a predominar um pensamento positivista que apresenta explicações sobre saúde e doença a partir de mecanismos fisiopatológicos, por meio de objetos mensuráveis de natureza objetiva. Pensamento que influenciou significativamente a ciência até os dias atuais (ARANTES et al., 2008).

Em 1946, no sentido de ampliar as noções e práticas em saúde, Henry Sigerist, um pioneiro da Medicina Social, introduz a concepção de promoção de saúde e amplia os conceitos de prevenção de doenças, tratamentos, recuperação e reabilitação. Ademais, propõe pensar a saúde como algo além da doença e o tratamento além do clínico, mas também de cunho social. Tal pensamento serviu de impulso para construções mais vastas e profundas em saúde (LOURENÇO et al., 2012).

Ainda na tentativa de consolidar concepções mais amplas em saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “completo bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1947). Apesar de romper com o pensamento reducionista e simplista de saúde, tal conceito foi criticado por ser considerado inatingível (BATISTELLA, 2007).

Com delineamentos mais concretos, Marc Lalonde, em 1974, propõe que o campo da saúde compreenda quatro determinantes gerais: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde, por entender que esta se dá não somente pela aplicação do saber produzido pelas

ciências da saúde, mas também pelas atitudes, hábitos saudáveis de vida e decisões inteligentes do indivíduo e da coletividade. Adoecer e estar saudável, para esse autor, não depende apenas de aspectos físicos e genéticos, mas são influenciados por fatores socioeconômicos, que têm relação direta com a saúde e qualidade de vida, como a alimentação, educação, renda, lazer, infraestrutura sanitária, ambientes adequados de moradia, entre outros (LALONDE, 1974; LOURENÇO et al., 2012).

Nesse sentido, nos últimos anos, vários modelos têm sido desenvolvidos para elucidar os determinantes sociais em saúde para viabilizar políticas, como os propostos por Dahlgren e Whitehead em 1991, Diderichsen e Hallqvist em 1998, Mackenbach em 1994 e o de Marmot e Wilkinson em 1999. Tais modelos evidenciam como a relação dos determinantes sociais de saúde, as transformações socioeconômicas, culturais e políticas influenciam o modo como o sujeito e a coletividade organizam sua vida. Essas transformações podem favorecer ou dificultar o acesso à promoção de saúde e influenciar o padrão de adoecimento (OPAS, 2003; COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2006; CARVALHO; BUSS, 2008; MARMOT, et al., 2008; WHO, 2010).

Em contraponto, Christopher Boorse (1977), caracteriza a saúde como ausência de doença, com uma reivindicação naturalista sustentada por uma teoria médica livre de valores de saúde e doença para alcançar objetividade e visão evolutiva da aptidão biológica. Tal pensamento foi predominante nos Estados Unidos nos anos de 1980, momento em que o país viveu o Sanitarismo, marcado pelo uso das tecnologias e pelo paradigma microbiano na expansão de práticas preventivas. O pensamento de Boorse (1977) marcou os modelos de atenção à saúde nos anos subsequentes, e até hoje é presente, mas não dá conta dos fenômenos que envolvem a vida, morte, saúde, doença, bem estar e sofrimento (GUERRERO, 2010; AZEVEDO, 2015).

Contudo, Laplantine (1986) discorda de Boorse (1977) ao destacar que o próprio modelo médico é construído social e culturalmente a partir de lógicas interpretativas da realidade (LAPLANTINE, 1986). A antropologia, nesse sentido, teria a função de identificar os diferentes estímulos sociais à produção de representações em saúde e doença, ao trabalhar os materiais culturais que trouxessem aspectos históricos dos sentidos e significados das doenças e da cura, explicitados, por ele, por meio de uma rica abordagem de diferentes lógicas de

modelos etiológicos e terapêuticos presentes na sociedade, com uma predominância da lógica da saúde como resultado da prática médica (CANESQUI, 2003).

Nessa lógica, elucidando a doença como algo proveniente da experiência social, construída na interação do sujeito com o meio, Kleinman (1973) sugere a distinção da perspectiva biológica e cultural da doença, utilizando os termos *disease* (patologia na perspectiva biomédica)/ *ilness* (doença na perspectiva do sujeito)/ *sickness* (enfermidade como algo construído socialmente)/ *disorder* (transtorno). Entretanto, Young (1982) critica e acrescenta que o sujeito não é apenas uma arena de significados da enfermidade, este conta com elementos sociais que conformam e resignificam a construção das condições de doença e de saúde. Além disso, esse pesquisador reformula a ideia de Kleinman (1973) de que *disease* = *ilness* + *sickness* e cria o Complexo DEP (doença, enfermidade e patologia) que são categorias equivalentes hierarquicamente (Kleinman, 1973; Young, 1982). Apesar de avançar em relação ao modelo biomédico, os autores focalizam o retorno do enfermo ao seu funcionamento normal, sem problematizar o que seria considerado padrão de normalidade, na mesma ideia de pensar a saúde como ausência de enfermidade (ALMEIDA FILHO, 2011).

Canguilhem (1990) reflete acerca do normal e patológico e conclui que o normal não é o “sadio”, mas uma condição associada a normas determinadas socialmente, problematizando assim que o patológico não assume oposição lógica à saúde. Essa visão evidencia que o fenótipo se dá não apenas pelos aspectos biológicos, mas também pelos modos de vida, o que implica um sentimento de poder e enfrentamento pelas pessoas nas situações que envolvem saúde e doença (CANGUILHEN, 1990; AYRES, 1997).

Desse modo, analisando criticamente as propostas anteriores, pode-se concluir que as tentativas de compreender a saúde se reduzem a algo do campo social, antropológico, biológico e filosófico e não avançam em pensar na perspectiva da complexidade.

Fundamentado em Samaja (1994), que acredita que a saúde é um objeto complexo que contém sub-objetos em diferentes níveis de integração, e apoiando na Teoria da Complexidade de Morin (2004), Almeida Filho (2014) sugere a superação de modelos causais simplistas por meio da integralidade do conhecimento e transdisciplinaridade, entendendo que saúde e doença são objetos diversos e ao mesmo tempo unos que fazem parte de um todo. Sua proposta, denominada

Holopatogênese, trata de uma abordagem da complexidade na modelagem de enfermidade-moléstia-doença, com diferentes interfaces, biomolecular-imunológica, fisiopatológico-clínica, epidemiológica-social, além dos modelos linguísticos e simbólicos apoiados na cultura. Estas são interconectadas em rede na qual às vezes se produz doença, às vezes saúde, demonstrando que ambas ocorrem em diferentes níveis transversalmente. Essa proposta sugere que a compreensão da saúde e doença não deve ser definida pela via da fragmentação, mas por construções teóricas apoiadas no referencial da complexidade (ALMEIDA FILHO, 2014; 2013).

Nesse ensejo, Schramm e Castiel (1992) afirmam que, para uma compreensão global consistente da saúde, é necessário aprofundamento da análise local por meio de modelos “redutores” de complexidade que visem à integração de várias análises locais. Sugerem uma epidemiologia heterogênea em objetivos, métodos e práticas, na qual a interdisciplinaridade seja marcante para garantir um novo quadro epistêmico da complexidade. Esse quadro deve orientar-se pela aliança entre ciências naturais e humanas, que permitam olhar a saúde e doença simultaneamente, como um objeto do campo natural, histórico, social, cultural, individual e coletivo.

Por conseguinte, isso sugere uma epidemiologia que estude não somente as situações de saúde, mas também as representações em saúde e suas determinações e condicionantes, e que resulte em um modelo teórico que reflita o modo de vida como determinante de saúde e doença, em especial nas DCNTs, que são um relevante problema de saúde pública (MASSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

2.2 Doenças crônicas não transmissíveis

2.2.1 Panorama global no mundo

O quadro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) se constitui em desafio para a saúde pública mundial, uma vez que é a principal causa de mortes no mundo. Em 2012, foram 38 milhões (68%) de 56 milhões de mortes no mundo, mais de 40% (16 milhões) foram mortes prematuras com idade inferior a 70 anos (WHO, 2014). Há previsões de que, no ano de 2020, a mortalidade por doenças crônico-degenerativas represente 73% dos óbitos no mundo (CAMPOS et al., 2013).

A principal causa de mortes em 2012 foi a doença cardiovascular, responsável por 17,5 milhões de mortes, ou 46% das mortes por DCNTs. Destas, estima-se que 7,4 milhões se devem às doenças cardíacas isquêmicas e 6,7 milhões aos acidentes vasculares cerebrais (WHO, 2014).

Entretanto, uma grande percentagem de doenças não transmissíveis é evitável pela redução de seus principais fatores de risco comportamentais como: uso do tabaco (mortalidade 6 milhões de mortes/ ano), inatividade física (3,2 milhões de mortes/ ano), uso nocivo de álcool (2,3 milhões de mortes/ ano) e dieta pouco saudável que influencia o aumento da pressão arterial (7,5 milhões de mortes/ ano), o sobrepeso (2,8 milhões de mortes/ ano), a elevação do colesterol (2,6 milhões de mortes/ ano) e a obesidade que, desde 1980 até os dias atuais, dobrou na população mundial (WHO, 2010).

Os fatores de risco são potencialmente modificáveis e sofrem grande influência dos determinantes sociais que refletem no quadro de predominância de mortalidade prematuras (82%) em países de baixa e média renda. As projeções apontam para que essas mortes só aumentem nesses países. Entre 2011-2025, em países de baixa e média renda, são estimadas perdas econômicas, devido às DCNTs, de US \$ 7 trilhão (WHO, 2014).

Desse modo, as DCNTs atingem mais as classes sociais mais baixas, colocando-as em um círculo vicioso: maior exposição aos fatores de risco para DCNTs e essas, por sua vez, contribuem para a diminuição da renda das famílias, aumentando a vulnerabilidade. Há fortes evidências para a correlação entre uma série de determinantes sociais, educação, ocupação, renda, gênero e etnia, em especial a educação, e prevalência de DCNTs e fatores de risco (WHO, 2010). As consequências pessoais, sociais e econômicas das DCNTs são sentidas em todas as economias e sociedades, mas são particularmente devastadoras em populações pobres e vulneráveis (WHO 2014).

No sentido de enfrentar o impactante quadro das DCNTs, destacam-se algumas iniciativas, como a 53ª Assembleia Mundial de Saúde, no ano 2000, que aprovou a resolução sobre a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis; em 2004, a Estratégia Global para alimentação, atividade física e saúde; em 2011, a primeira Conferência Ministerial Global sobre estilos de vida saudáveis e controle de doenças não transmissíveis, que objetivou apoiar os Estados-Membros a desenvolver e fortalecer as políticas e programas prevenção de DCNTs e estilos de

vida saudáveis. Houve, ainda, em 2011, a Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas, culminando na Declaração Política de DCNTs, em que os chefes de Estado e de Governo reconheceram essas doenças como uma grande ameaça para as economias e as sociedades e assumiram compromissos para enfrentamento delas (MALTA et al., 2014b).

Em 2013, a sexagésima sexta Assembléia Mundial da Saúde aprovou o Plano de ação global para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis 2013-2020 e um quadro de monitoramento global abrangente, incluindo um conjunto de nove metas globais voluntárias que terão de ser atingidas até 2025: redução relativa da mortalidade global de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, e doenças respiratórias crônicas (25%), do uso nocivo do álcool (10%), da insuficiente atividade física (10%), do consumo médio de sal/sódio pela população (30%), da prevalência do consumo de tabaco (30%), da prevalência de pressão arterial elevada (25%) e conter o aumento do número de diabéticos e obesos, ter disponibilidade de 80% dos tecnologias de base e medicamentos essenciais para tratar as principais DCNTs em serviços públicos e privados de saúde, com pelo menos 50% das pessoas elegíveis recebendo terapia medicamentosa e aconselhamento (WHO, 2014).

Nessa sequência, o relatório mundial sobre DCNTs de 2014 enfatiza sete mensagens centrais: as DCNTs são barreiras fundamentais para redução da pobreza e desenvolvimento sustentável; apesar do progresso de alguns países, a maioria está fora do curso para atender as metas mundiais; os países devem se mobilizar para um compromisso político de desenvolvimento de ações de alto impacto; todos os países devem ser responsáveis por estabelecer metas nacionais e atingi-las; devem ter estabelecidas estruturas e processos de colaboração intersetorial e multisetorial; realizar investimentos em sistemas de saúde para melhoria dos resultados em DCNTs; e realizar investimentos institucionais e em recursos humanos (WHO, 2014).

2.2.2 Panorama Global Nacional

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam 72,7% dos óbitos notificados, com destaque para aparelho circulatório, neoplasias, respiratórias crônicas e diabetes. Estas são responsáveis também por perda da qualidade de vida e impacto social e econômico para as famílias e sociedade (BRASIL, 2011b).

De acordo com dados da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL, de 2013, são fatores de risco para DCNTs: tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de carne com excesso de gordura, consumo regular de refrigerantes e inatividade física. Como fator de proteção significativo, encontra-se o consumo de feijão (BRASIL, 2014b). Na população adulta, de 26 capitais e o distrito federal, monitoradas pelo VIGITEL, observa-se um aumento do excesso de peso de 43,2%, em 2006, para 51,0% em 2012, e a prevalência da obesidade de 11,6% para 17,4% (MALTA et al., 2014b).

Nessa lógica, hábitos saudáveis de vida como a prática de atividade física e a alimentação saudável têm sido considerados como principais formas de redução dos fatores de risco de desenvolvimento de DCNTs, bem como de tratamento e controle destas (BRASIL, 2011c; WIJNDAELE et al., 2007; PESCATELLO et al., 2008).

Todavia hábitos saudáveis sofrem influências do macro contexto e não são acessíveis a toda a população. Estudos demonstram que a morbimortalidade por DCNTs é influenciada pelas condições socioeconômicas, acesso a serviços de saúde e padrões de consumo, entre outros (WHO, 2010).

Um comparativo entre 2008 a 2013, confrontando as tendências dos indicadores do VIGITEL na população com e sem planos de saúde, foram encontradas diferenças nos modos de vida entre os adultos filiados ou não a planos de saúde privados, sendo constatados hábitos mais saudáveis entre os primeiros. Tais resultados indicam a necessidade de investimento na expansão de serviços do Sistema Único de Saúde como relevante para a redução das desigualdades (MALTA; BERNAL; OLIVEIRA, 2015).

Além do significativo efeito da DCNTs para saúde, há grande impacto nos custos de tratamento para os indivíduos, suas famílias e do governo. No Brasil, estima-se que os gastos com DCNTs ficará em torno de U\$4,18 bilhões, entre 2006 e 2015, devido a doenças cardíacas, derrame e diabetes. Com o envelhecimento populacional esse quadro tende a se agravar; nesse sentido são necessárias ações urgentes para que as possibilidades de tratamento e prevenção não supere a capacidade de pagamento (ABEGUNDE, 2007).

2.3 Políticas de promoção da saúde e de enfrentamento das DCNT no Brasil

Com a finalidade de se organizarem e haver patamares comuns no enfrentamento das doenças e agravos à população, os países têm se articulado nas últimas décadas em conferências e cartas, na tentativa de propor planos para a promoção de saúde e prevenção de doenças. Destaca-se a Declaração de Alma Ata, formulada na “Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde”, em 1978, que deu ênfase à promoção da saúde para todos, sobretudo para os países em desenvolvimento. No início da década de 1980, foi introduzida a ideia do contexto social como forte determinante de saúde, na “Primeira Conferência Nacional de Saúde” que ocorreu no Canadá. Essa conferência serviu de impulso no planejamento a Primeira Conferência Internacional de Promoção a Saúde, em 1986. Nessa ocasião, foi apresentada a Carta de Ottawa, documento que traz a proposta de uma abordagem Inter setorial, de participação e responsabilidade da comunidade na formulação de políticas públicas e enfatiza a clara relação de interdependência entre atenção primária em saúde, promoção de saúde e cidades saudáveis (BRASIL, 2002; HALLAL et al., 2010).

Em consonância com o contexto mundial, a promoção de saúde no Brasil começa a delinear-se de maneira mais marcante a partir do Movimento de Reforma Sanitária, que defendeu um conjunto de transformações necessárias à atenção à saúde, desde 1970. Tal movimento resultou em um pensar ampliado sobre a saúde, a partir de múltiplos determinantes, que associado a um contexto de luta pela democracia no País, tornou fértil o terreno para pensar políticas públicas para todos de maneira integral e equânime, e a autonomia dos sujeitos na construção da saúde. Esse novo pensar foi materializado e expresso na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, importante marco para a inclusão na Constituição de 1988 da saúde como “direito de todos e dever do estado” e para a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1986; 2002).

Apesar de se pensar a promoção desde a década de 1970, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) só foi implantada em 2006. A PNPS, fundamentada no conceito ampliado de saúde, para além da ausência de doença e que envolve as diversas dimensões sociais e individuais dos homens, tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como modos de viver,

trabalho, habitação...” (BRASIL, 2006, p. 17). A proposta da PNPS é de que as intervenções abarquem as necessidades de saúde com seus determinantes e condicionantes, com uma saúde além “muros” e que aconteçam de modo a favorecer e ampliar as possibilidades de escolhas saudáveis por indivíduos e sociedades em seu território (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, a PNPS tem como ações específicas: promoção de alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, em decorrência de acidentes de trânsito, além de prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Desde a implantação, a PNPS apresentou progressos e significativos desafios. Ao fazer um balanço da implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde entre 2006 a 2014, Malta et al. (2014a) destacam o cumprimento da agenda de 2006 a 2007 e a inserção de novos temas ao longo dos anos, tais como o projeto Vida no Trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola, dentre outros. Descreve ainda novas demandas e compromissos assumidos nas Conferência de Alto Nível Organização das Nações Unidas– DCNT (2011), Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011), Conferência Rio + 20 (2012) e 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde (2013) (MALTA, 2014b).

Em 2014, o Ministério da Saúde realizou uma ampla revisão da PNPS que culminou na Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefinindo-a. Essa nova política aprofunda ações que já estavam sendo realizadas, mas destaca a importância da intersetorialidade e da participação com outras políticas públicas, por considerar que as prioridades da nova agenda não serão alcançadas apenas pelo campo da saúde. A nova PNPS, baseada no conceito ampliado de saúde e no referencial teórico da promoção da saúde, serve para reafirmar as pautas da promoção à saúde e prevenção de doenças nas articulações em rede de atenção à saúde (RAS) e redes de proteção social, com ampla participação e controle social, principalmente no que se refere ao enfrentamento de doenças em geral e DCNTs (BRASIL, 2014a).

Juntamente à PNPS, o investimento em serviços de saúde e o monitoramento das tendências das DCNTs e seus fatores de risco são objeto de estudo e de ações

globais e nacionais que buscam identificar vulnerabilidades sociais e formas de detê-las. Nesse sentido, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas reuniu chefes de estados e países para a assunção de compromissos como a redução de fatores de risco como tabagismo e inatividade física e o Brasil, em 2011, elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil, 2011-2022 (BUSS et al., 2014).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil aborda os fatores de risco para as principais DCNTs (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Apresenta como objetivo a promoção do desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNTs e seus fatores de risco, além do fortalecimento dos serviços de atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, os eixos do Plano fundamentam-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, por meio do VIGITEL (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNTs), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e pesquisas junto à Rede Nacional de Promoção a Saúde; b) promoção da saúde por meio da PNPS; c) cuidado integral, com foco na intersetorialidade, implantação e consolidação das redes de atenção. Tais eixos, alinhados às Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e Política Nacional da Atenção Básica, trabalham para o enfrentamento das DCNTs (BRASIL, 2013b; MALTA, 2014b).

Em avaliações recentes sobre o alcance de metas do plano de enfrentamentos observou-se, entre 2010 e 2013, redução de 3,8% na mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNTs entre 2010 e 2011; e redução, no consumo do tabaco de 19,8% e de consumo abusivo de álcool de 9,3%. No mesmo período, houve aumento no consumo de frutas e legumes em 21%, nos níveis de atividade física em 12,3%, e na cobertura de mamografia em 6,3%; além de estabilidade no número de citologias oncóticas realizadas. A meta referente à contenção da obesidade não foi alcançada, tendo se apresentado aumento de 15,9%.

Portanto, tais dados reforçam a necessidade de estratégias amplas voltadas para a redução desse importante fator de risco que é a obesidade. Nesse sentido, a atividade física é mantida como prioridade para a PNPS, que destaca a implantação

e fortalecimento do Programa Academia da Saúde no país (MALTA e SILVA JUNIOR, 2014). O Programa foi instituído em 2011 e está sob a governança direta das prefeituras municipais, com financiamento e controle do Ministério da Saúde, com a oferta, principalmente, de atividade física para a promoção da saúde da população (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014a).

2.4 Representações sociais

A teoria das representações sociais contribui para análise da influência da cultura nos valores introjetados e nas condutas assumidas. Essa teoria foi construída por Moscovici (1978) que, ao reformular a teoria das representações coletivas de Durkheim (1969), conceituou as representações como sociais e as considerou como um conjunto organizado de informações, crenças e atitudes que a coletividade ou indivíduos elaboram sobre um objeto, uma situação ou um conceito, de outros indivíduos ou grupos, representando uma visão subjetiva e social da realidade, a qual contribui para a constituição de uma realidade comum a um conjunto social.

Existem dois processos básicos que dão origem a representação social na teoria de Moscovici (1978), a objetivação e ancoragem. A objetivação trata da passagem de ideias ou conceitos em esquemas ou imagens concretas, sem, no entanto, garantir sua inserção orgânica; essa inserção acontece com um movimento dialético com a ancoragem, que garante a consignação de sentido em torno do objeto através de uma rede de significações externas. Na ancoragem, a representação vai buscar a matriz na qual se inserir, entendendo-se por matriz o sistema de pensamento social preexistente que dá sentido à representação.

Jodelet (2001) parte da noção básica de que uma representação social é uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, e que considera dados internos e externos do conteúdo real e imaginário do individual ou coletivo, e que confere sentido à realidade cotidiana. As pessoas constroem representações como forma de dominar, compreender e explicar os fatos e o universo da vida.

Giami e Veil (1997), Giami (2012) consideram que toda representação é social e é introjetada pelos indivíduos que nelas acrescentam as suas

singularidades, mantendo um processo circular de trocas entre o interior (a subjetividade) e o exterior (a sociedade), não sendo necessário adjetivá-la, porque é

“estruturada por processos psíquicos que são constitutivos e participam do fenômeno social em sua totalidade, passando pela sociocultura contemporânea e passada, não havendo, portanto, rupturas entre as expressões e os significados individuais e coletivos das representações” (GIAMI; VEIL, 1997, p.52).

A conceituação defendida por Giami e Veil é encontrada em Morvan (1990) que afirma que as representações são “o ponto de vista do indivíduo em relação a um objeto, ou antes, trata-se do objeto conforme vivido e sentido pelo indivíduo em sua complexidade”. Nesse sentido, vão além da noção apresentada por Moscovici (1978) que as representações são, também, construções individuais que são modificadas e reconstruídas nas interações sociais, partilhando-se pontos de vista, julgamentos e opiniões que podem se tornar construções coletivas e permanecerem como valores compartilhados na teia social. Dessa maneira, consideram que o social é também encontrado nos discursos individuais, porque terão a subjetividade dos indivíduos como constitutivo do processo de ancoragem e objetivação. Além disso, Moscovici (1978) traz a ideia de que as representações são construídas pela transição de conhecimento científico em senso comum. Enquanto Giami; Veil (1997), Giami (2012) afirmam que uma representação surge de qualquer elaboração, inclusive do senso comum, como forma de conhecimento sobre qualquer objeto, não pressupondo um conhecimento científico prévio que será “vulgarizado” para ser chamado de representação social.

Para esses autores, as representações se constituem em originais ou profundas e em superficiais ou periféricas. As representações profundas ancoram as superficiais, sendo que estas se alteram com maior facilidade ao longo tempo. Isso poderia explicar os modos de constituição de hábitos alimentares ou o cuidado e auto-cuidado em saúde, bem como as dificuldades para modificá-los ao longo da vida, por exemplo.

Os autores supracitados se apoiam na concepção cognitiva de Flament (1989) e na Psicoanalítica de Kães (1976) para considerarem a existência do núcleo profundo situando-se em posição dinâmica com as representações periféricas consideradas como um “para-choque” entre a realidade e essa representação original que não muda facilmente. O Ego, segundo Kaës (1976), exerce suas forças

de repulsão naquilo que o ameaça, sendo criados ajustamentos na superfície ao mesmo tempo em que se reforça a resistência pelas representações mais profundas.

Para Giami e Veil (1997) a representação é, então, estruturada por processos psíquicos que são constitutivos e participam do fenômeno social em sua totalidade, fundamentando assim o caráter psicossocial das representações em sua teoria. Para tal, citam Adorno (1944 *apud* Giami e Veil, 1997, p. 52), sociólogo alemão, o qual afirma que “o elemento social é redescoberto nas categorias psicológicas sem apelar prematuramente ao social e econômico. Esse elemento é redescoberto onde está o inconsciente, que tem uma ligação indireta e complexa com a sociedade”.

O referencial teórico das representações sociais tem sido muito utilizado no campo da saúde, uma vez que evidencia a relação dos aspectos psicossociais com o processo de saúde-doença, que influenciam tanto as condutas pessoais assumidas quanto as práticas sociais coletivas, demonstrando a força das interações e do contexto simbólico e social como substrato psíquico para interpretar a realidade. A vertente das representações proposta por Giami; Veil (1997) e reforçada em outros estudos do primeiro autor (GIAMI, 2012) foi o referencial teórico utilizado para a construção da interpretação do material da pesquisa.

Logo, entender as relações entre os sujeitos e a realidade social como relevantes na história do processo de saúde/doença traz a compreensão desse processo como não pertencente apenas à história dos progressos científicos, mas também pautado em saberes e práticas comuns ao sujeito social, que culminam em representações (BARRETO et al., 2007).

2.5 Representações de saúde, doença e DCNT: um panorama da literatura científica

Como teóricos sobre o tema enfatizam (Laplatine, 2004; Canguilhem 1990; Kleinman, 1973; Young, 1982; Almeida Filho, 2000) a saúde e doença são fenômenos marcadamente sociais, uma vez que os modos de vida assumidos e as manifestações do fenótipo são em grande parte influenciadas por representações construídas em uma rede complexa de interações no campo social.

Com o intuito de discutir as representações de saúde, doença e DCNTs foi realizada revisão integrativa na literatura científica atual, que partiu da definição de uma questão norteadora: Quais representações de saúde, doença e DCNTs estão relatadas na literatura científica?

A busca nos bancos de bibliografia aconteceu nos meses maio e junho de 2015, a partir do estabelecimento de critérios que permitissem rigor e sistematização dos estudos. Os critérios de inclusão foram: artigos científicos com os descritores representações, saúde e doença e doenças crônicas; disponíveis na íntegra em formato eletrônico, em inglês, espanhol, francês e português; publicados no período de 2010 a 2015.

As seguintes bases de dados foram utilizadas para realização das pesquisas : Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Portal de Periódicos CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e PubMed. A escolha por essas bases de dados se deu por sua relevância nacional e internacional em publicações científicas conceituadas de impacto nas ciências da saúde. Utilizou-se “and” como operador booleano para o cruzamento dos descritores controlados “saúde” (health), “doença”, “enfermidade” e “patologia” (disease, illness, *sickness*), encontrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e conferidos no *Medical Subject Headings* – MESH, e o descritor não controlado “representações” (representation).

Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007), os descritores controlados são os encontrados nos DECS e MESH utilizados para indexação de artigos nas bases de dados, os não controlados são sinônimos que representam o assunto a ser pesquisado, mas não foram utilizados para indexação dos estudos, mas quando usados na pesquisa permitem busca e refinamento.

O critério de utilização do referencial teórico das representações sociais e a abordagem da temática saúde, doença e doenças crônicas não transmissíveis foram utilizados para a leitura seletiva. Os artigos selecionados na leitura seletiva foram incluídos na amostra final.

O QUADRO 01 mostra a relação dos artigos encontrados e selecionados segundo base de dados, descritores, critério de inclusão e leitura seletiva.

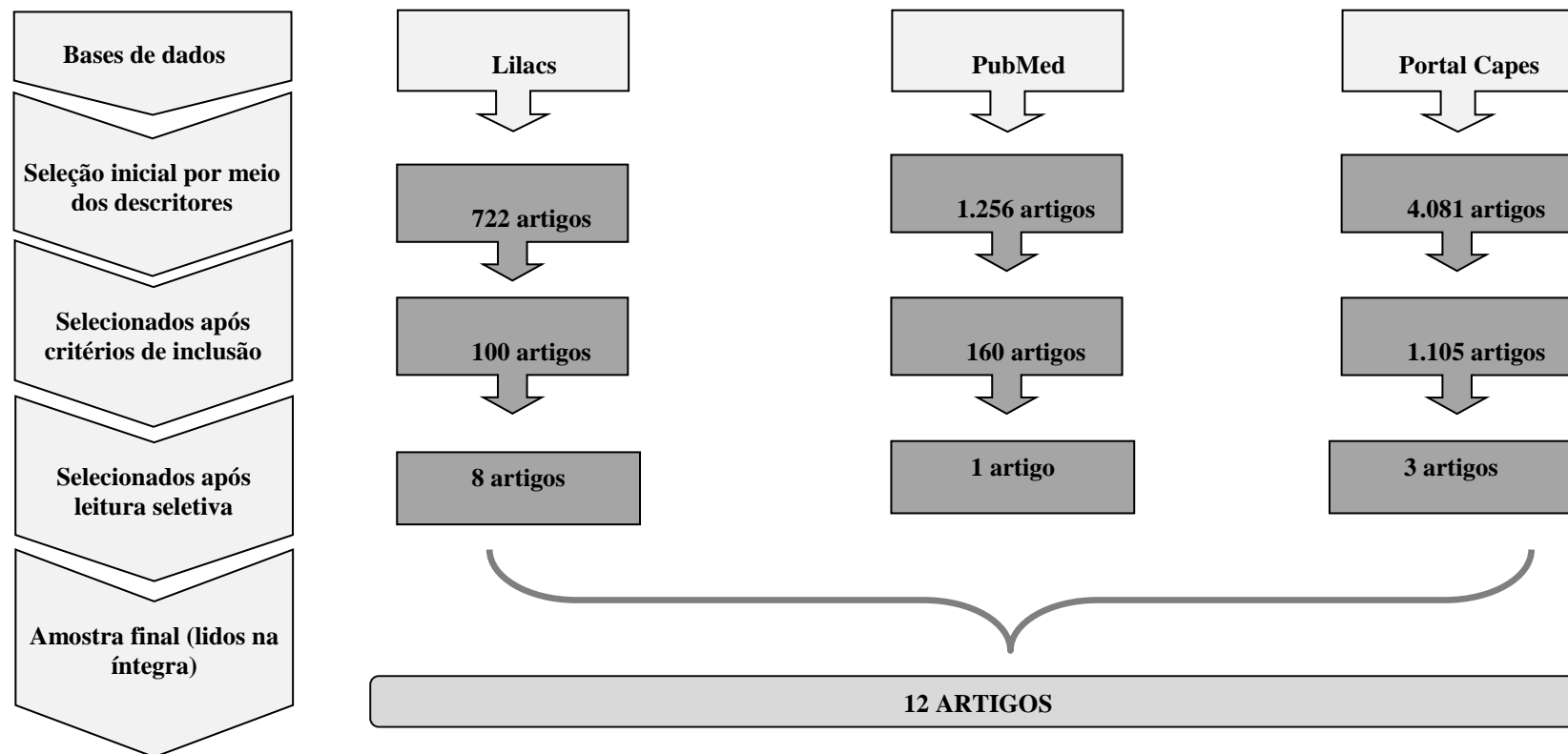
O processo de realização desta revisão até a determinação da amostra final dos estudos encontrados nas bases de dados está apresentado na FIGURA 01.

QUADRO 01 - Artigos encontrados e selecionados segundo base de dados, descritores, critério de inclusão e leitura seletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

Local de busca	Descritores	Encontrados com o cruzamento dos descritores	Selecionados após critérios de inclusão/refinamento nas bases	Detalhe da pesquisa refinada (critérios de inclusão)	Selecionados após leitura seletiva
LILACS	Representações AND saúde AND doença	605	83	tw:(representações AND saúde AND doença) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND db:("LILACS") AND la:("pt" OR "en" OR "es") AND year_cluster:("2011" OR "2013" OR "2012" OR "2014" OR "2010" OR "2015") AND type:("article"))	4
	Representações AND saúde AND enfermidade	65	6	tw:(representações AND saúde AND enfermidade) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND db:("LILACS") AND la:("pt" OR "es") AND year_cluster:("2013" OR "2010" OR "2011" OR "2012") AND type:("article"))	1
	Representações AND saúde AND patologia	18	4	tw:(representações AND saúde AND patologia) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND db:("LILACS") AND la:("pt" OR "en") AND year_cluster:("2012" OR "2010" OR "2011" OR "2013" OR "2014") AND type:("article"))	1
	Representações AND doenças crônicas	34	7	(tw:(representações)) AND (tw:(doenças crônicas)) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND db:("LILACS") AND year_cluster:("2013" OR "2014" OR "2011" OR "2010" OR "2012" OR "2015") AND type:("article"))	2
PubMed	Representations AND Health AND Disease	505	87	((("Representations (Berkeley)"[Journal] OR "representations"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields])) AND ("disease"[MeSH Terms] OR "disease"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2010/07/10"[PDat]: "2015/07/08"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] OR French[lang]))	1

(Continua)

Local de busca	Descritores	Encontrados com o cruzamento dos descritores	Selecionados após critérios de inclusão/refinamento nas bases	Detalhe da pesquisa refinada (critérios de inclusão)	Selecionados após leitura seletiva
PubMed	Representations AND Health AND Illness	591	52	("Representations (Berkeley)"[Journal] OR "representations"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND illness[All Fields] AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2010/07/10"[PDat] : "2015/07/08"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] OR French[lang]))	0
	Representations AND Health AND Sicknes	26	2	("Representations (Berkeley)"[Journal] OR "representations"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND sickness[All Fields] AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2010/07/10"[PDat] : "2015/07/08"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] OR French[lang]))	0
	Representations AND chronic diseases	134	19	((("Representations (Berkeley)"[Journal] OR "representations"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields])) AND ("chronic disease"[MeSH Terms] OR ("chronic"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "chronic disease"[All Fields]) AND ("loattrfree full text"[sb] AND "2010/07/10"[PDat] : "2015/07/08"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang] OR French[lang]))	0
Portal Capes	Representations AND Health AND Disease	1574	172	Refinado por: Idioma: Francês, Inglês, Português e Espanhol; Tipo de recurso: Artigos; Data de publicação: 2010 até 2015 Tópico: Representations, Health, Disease.	1
	Representations AND Health AND Illness	2120	840	Refinado por: Idioma: Francês, Inglês, Português e Espanhol; Tipo de recurso: Artigos; Data de publicação: 2010 até 2015.	2
	Representations AND Health AND Sicknes	86	23	Refinado por: Idioma: Francês, Inglês, Português e Espanhol; Tipo de recurso: Artigos; Data de publicação: 2010 até 2015	0
	Representations AND chronic diseases	301	70	Refinado por: Idioma: Francês, Inglês, Português e Espanhol; Tipo de recurso: Artigos; Data de publicação: 2010 até 2015	0
Total		6059	1.365		12

FIGURA 01 - Fluxograma da realização da revisão integrativa. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.

O cruzamento dos descritores foi pensado de maneira a selecionar estudos que abordassem a temática específica da saúde, doença e doenças crônicas, em especial as não transmissíveis. Os termos em inglês e seus correspondentes em português referentes às diferentes perspectivas de doença foram utilizados com a finalidade de ampliar o espectro de artigos sobre esta. Ao realizar a busca com o cruzamento dos descritores foram identificados 6059 artigos. Em seguida, foram submetidos aos critérios de inclusão nas bases, resultando em 1365 artigos.

Foi realizada uma leitura exploratória do título, resumo e leitura vertical, porém 1353 estudos não tratavam de representações ou a abordagem de doença era voltada para condições agudas ou transmissíveis. Após a avaliação da pertinência e retirada de duplicados, foram lidos 12 artigos na íntegra e incluídos na mostra final. Dos 12 artigos, oito (66,66%) foram encontrados na base Lilacs, um (8,33%) na PubMed e três (25%) no Portal de Periódicos Capes.

A leitura na íntegra dos artigos selecionados foi realizada de forma analítica e interpretativa, visando à exploração e à síntese dos resultados. Os achados foram organizados em quadros com o objetivo de auxiliar a identificação de padrões, diferenças e favorecimento da discussão geral (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Foi composto um quadro sinóptico com os achados mais relevantes dos estudos encontrados os quais foram organizados segundo título do artigo, autores, ano, local, sujeitos participantes do estudo, tipo de estudo, representações de saúde, representações de doença e resultados ou considerações finais. Essas informações estão contidas no QUADRO 02.

QUADRO 02 - Descrição dos estudos incluídos na revisão com temática de saúde e doença. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2015.

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de saúde	Representações de doença	Resultados/ considerações finais
Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT	Caetano et al.	2012	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Juiz de Fora Brasil	12 trabalhadoras do CEREST com nexos ocupacionais de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).	Abordagem qualitativa, com perguntas semiestruturadas, com análise temática.	Significados reducionistas que explicavam a saúde como ausência de doença, uma vida livre de dor, em um corpo organicamente equilibrado para não depender do SUS, sistema considerado ineficiente.	Doença como incapacidade e limitações nas atividades de vida diária e social. A dor que precisa ser “calada”, o sofrer contido pela necessidade de manter a renda familiar no sistema capitalista de produção.	Representam a saúde como valores fundamentais de suas vidas, assim como a ausência de doença. A doença foi representada pela incapacidade, limitações, dor, impotência e condições degradantes de vida e trabalho.
Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro	Torres, Carvalho e Martins	2011	Universidade pública do Rio de Janeiro Rio de Janeiro Brasil	Quarenta estudantes dos cursos de odontologia (50%, n=40) e ciências sociais (50%); Dividido em 4 grupos (G1, G2, G3, G4)	Abordagem qualitativa. Técnica de perguntas de livre associação e análise de conteúdo.	Para G1, G2 e G3 o conceito de saúde predominante é o da OMS: “completo bem estar físico, mental, sexual, intelectual, orgânico”, sendo que as palavras “bem-estar”, “sentir-se bem” e “equilíbrio” aparecem com frequência. G3 inclui aspectos socioeconômicos. G4 citou os determinantes sociais em saúde em um discurso emocionado voltado para a realidade brasileira e seu cotidiano.	Representam a doença a partir dos determinantes sociais: “Só se tem saúde com prato de comida, teto, salário”; “a população do Brasil está cada dia mais doente. Tem que gerar empregos, fazer melhorias... dar chance ao Brasil de crescer” (G4).	Os estudantes de ciências sociais têm suas concepções vinculadas a aspectos sociais, econômicos, políticos e estruturais e associados à realidade brasileira, enquanto os estudantes de odontologia não revelaram sensibilidade social nem preocupação com os problemas de saúde da população.

(Continua)

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de saúde	Representações de doença	Resultados/ considerações finais
Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença.	Nascimento, Trindade, Gianordoli-Nascimento	2011	Região Metropolitana de Belo Horizonte/ MG/ Brasil.	100 homens jovens (entre 18 e 25 anos) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte.	Uso de questionário semi-estruturado e utilização da Técnica de Associação Livre de Palavras e Análise de Conteúdo.	Saúde tem como elemento central bem estar e qualidade de vida. Na periferia próxima destaca-se as práticas na alimentação, cuidado, esporte, bem-estar físico. Na periferia mais distante encontram-se os elementos da vida, higiene, hospital e políticas públicas. O risco de adoecer aparece como elemento motivador das práticas citadas.	As representações centrais da doença são de uma “coisa ruim” e “sofrimento”. Citam na periferia próxima as consequências da doença: “a dor, morte, tristeza, mal-estar e os meios de reparação (hospital e remédio)”. O elemento “mal-estar” não possui a centralidade do seu oposto “bem-estar” na representação social de saúde, indicando que doença não é simplesmente o contrário de saúde.	Saúde é mais do que a simples oposição de doença. Ênfase na responsabilização individual pelas condições de saúde e doença, com tímida presença dos temas relativos ao atendimento público reitera a associação tradicional entre masculinidade e independência, danosa à saúde dos homens.
Masculinidades e Práticas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG	Nascimento et al.	2011	Região Metropolitana de Belo Horizonte/ MG/Brasil.	100 homens (idade entre 45 e 55 anos) residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte.	Abordagem quantitativa, descritiva, exploratória, semi-estruturada e utilização da Técnica de Associação Livre de Palavras e Análise de Conteúdo	Os elementos centrais das representações de saúde foram: “bem-estar”, “cuidado” e “avaliação importante”. Como elementos periféricos mais próximos dessa representação, encontram-se em: “alegria e felicidade”, “tranquilidade”, “alimentação”, “ausência de doenças”, entre outros. Na periferia mais distante estão os elementos: “disposição”, “saúde física”, “exercício” e “ir ao médico”.	Elementos centrais das representações de doença: “dor” e “tristeza”. Na periferia mais próxima encontram-se, entre outros, “sofrimento”, “morte”, “câncer” e “cama”. Na periferia mais distante reúnem-se: “depressão”, “mal-estar”, “angústia” e “desânimo”.	A dor como principal elemento de percepção da doença impacta no auto cuidado e na procura por assistência médica. Manutenção de saúde e enfrentamento de doenças não são equivalentes, o que exige ações públicas específicas para este enfrentamento. A falta de cuidado masculino com a saúde pode estar sendo superestimada, pois o cuidado apareceu como elemento central na representação de doença e de ações objetivando os cuidados com a saúde.

(Continua)

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de saúde	Representações de doença	Resultados/ considerações finais
<p>Palavras sobre o corpo e a alma: As representações sociais relacionadas à saúde e à doença</p>	Åsbring	2012	Estocolmo, Suécia	1.240 moradores de Estocolmo entre 18-80 anos selecionados aleatoriamente .	Estudo qualitativo. Uso de questionário aberto, endereçado às residências . Análise temática.	Os achados mostram que saúde e doença são vistos a partir de aspectos físicos (hereditariedade, desvantagens físicas, peso), mentais (atitude de vida, características pessoais e de enfrentamento), estilos de vida (sono, exercício, comer hábitos, etc.) recreativos, (estar envolvido em atividades e participando em diferentes contextos sociais), trabalhar e estudar (carga de trabalho, pressões de tempo excessivo, mau planejamento, incerteza sobre o futuro, mas também apreço pelo trabalho, bons colegas e desafios), sociais (desemprego, violência, um divórcio recente, ter filhos pequenos ou ser um pai solteiro ou relacionamentos sociais pobres ou estar em situação de vulnerabilidade social e exclusão social).	Alguns ao pensarem em doenças e suas causas atribuírem a má sorte, falta de saúde é a vontade de Deus ou um sinal sobre que algo está errado na vida de uma pessoa. Outros não refletiram sobre isso ou não tem julgamentos formulados por não possuir explicação científica da causa base de sua doença.	Os jovens (18-30 anos), as mulheres em particular, trouxeram aspectos da saúde mental mais frequentemente do que os outros entrevistados. Pessoas entre 31 e 65 enfatizaram questões relativas ao equilíbrio de vida. Entre 66-80 anos enfatizaram aspectos físicos e de tratamento. Um estilo de vida saudável foi visto como importante em todos grupos etários, mas foi um pouco mais acentuado entre os homens. As mulheres descrevem aspectos sociais e de lazer como mais importantes para a saúde do que os homens o fizeram. Temas transversais de impacto na saúde foram empoderamento, estilo de vida consciente de saúde, equilíbrio entre vida e perspectiva de vida, e o elemento chave do estudo: a interdependência entre a saúde física e mental.

Alguns estudos encontrados centraram suas abordagens em representações de doenças crônicas, em especial as não transmissíveis. Para tais estudos foi composto um quadro sinóptico dos achados mais relevantes encontrados, os quais foram organizados segundo título do artigo, autores, ano, local, sujeitos participantes do estudo, tipo de estudo, representações de doenças crônicas, resultados ou considerações finais. Essas informações estão descritas no **QUADRO 03**.

QUADRO 03 - Descrição dos estudos incluídos na revisão com a temática Doenças Crônicas. Belo Horizonte - Minas Gerais, 2015.

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de Doenças crônicas	Resultados/ considerações finais
Representações leigas de doenças crônicas em Gana: implicações para a prevenção primária	Aikins et al.	2012	Accra, capital de Gana, e duas cidades, Kintampo e Nkoranza.	Participantes recrutados por bola de neve que constituíram seis grupos focais com os leigos (N = 51) em Accra, Nkoranza e Kintampo.	Abordagem qualitativa, cujas discussões dos grupos e narrativas individuais foram transcritas e codificadas, utilizando-se o pacote de análise de Atlas-ti. Fundamentada na Teoria das Representações Sociais, com especial atenção ao consenso, conflito e ausências.	Doença crônica foi consensualmente definida como "uma doença incurável" ou "uma condição que os médicos e ervanários não podem curar". Grupos rurais usaram o "Twi", expressão da doença crônica: "nkoro koa", literal tradução de "difícil de combater". As doenças crônicas foram atribuídas a sete causas: dietas pobres, práticas de "vida de pobre" (como fumar e beber), hereditariedade, fatores físicos, meio ambiente, fatores espirituais e fatores psicológicos. Causas espirituais das doenças crônicas apareceram em todas as narrativas. As doenças são associadas à maldição, ao pecado, como obra do diabo, feitiçaria ou "doença comprada", referindo-se a um ritual religioso tradicional. As causas classificadas como psicológicas estavam relacionadas a questões emocionais, sociais e econômicas.	As representações foram classificadas quanto a sua legitimidade. O conhecimento de médicos e enfermeiros foi considerado legítimo, de curandeiros condicionalmente legítimo, para a igreja e mídias de massa não houve classificação como legítimo ou ilegítimo. O conhecimento sobre doenças crônicas é pobre. Alfabetização e conhecimento de saúde são considerados importantes, mas a mera disseminação do conhecimento por especialistas de saúde não resulta em mudança de atitude ou comportamento pelas pessoas nas comunidades.

(Continua)

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de Doenças crônicas	Resultados/ considerações finais
O Enfermo com câncer: uma abordagem em sua representação social	Insa, Monleón, e Espallargas	2010	Valência, Espanha	200 sujeitos selecionados por amostragem aleatória.	Entrevistas estruturadas. Uso de associação livre de palavras. As respostas foram analisadas a partir de análise descritiva, que calculou a frequência média e ordem média de aparição das evocações para determinar o que era central e periférico nas representações.	A representação da doença é majoritariamente proveniente do senso comum. O núcleo central da representação do câncer descreve a doença como cruel, dura e de sintomas físicos identificáveis. O enfermo é representado como vítima, muito doente e fraco, com emoções negativas frente a uma doença mortal. Destacam como causas do câncer: hereditariedade, predisposição do corpo e estilo de vida não saudável. Por isso acreditam que existem grupos de risco formados por pessoas sem hábitos de vida adequados, sejam fumantes, consumidores de álcool e/ou de outras drogas. Associar as causas dos eventos de doença a ações individuais dilui outras responsabilidades de caráter social, influenciando na responsabilidade política e individual.	As representações do câncer do doente oncológico sofrem variações em função das categorias ou grupos sociais. O conhecimento do conteúdo da representação social utilizada contribui para análise do marco de referência subjetivo que faz parte da prática de saúde do sujeito. Tal conhecimento coopera para a comunicação e tratamento diferencial ao paciente com câncer, aumentando assim a eficácia da ação profissional.
Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo	Almeida, Paz e Silva	2013	Juiz de Fora Brasil	25 usuários do serviço básico de saúde do município de Juiz de Fora - MG, portadores de hipertensão arterial.	Utilizou-se a entrevista semiestruturada para os portadores da doença. Os dados foram organizados utilizando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e a teoria das representações sociais para sua interpretação.	A ideia central da hipertensão arterial como doença do medo, do risco de vida, que traz sequelas e limitações, foi elaborada por 72% dos participantes. Eles se sentem ameaçados pela possibilidade de derrame, infarto, ou morte. O rotulo de "portador de uma doença crônica" impõe um limite que restringe a normalidade do viver. Assim, por mais que se preocupem e queiram estar bem, vivem sob a ameaça dos danos que a doença pode trazer.	Os participantes consideram a hipertensão arterial uma doença que desarranja a vida, restringe ações e desafia o cotidiano. Elaboraram representações que consideram como ação essencial ao controle da HA o uso dos medicamentos anti-hipertensivos e a necessidade de mudança de hábitos de vida, porém nem sempre conseguem incorporar essa prática no cotidiano. O caráter assintomático dificulta a participação de ações de promoção de saúde.

(Continua)

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de Doenças crônicas	Resultados/ considerações finais
Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel	Mássimo, Souza e Freitas	2015	Belo Horizonte Brasil	30 entrevistas, abertas e em profundidade, com sujeitos selecionados a partir da amostra do Vigitel 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais	Abordagem qualitativa fundamentada na teoria das Representações Sociais e análise estrutural da narração.	A representação central sobre DCNT está relacionada à idade. Jovens acreditam que os riscos de adoecimento são maiores para as pessoas idosas. Os sujeitos das demais faixas etárias concordam, no entanto, por já estarem próximos a uma faixa considerada por eles 'de risco', começam a se preocupar com a possibilidade de sua ocorrência. As pessoas mais aderentes às ideias de promoção da saúde são aquelas que desde muito cedo tiveram essa experiência, como um julgamento de valor introjetado precocemente em suas vidas. Assim a adesão a modos de vida saudáveis se relaciona com idade e trajetórias de vida.	O aprendizado desde a infância é a base do cuidado. A incompreensão da fisiopatologia das DCNT, e a profundidade das representações de doença e morte, relacionadas às doenças transmissíveis, respondem, em parte, pela dificuldade de prevenção das DCNT.
Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel	Mássimo, Freitas	2014	Belo Horizonte Brasil	Seis grupos focais, com 6 a 10 participantes por grupo, constituído por adultos (de 18 a 30, de 31 a 50, e de 51 anos ou mais), totalizando-se entre 36 e 60 participantes, anteriormente e entrevistados pelo Vigitel 2008.	Abordagem qualitativa fundamentada na teoria das Representações Sociais e análise estrutural da narração.	Jovens de 18 a 30 anos acreditam que a vida é um continuo arriscar-se para se sentir vivo, com sentimento de invulnerabilidade presente. A atividade física é considerada mais pela estética, risco em DCNT é "coisa de gente mais velha". Adultos de 30 a 50 anos acreditam que tornar-se adulto é viver contradições de forma mais ou menos consciente em relação às DCNT, e que medidas preventivas são ineficazes se há fator genético predisponente, o que pode resultar em baixa adesão a modos de vida saudáveis. Os maiores de 51 anos dão maior importância ao ato de modificar os hábitos de vida para prevenir ou controlar as doenças. Paralelamente, estão presentes representações de risco fortemente associadas à fatalidade e ao morrer.	As representações são centradas na impossibilidade de se considerar a saúde em primeiro plano. As determinações de ser saudável não são, muitas vezes, coerentes com o desejo de viver prazeres e satisfações. Outro aspecto é a necessidade humana de transgressões para se sentir vivo e mais forte que a morte. A culpabilização e responsabilização da saúde centrada no sujeito, associadas a normas "rígidas" por seu caráter científico, parecem ser mais favoráveis a uma maior transgressão do que ao alcance da autonomia prevista na promoção da saúde como política pública.

(Continua)

Título do Artigo	Autores	Ano	Local	Sujeitos	Tipo de estudo	Representações de Doenças crônicas	Resultados/ considerações finais
Vivendo com uma doença crônica fatal: significados em uma amostra brasileira	Simões e Souza Filho	2013	Hospitais Brasileiros	10 portadores de doenças crônicas fatais - Aids câncer, cirrose, DPOC, lúpus eritematoso, doença renal crônica, maiores de 18 anos, selecionados aleatoriamente	Abordagem qualitativa de estudo de caso com portadores de doenças crônicas. Adotou “posição teórica psicossocial de análise subjetiva”, com abordagem fundamentada nas Representações Sociais, com análise de conteúdo.	A experiência da doença é expressa por meio de metáforas que encontram-se no limiar entre estar vivo e morto. A doença é vivida como perda de saúde e resultado de contraposições entre tempos regulares e repetidos em que se goza de boa saúde, seguidos de períodos em que se está enfermo. Dizem viver em função da enfermidade, com conseqüentes sofrimentos físicos, sociais, econômicos e emocionais. A experiência da doença é aceita como um fenômeno médico e social, no qual o indivíduo se sente corresponsável.	Concluiu-se que a própria doença em si que parece ocupar um lugar central e dar sentido ao comportamento e manifestações. O conceito de saúde está sujeito a estado de doença.
Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético	Mantovanib et al.	2013	Presidente Prudente, São Paulo	161 sujeitos de 30 e 65 anos, divididos em 3 grupos: de diabéticos - GD (72 pessoas com diabetes mellitus tipo 2); não-diabético - GN (38 pessoas); e dos profissionais - GP (51 servidores da área da saúde não-diabéticos.	Abordagem predominantemente quantitativa. As palavras evocadas foram analisadas por meio do software EVOC. Foram categorizadas, com frequência e distribuição, valores de frequência e ordem de evocação, o que permitiu identificar elementos do núcleo central e o sistema periférico de uma representação social.	No GD, para o termo “diabetes”, surgiram as palavras “cuidar, dieta, incurável, medo, ruim e tristeza”. E o pé como a parte do corpo que mais os preocupava, mas 40% da população deste grupo apenas referiram “desconhecimento” sobre a amputação. No GN, para o termo “diabetes”, as palavras foram “açúcar, dieta e doce”, com baixo nível de informações sobre o assunto, concentrando em questões nutricionais. No núcleo central “pé diabético” aponta-se “desconhecimento”, em geral, sendo que 55% nunca foram informados sobre este acontecimento. No GP, as palavras evocadas foram “açúcar, alimentação, doce e obesidade”. Para “pé diabético” foram evocadas as palavras “amputação, cuidar, ferida, infecção, necrose e odor” no núcleo central. Isto reflete em conteúdos de “rotinas hospitalares e a severa gravidade dos casos”.	Os participantes evidenciaram necessidade de informações. A falta de comunicação e interação entre os profissionais da saúde e os diabéticos nas rotinas de atendimento indicam predominância na preocupação técnica por parte dos profissionais. É urgente a criação de programas de conscientização e educação em diabetes que contemplem questões globalizantes sobre a vivência da doença, visando à integração mente e corpo, tanto dos diabéticos como dos não diabéticos ou dos profissionais da área da saúde.

No que diz respeito ao período de publicação, o maior número de artigos foi observado no ano de 2012, contando quatro artigos (33,33%); em 2011, foram três artigos (25%), em 2013 dois (16,66%) e nos anos de 2010, 2014 e 2015 um (8,33%) artigo em cada. Em relação ao delineamento do estudo, quatro (33,33%) utilizaram metodologia predominantemente quantitativa, do tipo descritiva e exploratória, realizando análise de frequência e ordem de evocação de palavras para identificação das representações. Os outros oito (66, 66%) artigos utilizaram abordagem qualitativa com análises temáticas, de conteúdo, de narração e discurso do sujeito coletivo.

Quanto ao local onde ocorreram as pesquisas, houve predominância na América do Sul, totalizando nove estudos (75%), dois na Europa (16,66%), e um na África (8,33%).

As representações sociais não são generalizáveis, as realidades observadas em cada estudo são condizentes com as construções situadas em contextos muito específicos. Todavia, observa-se que existem aproximações e distanciamentos entre os diversos estudos. Nesse sentido, optou-se por uma análise dos estudos que permitisse explorar e comparar as similaridades e discrepâncias no sentido de condutas relacionadas à saúde, doença e doenças crônicas.

Foram encontradas representações de saúde dos indivíduos participantes dos estudos com centralidade nas ideias de bem-estar, qualidade de vida, equilíbrio psicológico e físico. Todavia, esses aspectos são fortemente marcados por questões normativas e prescritivas no que diz respeito a alimentação, atividade física e higiene pessoal e hospitais, que dão ênfase ao caráter biologicista das representações identificadas (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO 2011; MÁSSIMO E FREITAS 2014).

Em estudo realizado com mulheres trabalhadoras, a ausência de doença marca o caráter reducionista ainda tão presente nas representações em saúde. Esse reducionismo encontra apoio nas exigências atuais do mundo laboral onde o corpo-máquina segue rotinas, muitas vezes, severas de produção. A visão de uma saúde nesse contexto segue uma lógica “imediatista” associada à capacidade de trabalhar, o que pode ser um elemento dificultador de comportamentos preventivos nesse cenário (CAETANO et al., 2012).

A doença aparece como elemento próximo ao núcleo das práticas de saúde, que sugere que o risco de adoecer é o elemento motivador para as práticas

saudáveis de vida em estudo com homens jovens (18 a 25 anos) (Nascimento, Trindade, Gianordoli-Nascimento 2011). Máximo e Freitas (2014) afirmam que a relação com as situações de risco é complexa e está intimamente relacionada com a idade. Entretanto, é o sentimento de transgressão e de sentir-se vivo diante dos riscos que reduz a adesão às práticas normativas de saúde em indivíduos mais jovens. Além disso, a saúde nos seguimentos mais jovens parece estar muito mais voltada a questões estéticas e de autonomia. Outras idades visam equilibrar-se nas contradições do que considerado uma vida saudável e seus desejos (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

Nota-se a força das questões normativas provenientes dos serviços de saúde pública nos discursos dos sujeitos (MÁSSIMO; FREITAS, 2014). Apesar de representações voltadas para a esfera da atenção a saúde por meio da saúde pública com referência a hospitais, remédios e políticas públicas como mecanismos de reparação das condições de saúde, há uma percepção mais geral voltada para o investimento em práticas individuais na prevenção e busca por serviços de saúde na população masculina (Nascimento, Trindade, Gianordoli-Nascimento 2011). Tal contexto reitera o padrão de masculinidade hegemônica baseada na independência que corrobora com baixa adesão a prevenção e responsabilização individual da saúde, cooperando para perpetuação de uma independência no campo da saúde, que, legitimada socialmente, é danosa para os próprios homens (NASCIMENTO, TRINDADE, GIANORDOLI-NASCIMENTO 2011).

Na relação entre masculinidades e práticas de saúde, Nascimento et al. (2011) desvelam representações em saúde centradas em dois conjuntos de elementos: o primeiro referente ao corpo, quando os sujeitos do estudo mencionam “alimentação, assistência pública ruim, ausência de doenças, bem-estar físico, corpo, esporte, exercício físico e higiene” e o segundo faz referência a aspectos subjetivos e emocionais como “a alegria/felicidade, tranquilidade, amor e bom humor”. No estudo de Åsbring (2012), as mulheres dão maior ênfase à saúde mental no que se refere à vida social e lazer, mas Caetano et al. (2012) apontam que mulheres trabalhadoras enfatizam a saúde como ausência de doença mostrando um caráter mais biologicista de se pensar a saúde.

No que diz respeito às representações de doença, a centralidade é ocupada pela dor e tristeza. Nos estudos de Nascimento, Trindade, Gianordoli-Nascimento (2011). Doença foi apresentada como “coisa ruim” geradora de dor, sofrimento,

morte, câncer, tristeza, desânimo, dependência, hospitais, medicamentos e mal estar. Por não apresentar centralidade em relação ao seu oposto nas representações de saúde igual a “bem-estar”, esses resultados sugerem que a doença não é entendida como simplesmente o oposto de saúde, nestes estudos.

Nascimento et al. (2011) descrevem, ainda, as representações de doença em dois grupos: o primeiro se vincula ao corpo com os elementos “dor, câncer, morte, remédio e cama” e o segundo às consequências sociais e subjetivas como “tristeza, dependência, preocupação, angústia, desânimo”. A comparação dos dois conjuntos elucida que a representação social da saúde assume composição dinâmica em que o corpo e estados subjetivos são interdependentes indicando a associação habitual entre o corpo e doença (Nascimento et al. 2011). A dualidade corpo e aspectos subjetivos é corroborada por Åsbring (2012) que afirma haver estreita relação entre saúde física e mental, e que a caracterização da doença ainda é fortemente atrelada a questões físicas.

Nos aspectos físicos, a dor é identificada com principal motivador de procura pela assistência médica e sua intensidade influencia fortemente o autocuidado (Nascimento et al., 2011). Entre homens, a dor destaca-se como elemento principal quando se trata de percepção de doença, influenciando condutas e práticas em saúde (NASCIMENTO et al., 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Nesse sentido, em estudos com um universo de mulheres trabalhadoras, a doença é marcada pela dor que precisa ser “calada” e o sofrimento “contido” para manter-se no trabalho. O adoecer, para essas mulheres, está associado a limitações e incapacidades relacionadas às dificuldades provenientes da dor que não só incide sobre o trabalho, mas que se estende para as atividades cotidianas e vida social. Há sentimentos de impotência e frustração que acabam por impactar negativamente nos projetos de vida (CAETANO et al., 2012). A dor, a tristeza, o medo e o sofrimento também são centrais nas representações da pessoa com câncer, a qual considera que as causas estão relacionadas a herança genética, predisposição do organismo e estilo de vida insano, possui sentimentos de desamparo e considera doença como fatal. (INSA, MONLEÓN, ESPALLARGAS 2010).

Dessa maneira, Åsbring (2012) enfatiza a interrelação entre saúde física, mental e a doença, em que elementos chave emergentes foram capacitação/

empoderamento, estilo de vida saudável e equilíbrio entre a vida e a perspectiva de vida. Há ênfase nas representações de automotivação e responsabilidades individuais na adoção de estilos saudáveis de vida, corroborando com outros estudos que dão realce a culpabilização e responsabilização, impostas e reproduzidas, muitas vezes, pelos sujeitos (Nascimento et al., 2011; Nascimento, Trindade, Glanordoli-Nascimento, 2011; Máximo; Freitas, 2014). Em contraponto, há representações de saúde como “ir ao médico e fazer exames” como a maneira de se cuidar, o que segue direção oposta do empoderamento e autonomia dos sujeitos nas propostas de promoção de saúde (MÁSSIMO, SOUZA, FREITAS, 2015).

Na relação entre responsabilidade individual e estilo de vida, a culpa e a satisfação andam lado a lado, enfatizando que a experiência vivida da doença é substancialmente diferente das explicações científicas, o que cria um distanciamento entre as práticas de saúde dos serviços e as necessidades dos sujeitos. A saúde, para esses sujeitos, além de estar relacionada com hábitos automotivados para a vida, como alimentação, exercícios, uma boa vida familiar, ausência de estresse, além de não fumar e consumir de modo moderado o álcool, foi relacionada com a faixa etária e sexo. Jovens (18- 30 anos), em particular mulheres, ao se referir à saúde, deram maior ênfase a questões de saúde mental em relação aos outros entrevistados; pessoas de 31 a 65 anos, por sua vez, concentram suas reflexões em questões relativas ao equilíbrio entre a vida e as perspectivas de vida. A faixa etária de 66 a 80 anos enfatizou aspectos físicos e questões de tratamentos. De maneira geral, um estilo de vida saudável foi consenso em todos os grupos, sendo mais destacado nos homens; as mulheres, por sua vez, descreveram aspectos sociais e recreativos como de maior importância para a saúde em relação aos homens (ÅSBRING, 2012).

Máximo, Souza; Freitas (2015) afirmam que jovens (18 a 30 anos) enfatizam a importância de alimentação saudável em seus discursos, mas não necessariamente em suas práticas, assim como a atividade física é vista muito mais com a finalidade estética do que preventiva no que se refere a DCNTs. Entre 31 a 50 anos, a alimentação é apontada como maior cuidado realizado para prevenção de DCNTs, porém esses sujeitos vivem “contradições”, oscilando entre orientações dos serviços de saúde e a realização de seus desejos, que não são considerados saudáveis por eles mesmos. Indivíduos maiores de 51 anos dão maior importância à modificação de hábitos para prevenir ou controlar doenças. De maneira geral, todos

apontam a alimentação com central na promoção de saúde, havendo representações mais profundas que se organizaram mais cedo nas trajetórias de vida e não foram atacadas pelas realidades contextuais que são definidoras dos modos de viver. Chama a atenção na interpretação das trajetórias de vidas e representações encontradas neste estudo, que o aprendizado desde a infância se configura como a base para as representações em torno do cuidado e da promoção da saúde.

Mássimo e Freitas (2014) apontam, ainda, que os jovens (18 a 30 anos) conhecem os riscos para doenças crônicas, mas arriscar-se, para eles, é muitas vezes inevitável e que “saber não é fazer”, mostrando que o grupo assume riscos de forma mais ou menos consciente, de forma geral na vida. As representações sobre DCNTs estão relacionadas à idade e posturas de precaução e prevenção os fazem se sentir mais “velhos”. Paralelamente, sentem o desejo de transgressão e de viver “prazeres e aventuras sem pensar no amanhã”. Sujeitos de 31 a 50 anos conhecem os riscos para DCNTs, porém vivem entre o desejo e “fatos como se apresentam à realidade da vida”, pois não “há como ficar longe do risco e ter uma vida normal”. Consideram natural a falta de exercícios, consumo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada nesta época da vida. A representação de fator genético como fator de risco predisponente pode levar à baixa adesão a hábitos de vida saudáveis. Maiores de 51 anos dão maior valor à ideia de modificar hábitos de vida, apesar de acreditarem na dificuldade de modificá-los quando se está mais velho. Apresentam representações de risco vinculadas à fatalidade do morrer e, de maneira mais intensa do que em outros grupos, associam a má distribuição da riqueza do país, acesso a bens sociais e políticas públicas voltadas para as necessidades dos idosos, aos riscos em saúde. Enfim, os resultados apontam que a prevenção das DCNTs depende das representações de risco e das associadas às faixas etárias (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

A representação de pacientes oncológicos espanhóis sobre a doença são distintas nas diferentes idades no que se refere à associação da enfermidade com a morte, causas e consequências. Nota-se a predominância, no grupo de pacientes mais velhos, representações da doença como algo letal, proveniente de males espirituais (bruxaria, mau olhado e vudu), além de considerarem que os sujeitos mudam sua maneira de pensar depois do câncer e que os idosos não têm informações suficientes em relação à doença quanto nas outras faixas de idade. Há

uma crença generalizada, nas outras faixas etárias da população de estudo, de que as informações são suficientes. Porém, o conteúdo das representações não reflete o conhecimento científico sobre a doença. Os únicos que têm maior “consciência” da necessidade de maiores informações são os idosos e a população de menor nível de estudos (INSA; MONLEÓN; ESPALLARGAS 2010).

Da mesma forma, causas espirituais foram encontradas em todas as narrativas, em um estudo em Gana, África, sobre as representações de doenças crônicas. Tais doenças foram descritas como maldição, pecado, obra do “abonsam yare” - diabo, feitiçaria ou doença “comprada”, através de feitiçaria, por “contrato pago”. Descreve-se que essas situações podem ocorrer de três maneiras: inveja ou ciúme, conflito social/familiar do passado ou em curso e por ação punitiva por transgressão moral. A moralidade é vista como prática proativa para saúde e causa legítima de doença, causada pela desobediência. Os autores enfatizam que teorias espirituais da doença são parte importante da cultura e crença ganenses (Aikins et al., 2012). Neste estudo em Gana, doença crônica foi definida como "uma doença incurável", "uma condição que os médicos e ervanários não pode curar" ou "difícil de combater". As doenças mais citadas foram hipertensão, diabetes, câncer, acidente vascular cerebral, epilepsia, SIDA, doença falciforme e doenças cardíacas. Tais doenças foram atribuídas a sete causas: dietas pobres, práticas de vida pobre (como fumar e beber), hereditariedade, fatores físicos, o meio ambiente, fatores espirituais e fatores psicológicos. Esses últimos são considerados enraizados em questões emocionais, sociais e econômicas do dia a dia das pessoas. Nesse contexto, o conhecimento sobre saúde e doença de médicos e enfermeiros foi considerado legítimo, o de curandeiros condicionalmente legítimo e o veiculado pela igreja e mídias de massa não foram classificados nem como legítimo ou ilegítimo. O conhecimento sobre doenças crônicas, apresentado pelos entrevistados, foi avaliado pelos autores como pobre. Enquanto alfabetização e conhecimento de saúde são importantes, a mera disseminação do conhecimento de especialistas de saúde não resulta em mudança de atitude ou comportamento em Gana (AIKINS et al. 2012).

Nesse caso, as doenças crônicas fatais são experimentadas como perda da saúde pelo caráter restritivo de doença incurável. Os significados que permeiam a saúde, como liberdade de ação associada ao bem estar, perdem espaço com a instalação da doença. Essa traz dependência física, social, emocional e econômica e limitações que concentram a representação de morte. Em uma sociedade com alta

tecnologia e com uma cultura de que a morte pode ser prevenida, o portador de uma doença fatal sente-se descrente e impotente quanto ao seu futuro. Isso demonstra que os serviços de saúde não têm mediado o regaste da personalização e autonomia desses sujeitos nesse momento da vida (SIMÕES; SOUZA FILHO, 2013).

Mesmo doenças crônicas que podem ser geridas no cotidiano, como a hipertensão arterial sistêmica, são permeadas de representações de medo, risco de vida, sequelas e limitações advindas de possíveis complicações como o “derrame”, ou dependência de outras pessoas e invalidez. O significado e o controle da doença passam pela confiança no uso de medicação e hábitos alimentares com pouco sal e gorduras. Com a valorização de medicamentos, outras ações de cuidado ficam fora da realidade cotidiana de muitos, o que requer atenção quanto ao uso indiscriminado de substâncias hipotensoras. Os sujeitos têm informações sobre a doença, porém há uma distância entre o cuidado realizado pelo usuário e a representação de que a hipertensão arterial é uma doença grave que traz limitações e incapacidades para a vida. Tal representação, associada ao caráter assintomático da doença, revela-se um grande desafio na gestão dos casos pelos serviços de saúde (ALMEIDA; PAZ E SILVA, 2013).

Outra doença crônica que pode ser gerida e que pode ter complicações graves, citada na revisão, foi o diabetes. Estudo comparativo entre um grupo de diabéticos (GD), não diabéticos (GN) e profissionais de saúde não diabéticos (GP) evidenciou representações de diabetes e de pé diabético. Para GD, diabetes foram evocadas as palavras: “cuidar, dieta, incurável, medo, ruim e tristeza”. No GN, “açúcar, dieta, doce, alimentação e cuidar”. Para GP, as palavras foram: “açúcar, alimentação, doce, obesidade, cegueira, dieta, fome e insulina”. Nota-se que a palavra comum a todos os grupos foi apenas a “dieta”, e somente o grupo de diabéticos expõe sentimentos e afetos, uma vez que experimentam, de fato, a doença, segundo o autor. No que diz respeito ao pé diabético, 40% dos participantes do grupo de diabéticos referiram desconhecimento, o restante evocou “amputação, cuidar, dor, medo, sensibilidade”. No GN, o núcleo central também foi desconhecimento e para GP foram evocadas “amputação, cuidar, ferida, infecção, necrose, odor, cicatrização, curativo e dor”. As representações dos profissionais refletem a gravidade dos casos que cuidam nos serviços de saúde e são centradas em um universo técnico, de aspecto curativo, o que pode indicar um distanciamento das propostas de prevenção e cuidado humanizado e holístico, segundo os autores.

Iniciativas que contemplem ações para o corpo e mente que integrem diabéticos, não diabéticos e profissionais de saúde é urgente (MANTOVANI et al., 2013).

Dentre os estudos, destacam-se aqueles centrados nas perspectivas sociais observadas no processo saúde e doença. Torres, Carvalho e Martins (2011) encontraram dois grupos de representações de saúde: o primeiro, apoiado na concepção utópica da OMS (1947), aponta a predominância de elementos de natureza biológica como determinantes para saúde; o segundo grupo, por sua vez, contém discursos carregados de emoção e referências às realidades econômicas, sociais e de saúde da população, que foram incluídos na perspectiva dos determinantes sociais. Ao tratarem de DCNTs, os sujeitos de outro estudo referem-se às dificuldades de acesso aos bens sociais, como escola, lazer, trabalho, estrutura familiar e aceitação social, representando-os como aspectos condicionantes de risco em saúde (Mássimo; Freitas, 2014). Para os autores, a percepção do risco para as DCNTs está atrelada aos modos de vida e valores coletivos que, socialmente construídos, relacionam-se com os movimentos intrapsíquicos, ao mesmo tempo em que se reconhecem os riscos objetivos do mundo externo (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

A partir da revisão realizada, pode-se afirmar a escassez de estudos que se propõem a estudar as representações de saúde e doença e DCNTs. Considerar que essas representações são relevantes na compreensão dos modos de vida e hábitos de vida assumidos oferece uma nova perspectiva de entendimento do jogo social em torno do enfrentamento coletivo e individual das DCNTs para promoção de saúde e prevenção de doenças.

Analisando que representações presentes na sociedade são explicitadas, a revisão deverá contribuir para aprofundar a compreensão das representações encontradas na presente pesquisa e para a discussão de possíveis modificações pela participação na estratégia pública para a promoção da saúde com as academias de saúde.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa em saúde, por meio da qual o pesquisador busca extrair, compreender e interpretar os fenômenos pelos

significados que as pessoas lhes conferem, com perspicácia e competência científicas para traduzir o visível e latente (CHIZZOTTI, 2003).

A pesquisa qualitativa não tem por objetivo medir os fenômenos, mas compreendê-los, dentro de um dado contexto social e de uma cultura particular, nos quais se desenvolvem significações que influenciam suas interações e novos significados, em um processo de subjetivação dos sujeitos. A subjetividade aqui é individual, mas é construída socialmente, ela influencia e é influenciada pelas demais em um processo de interação (LEVY et al., 2001).

Para este estudo optou-se por utilizar as noções de representações apresentadas por Giami; Veil (1997), Giami (2012), como referencial teórico metodológico, por entender que as representações são elaborações compartilhadas e introjetadas pelo sujeito também em sua individualidade, sendo explicitadoras das formas pelas quais os sujeitos sociais criam, aderem, investem ou não em saúde.

Para encontrar as representações o subsídio é da Análise Estrutural de Narrativa (EAN), proposta por Demazière e Dubar (1997), apoiados em Barthes (2001) e na Grounded Theory (GLASER; STRAUSS, 1967; CHARMAZ, 2009).

Trata-se de um método de análise qualitativa no qual se considera que tudo tem sentido na fala do sujeito e sua interpretação deve contemplar esse todo.

Salienta-se que, conforme descrito por Barthes (2001, p. 112):

Compreender uma narrativa não é apenas acompanhar o desenrolar da história, é também reconhecer 'estágios', projetar os encadeamentos horizontais do 'fio' narrativo sobre o eixo implicitamente vertical; ler (ouvir) uma narrativa não é apenas passar de uma palavra para outra, é também passar de um nível a outro.

Desse modo, na Análise Estrutural da Narrativa, o sentido não está contido 'no fim' da narrativa, ele a perpassa (BARTHES, 2001). Para apreender o significado e o sentido de uma fala, é necessário compreender, segundo Demazière; Dubar (1997) e Dubar (1998), que, nas narrativas das pessoas, estão registradas suas histórias, percepções e explicações acerca do mundo.

Então, segundo os autores, a entrevista tem como objeto o sentido subjetivo do percurso pessoal e social do sujeito. Entende-se que a principal função da linguagem é a de representar uma realidade, em que os campos simbólicos se legitimam à medida que expressam (TEIXEIRA, 2003). Ao escolher as palavras, o narrador organiza os fatos e justificativas, de acordo com a significação e

importância que lhes atribui, apresentando-os (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). A atividade do pesquisador é interpretá-las em seu todo, desvelando suas conjunções e disjunções, contradições e coerências.

3.1 Cenário e Sujeitos do Estudo

O estudo foi realizado nas academias de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, distribuídas nos nove distritos sanitários (FIG. 2), definidas por sorteio entre as trinta e três academias existentes em 2014, período da coleta de dados.

FIGURA 2- Divisão das regionais de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.



Fonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte- MG. 2015

Na tentativa de cobrir as diversidades sociodemográficas, foram sorteadas uma academia por distrito, primeiramente, em seguida foram realizadas e analisadas preliminarmente as entrevistas o que exigiu a inclusão de outros participantes. Foram novamente sorteadas 9 academias nos 9 distritos e durante a coleta, a análise mostrou a saturação ao se chegar na sexta academia. O que totalizou 14 academias participantes.

3.2 Escolha dos participantes e critérios de inclusão

Participaram deste estudo usuários da Academia da Saúde de Belo Horizonte, maiores de 18 anos, que não possuíam impedimentos para a realização

da entrevista e que aceitaram participar do estudo, após os esclarecimentos sobre a pesquisa.

Foi prevista a realização de entrevistas com quatro usuários em cada distrito sanitário, para iniciar a coleta, totalizando 36 entrevistas. Para cobrir as diversidades etárias, as entrevistas foram realizadas com um usuário de cada faixa etária, que compreendem pessoas de 18 a 30 anos; de 31 a 50 anos; de 51 a 65 anos, e de 65 anos e mais, conforme divisão etária proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1999). Houve atenção com a proporção entre os gêneros e para a inclusão de usuários dos diferentes turnos de realização atividades do Programa.

Essas entrevistas foram transcritas e analisadas preliminarmente para se definir a necessidade ou não de continuidade da coleta, de acordo com o critério de saturação. Esse critério parte do pressuposto de que quando os dados, na avaliação dos pesquisadores, tornam-se repetitivos não será relevante continuar a coleta (Denzin; Lincoln, 2006, Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Não havia a intenção de buscar saturação por área de abrangência ou distrito sanitário, mas sim do conjunto dos entrevistados sobre o tema proposto, e o número inicial foi suficiente para apontar a exaustividade e repetição dos conteúdos das representações sobre os objetos em pauta. A saturação ocorreu com 33 entrevistas e novos participantes não foram convidados.

3.3 Procedimentos de coleta e instrumentos

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista aberta, em profundidade, gravada em áudio, a partir da seguinte questão norteadora: "Diga-me o que pensa sobre saúde e doença, e seu modo de cuidar em saúde." Questões de relance foram colocadas para que se pudesse aprofundar o processo de trazer à tona, reforçar ou esclarecer as representações sobre os seguintes temas: concepções sobre saúde e doença, doenças crônicas não transmissíveis, cuidar de si e dos outros, atividade física e promoção de saúde, ou qualquer outro que surgisse na entrevista, colocado pelo participante, que se relacionasse à construção das representações em sua trajetória de vida.

Uma ficha de identificação dos sujeitos foi utilizada para caracterização do grupo. Nessa ficha constam dados objetivos tais como: idade, sexo, escolaridade,

situação conjugal, renda, profissão, prática de atividade física prévia a entrada no programa, indicação e tempo de participação no programa.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa e convite, e confirmação de disponibilidade do usuário, a entrevista era realizada nas dependências da academia no momento que antecedia as atividades específicas ou ao final delas. Quando não havia disponibilidade, após o convite, a entrevista era agendada para horário e local que o participante julgasse mais adequados. Antes da realização da entrevista o participante foi esclarecido sobre sua participação voluntária, objetivos e finalidades da pesquisa, direito de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo, uso dos dados somente para a pesquisa, preservação do sigilo desde a coleta, armazenamento dos dados até à publicação de resultados com respectivo anonimato dos participantes, além dos benefícios e possíveis riscos ligados somente a constrangimentos por qualquer assunto durante a entrevista. Em seguida, houve assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

3.4 Métodos de Análise

A proposta de análise narrativa, seguindo o referencial de Demazière; Dubar (1997) foi dividida em quatro etapas, de acordo com a técnica proposta por Blanchet e Gotman (2007).

A primeira etapa consistiu na leitura vertical, que teve por objetivo buscar o sentido global da entrevista na intenção de conhecer o seu “tom”, além de se e identificar temas, noções e palavras, que foram marcadas por chamar a atenção do pesquisador (BLANCHET; GOTMAN, 2007).

Na segunda etapa, foi realizada a desconstrução e reconstrução de cada entrevista, intitulada leitura horizontal, na qual a transcrição foi sequenciada (S), as sequências numeradas e em cada uma foram identificados os fatos narrados (F), justificativas e sentimentos (J), personagens ou instituições (P) envolvidos, com o objetivo de explicitar os significados em torno dos objetos da narrativa. Em seguida, as sequências que tratavam do mesmo tema foram agrupadas, em categorias empíricas, com nomeação provisória pelo pesquisador (FREITAS, 1998; BLANCHET; GOTMAN, 2007).

A terceira etapa se realizou com a leitura transversal do conjunto das entrevistas, encontrando as conjunções e disjunções da totalidade das entrevistas, reorganizando as categorias encontradas em cada uma, o que culminou com a categorização final pelos objetos e suas representações. O resultado dessa etapa foi o fechamento das categorias empíricas e a explicitação das representações originais e profundas e das representações mais superficiais (FREITAS, 1998; BLANCHET; GOTMAN, 2007).

Na quarta etapa, foi realizada a “teorização”, assim chamada por Demazière e Dubar (1997), na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram interpretadas e reconstruídas pelas leituras e reflexões teóricas dos pesquisadores e cotejamento com achados de outros autores.

3.5 Questões Éticas

Essa pesquisa, conforme descrito anteriormente, faz parte de um projeto maior que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Parecer n. 501.086, e pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Parecer n. 537.220. O presente estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG no Parecer 42498615.5.0000.5149.

Desde a coleta de dados à análise e apresentação de resultados parciais, bem como na elaboração do presente texto, respeitou-se integralmente os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a). Os sujeitos convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos em relação aos seus objetivos, seu caráter voluntário e a confidencialidade dos dados. Tendo aceitado o convite, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. A análise dos dados existentes foi realizada conforme os preceitos éticos de sigilo e confidencialidade, preservando-se o anonimato dos participantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa Academia da Saúde (PAS) de Belo Horizonte contava, em 2013, com 33 polos de academias e, em outubro de 2015, com 63 polos. Em dezembro de

2013, referiam 24.589 usuários, sendo que destes 87,32% eram mulheres e 12,67% eram homens. Na última análise, realizada em 2014, as academias contavam com 24.478 usuários, sendo 87,56% de mulheres e 12,43% de homens. Identifica-se que mesmo com o aumento significativo de academias, o número de usuários se manteve mais ou menos inalterado.

As entrevistas foram realizadas no período de março a agosto de 2014. O primeiro contato foi realizado na academia com a divulgação da realização da pesquisa nesse espaço e da necessidade de usuários que se dispusessem a participar. O profissional de educação física colaborou no sentido de auxiliar no convite e organização de voluntários para a pesquisa, sempre buscando manter uma proporção de gênero e idade no conjunto de entrevistados. Inicialmente foi feita uma caracterização objetiva dos usuários entrevistados descrita no texto e organizada em quadro sinóptico (QUADRO 04).

Caracterização objetiva dos usuários

Dos 36 usuários previstos, foram entrevistados 33, uma vez que as informações já estavam saturadas e abarcavam as academias dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais. Buscou-se uma proporção maior de homens entrevistados em relação à encontrada de maneira geral nas Academias. Foram entrevistados, então, 33,33% (11) homens e 66,66% (22) mulheres. Em relação à faixa etária 12,12% (4) foram de 18 a 30 anos, 33,33% (11) de 31 a 50 anos, 27,27 % (9) de 51 a 65 anos e 27,27 % (9) mais 65 anos.

No que diz respeito à situação conjugal, mais da metade, 57,57% (19), dos entrevistados é de pessoas casadas ou que viviam em união estável, 24,24% (8) de solteiros(as), 9,09% (3) de viúvos(as) e 9,09% (3) de divorciados(as) ou separados(as).

A renda per capita em quase metade dos entrevistados encontrada foi de R\$501 a R\$ 1000 em 42,42% (14) dos usuários, seguida de R\$ 100 a 500 em 18,18% (6), de R\$ 1001 a R\$ 1500 em 9,09% (3), R\$1501 a R\$2500 em 6,06% (2), acima de R\$ 2,500 em 6,06% (2) e 18,18% (6) não informaram sua renda.

Quadro 4- Caracterização com informações objetivas específicas dos usuários entrevistados nas Academias de Saúde de Belo Horizonte, 2015.

Entrevistados	Idade	Sexo	Situação conjugal	Profissão	Escolaridade	Trabalho	Renda por pessoa na família (R\$)	Tempo no PAS (meses)	Prática regular*de AF antes da entrada no PAS	Indicação ao PAS
E1	50	F	Viúva	Costureira	Ensino fundamental	Sim	500,00	24	Não	Médica e Pessoal
E2	51	F	Divorciada	Costureira	Ensino fundamental	Sim	788,00	03	Não	Médica
E3	63	M	União Est.	Caseiro	Analfabeto	Sim	131,33	01	Não	Médica
E4	78	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Não	788,00	12	Não	Médica
E5	59	F	União Est.	Do lar	Ensino fundamental	Não	660,00	36	Não	Médica
E6	66	M	Casado	Aposentado	Ensino médio	Não	*	82	Não	Esposa
E7	68	F	Solteira	Aposentado	Ensino fundamental	Não	1.100,00	62	Sim	Irmã
E8	79	F	Viúva	Pensionista	Ensino fundamental	Não	*	82	Não	Conhecida
E9	53	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Não	R\$666,00	48	Não	Vizinha
E10	29	F	Solteira	Consultora Comercial	Ensino superior	Sim	551,00	12	Não	Mãe
E11	40	M	Casado	Motorista	Ensino médio	Sim	*	16	Não	Pessoal
E12	70	F	Viúva	Do lar	Ensino fundamental	Não	525,00	24	Sim	Pessoal
E13	20	F	Casada	Operadora de telemarketing	Ensino médio	Sim	500,00	02	Sim	Pessoal
E14	37	M	Solteiro	Aposentado	Ensino médio	Não	*	30	Não	Médica
E15	52	F	Divorciada	Brochurista	Ensino fundamental	Sim	1.000,00	12	Não	Fisioterapia
E16	66	M	Casado	Diretor de recursos humanos	Ensino superior	Sim	2.466,67	48	Sim	Pessoal e médica
E17	34	F	Casada	Faxineira	Ensino fundamental	Sim	350,00	48	Não	Médica

(Continua)

Entrevistados	Idade	Sexo	Situação conjugal	Profissão	Escolaridade	Trabalho	Renda por pessoa na família (R\$)	Tempo no PAS (meses)	Prática regular* de AF antes da entrada no PAS	Indicação para participar do PAS
E18	36	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Sim	*	72	Sim	Pessoal
E19	40	M	Casado	Garçom	Ensino fundamental	Sim	625,00	24	Não	Esposa
E20	20	M	Solteiro	Monitor de informática	Ensino médio	Sim	750,00	12	Sim	Mãe
E21	48	F	Casada	Autônoma	Ensino fundamental	Sim	583,33	15	Não	Médica
E22	59	M	Casado	Aposentado	Ensino médio	Não	600,00	12	Sim	Médica
E23	22	F	Solteira	Manicure	Ensino médio	Sim	*	01	Não	Pai e Mãe
E24	66	F	Solteira	Aposentada	Ensino fundamental	Sim	394,00	12	Sim	Médica
E25	36	F	Casada	Técnica de enfermagem	Ensino médio	Sim	525,00	06	Sim	Pessoal
E26	56	M	Casado	Bancário	Ensino médio	Sim	1.400,00	36	Sim	Médica e pessoal
E27	68	M	Casado	Militar reformado	Ensino médio	Não	4.600,00	36	Não	Esposa
E28	41	F	Casada	Comerciante	Ensino médio	Sim	1.133,33	03	Sim	Amigos
E29	63	M	Casado	Aposentado	Ensino fundamental	Não	525,33	36	Sim	Amigos
E30	67	F	Casada	Costureira	Ensino fundamental	Sim	333,33	48	Não	Outros
E31	45	F	Solteira	Do lar	Ensino fundamental	Sim	788,00	12	Sim	Pessoal
E32	58	F	Casada	Do lar	Ensino médio	Sim	4.000,00	18	Não	Participante
E33	38	F	Casada	Enfermeira	Ensino superior	Sim	2.000,00	08	Não	Pessoal

Fonte: Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

*Não informou
(Est.) Estável

*Prática de Atividade Física (AF) foi considerada regular quando realizada dois ou mais dias da semana.

Quanto à escolaridade, aproximadamente metade dos entrevistados - 51,51% (17) - declarou ter apenas o ensino fundamental, 36,36% (12) o ensino médio, 9,09% (3) o ensino superior e 3,03% (1) são analfabetos.

Em relação à profissão, 21,21 % (7) se declararam do lar, 9,09% (3) costureiras e 18,18 % (6) aposentados. As outras profissões citadas, de 48,6% dos participantes, foram: autônomo, bancário, brochurista, caseiro, comerciante, consultora comercial, diretor de recursos humanos, enfermeira, faxineira, garçom, manicure, militar reformado, monitor de informática, motorista, operador de telemarketing, pensionista e técnico de enfermagem, que correspondem a 3,03% (1) cada. Do total (n= 33), incluindo os aposentados, 33,33% (11) declararam não trabalhar e 60,60% (20) não praticavam atividade física regular antes da entrada no programa.

No que se refere à indicação para a participação no programa, 27,27% (9) declararam indicação médica, 21,21% (7) decisão pessoal, 9,09% (3) os dois motivos anteriores juntos e 9,09% (3) indicação dos pais. A participação por indicação de esposa, amigos e conhecidos correspondeu a 6,06% (3)/cada motivo e por vizinha, irmã, fisioterapeuta, participantes e outros 3,03% (1)/cada.

O tempo médio de participação dos entrevistados no programa foi de, aproximadamente, 27 meses.

Essa caracterização objetiva inicial serviu como ponto de apoio para a compreensão das representações no contexto social e econômico dos entrevistados.

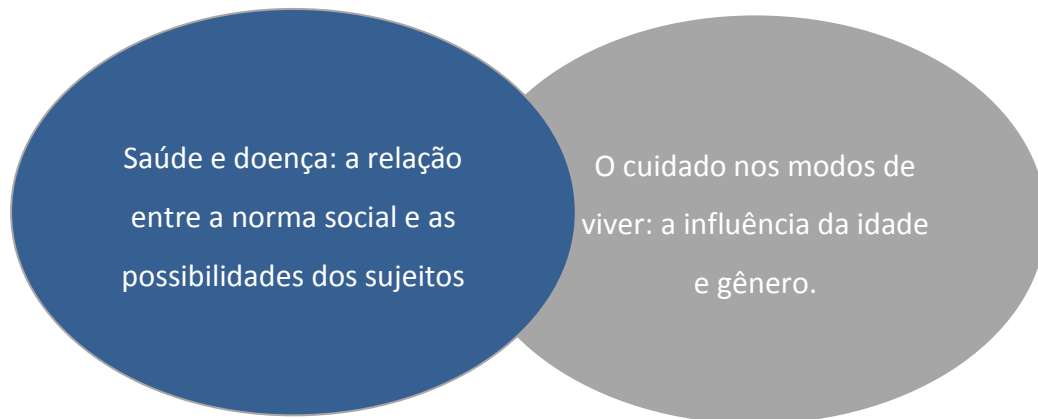
Percurso de construção das categorias

No que diz respeito à construção das narrativas durante as entrevistas, observou-se maior timidez dos usuários mais jovens que se comunicaram de forma mais direta, exigindo mais questões de relance, enquanto aqueles adultos a partir dos 35 anos e idosos construíram-nas de forma mais elaborada, com entrevistas mais extensas e exploração de múltiplos elementos dos modos de vida.

A partir da análise do conjunto de representações referentes à saúde, doença e o cuidar na promoção saúde e prevenção de doenças, surgiram duas categorias que estão são apresentadas a seguir, e concentram várias outras.

A primeira categoria emergida da interpretação dos dados foi “saúde e doença: a relação entre a norma social e as possibilidades dos sujeitos” e a segunda foi intitulada “o cuidado nos modos de viver: influência do gênero e idade”.

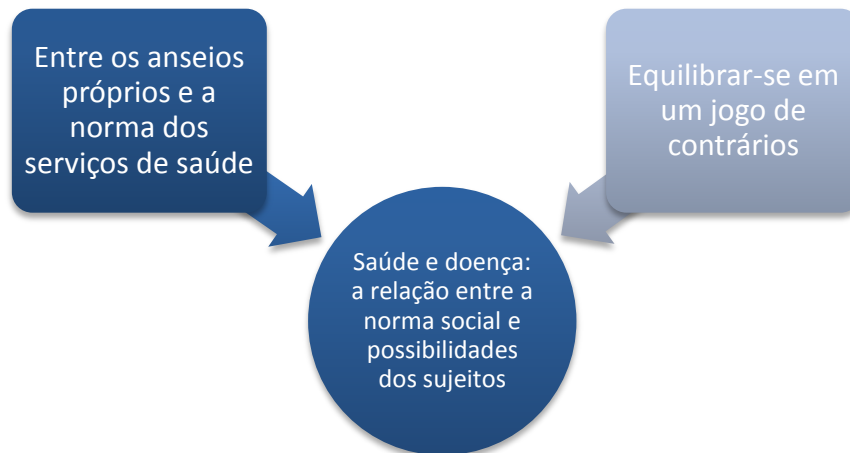
FIGURA 3- Categorias emergidas das representações em torno de saúde e doença e de cuidado nos modos de viver. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.



4.1 Saúde e doença: a relação entre a norma social e as possibilidades dos sujeitos

Nessa categoria, emergiram representações que podem ser agrupadas em duas subcategorias: 1) “Entre os anseios próprios e a norma dos serviços de saúde”, 2) “Equilibrar-se em um jogo de contrários”, conforme FIG. 04.

FIGURA 4 – Subcategorias de “Saúde e doença: a relação entre norma social e possibilidades dos sujeitos”. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.



4.1.1 Entre anseios próprios e a norma dos serviços de saúde

As representações acerca da saúde têm forte teor dos discursos dos serviços de saúde. A boa/adequada alimentação, dormir bem e fazer exercícios físicos têm centralidade nas representações de saúde (E1, E2, E4, E8, E9, E12, E14, E15, E23, E24, E25, E26, E29, E31, E32, E33). Também aparecem “não beber e não fumar” (E25, E3) e “participar de palestras sobre nutrição”, como importantes para manter a saúde (E25). Nota-se a existência de padrões de atitudes impostas como a norma necessária para ser saudável, corroborando com outros estudos, em que fica evidente a força das questões normativas provenientes dos serviços de saúde pública (Mássimo; Freitas 2014). Vale lembrar o contexto no qual os entrevistados estão inseridos, as academias de saúde, que têm como centro as atividades físicas, e, ainda, de que a maioria (59%) decidiu-se por essas atividades por seu desejo somado à indicação de médico, além de que as entrevistas foram, em geral, realizadas nesses locais. Esse contexto deve ser pensado como reforçador de representações que foram se acumulando nas trajetórias de vida.

Desde os anos de 1970, Illich (1975) analisa o fenômeno da medicalização, que consiste na inserção de condições humanas que anteriormente não pertenciam ao campo médico, serem aí colocadas e passar a ser normalizadas por esse campo, de maneira, considerada pelo autor, excessiva. Michel Foucault (2008a) chama esse

processo de biopoder que concebe o corpo como uma arena biopolítica, no qual as relações no campo do conhecimento biomédico impõem normas disciplinares às pessoas como forma de controle político sobre esses corpos. Foucault analisa o investimento realizado pela sociedade que se serve do biológico para controlar consciências e ideologias. Esse processo é para que os corpos sejam treinados, vigiados e, muitas vezes, punidos (FOUCAULT, 1995; 2002; 2006).

Nesse sentido, Talcott Parsons (1951), teórico do funcionalismo estrutural, afirma que a medicina não é apenas um conjunto de técnicas, mas um mecanismo de regulação e controle social, cuja função é manter o equilíbrio social, com papéis bem delimitados para os médicos e pacientes. Atualmente, esse conceito é condensado na concepção de saúde associada à qualidade de vida assumidamente ligada à teoria utilitarista da saúde (Coelho; Almeida Filho, 2002; Gaudenzi; Ortega, 2011). Com essa teoria, usa-se da clínica para determinar, a partir de lesões ou enfermidades, indicações técnicas de melhoria de vida dos enfermos (Minayo; Haartz; Buss, 2000). Nessa série de prescrições, a saúde deixa de ser um resultado para a vida e torna-se a própria vida, em que a normalidade ou a saúde é elevada ao fim último da existência e, por isso mesmo, inalcançável (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Todavia, ainda que mais tímido, observa-se um movimento que insere modos de pensar e agir particulares e mais vastos, não encontrados comumente nos serviços de saúde. Eles valorizam a convivência social, questões espirituais, emocionais, psicológicas e de autoconhecimento, ao mesmo tempo em que os entrevistados julgam que a saúde não se limita a essas perspectivas, pois acreditam que “tem uma infinidade de coisa para se pensar” (E32). Dessa forma, de acordo com estes entrevistados,

Saúde inclui conviver com amigos, estar bem por dentro e alegre (E1, E8).

É ter alegria de viver, de se levantar da cama e de fazer as coisas. É fazer planos de vida. (E15).

É paz de espírito, e... um auto conhecimento... isso também, né? (E32).

Tais achados corroboram com o estudo de Nascimento et al. (2011) sobre masculinidades e práticas de saúde, que desvela representações em saúde

centradas em dois conjuntos de elementos: o primeiro referente ao corpo, e o segundo faz referência a aspectos subjetivos e emocionais como “a alegria/felicidade, tranquilidade, amor e bom humor”.

O sujeito moderno, segundo Foucault (2008), encontra-se em meio a complexas lutas de poder. Nesse processo, há possibilidade de criações, novos modos de pensar e agir, novas resistências ativas no mundo. O lugar do sujeito não é de passividade e acriticidade – Foucault chama a atenção para as diferentes formas de ver, estar e enfrentar o mundo, em que os sujeitos criam para si novas regras de conduta. Essas regras são chamadas pelo autor “práticas da liberdade” (GAUDENZI; ORTEGA, 2011).

Outro achado aponta para uma responsabilização individual das ações de saúde, em que há ênfase no excesso de alimentação e de peso, baseado no que é certo e errado prescritos pelos serviços de saúde, e que produz culpabilidade:

As pessoas são acomodadas e... comem demais. E aí, não pode, não é? E isso aí, a gente fica até triste com isso. Porque, vai colocar na cabeça de uma pessoa... a coisa certa, mas você não vai dar conta porque a pessoa tem que se conscientizar 'por si'. (E9)

Preciso ter mais esforço para emagrecer, praticar atividade física. Preciso melhorar muito. (E33)

Fazer as coisas direitinho para vencer (a gordura)... O que eu sei é isso. Alimentar direitinho, caminhar. (E24)

Nascimento, Trindade, Gianordoli-Nascimento (2011) apontam que, além da percepção da saúde voltada para hospitais, remédios e políticas de saúde pública, características da atenção a saúde do modelo biomédico, há uma percepção geral voltada para o investimento em práticas individuais de saúde, o que coopera para responsabilização individual da saúde.

Estudiosos da medicalização apontam para um crescente uso da racionalidade médica no enfoque de problemas de ordem social, econômica e cultural que resultam na culpabilização e responsabilização das vítimas. É uma continuidade da mesma representação de que ter saúde é uma decisão individual, ao invés de responsabilizar o alto preço, ineficiência e precariedade dos serviços de saúde ou condições indignas de vida. Isso no conjunto dessa construção, a função do serviço biomédico é determinar normas para a saúde e cabe ao indivíduo seguir

essas normas, assumindo uma maior responsabilidade por si e sua saúde. Não segui-las é considerado transgressão, sobretudo por aqueles que as criam (Gaudenzi; Ortega, 2011). Segundo Becker (2008) as regras sociais que definem condutas “certas” e “erradas” são sempre construídas por processos políticos em que um grupo impõe seus interesses e ideologias a outro como algo mais legítimo, servindo-se, inclusive, do chamado conhecimento científico.

Em um jogo de normas rígidas prescritas pelos serviços de saúde há muitos casos de “transgressões”. Impulsionado por anseios próprios de vida, o sujeito estabelece para si modos de lidar mais flexíveis, “adaptados” as realidades e perspectivas de saúde, transitando, então, entre os dois polos (E29, E30). Isso se comprova nestes discursos:

A saúde para mim é sempre alimentar na hora certa. Quando às vezes não dá para alimentar na hora certa, aí a gente passa do horário, mas aí não tem problema (E4).

Não adianta nada fazer exercício, correr, poxa, e não saber comer. Não é dizer que a pessoa não precisa deixar de comer uma coisa, não. Pode comer, mas come com moderação! Cê acha que eu não como, não? Domingo mesmo eu fui no cafezinho nosso, no cafezinho, um pedacinho de bolo, um pedaço de rosca, mas um pedacinho só, né? A mulher falou que ela não aguenta. Que ela tem que comer cinco, seis pedaços. Não precisa disso... Eu brinco com eles aqui: “Ô gente, cês tão caminhando, correndo aí ó, pode comer um torresminho”. Ah, de vez em quando, eu peço torresminho lá em casa (E29)!

Mássimo; Freitas (2014) afirmam que entre adultos (31 a 50 anos) a alimentação é considerada o principal cuidado da saúde; porém, esses sujeitos vivem contrassensos, transitando entre o discurso dos serviços de saúde e anseios próprios. Becker (2008) afirma que comportamentos desviantes são construídos através de aprendizados específicos configurados socialmente, muito mais do que traços psicológicos individuais. Para o autor, experiências físicas que se encontram fora do padrão social são ambíguas e só se tornam plenamente prazerosas a partir de sequências de aprendizados para escapar das pressões sociais, o que, pode-se afirmar, é quase inatingível (Becker, 2008). As ambiguidades persistem e os

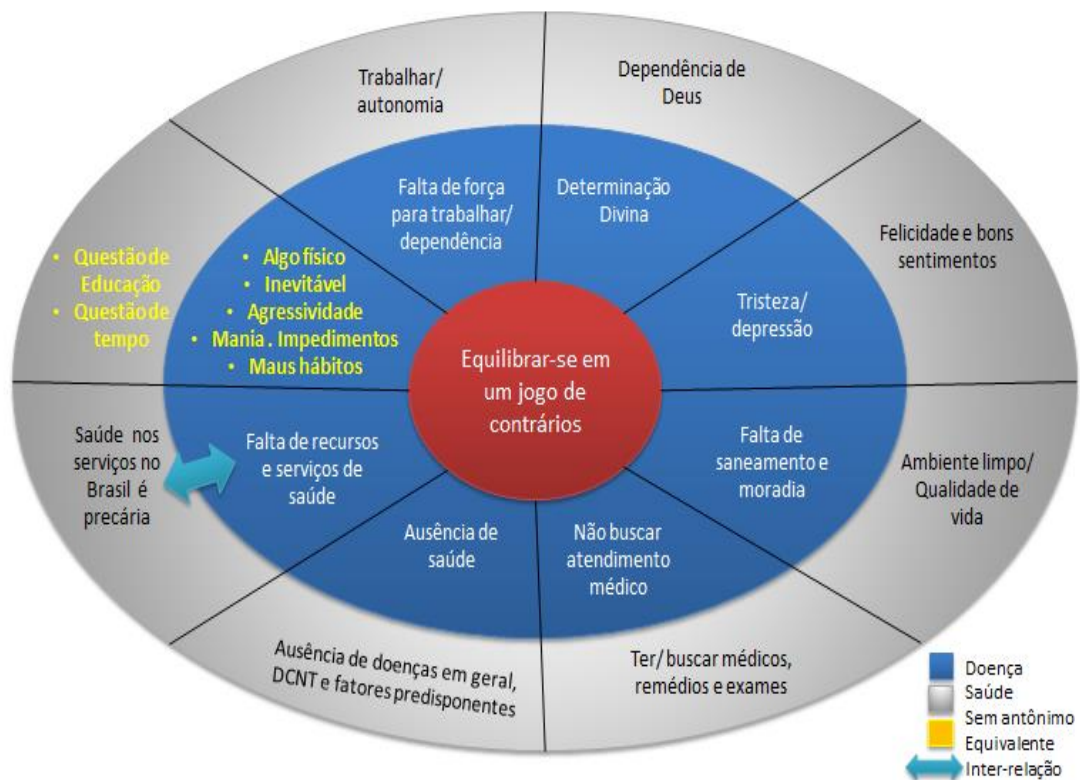
sujeitos buscam manter um jogo para se representarem mais saudáveis ou menos em busca de saúde.

4.1.2 Equilibrar-se em um jogo de contrários

As representações de saúde frequentemente encontram um antônimo correspondente para a doença na perspectiva dos usuários entrevistados. Há um jogo entre a presença de um e ausência do outro; porém, não é algo rígido, tanto que existem algumas falas, esporádicas, que mencionam a possibilidade de manutenção da saúde mesmo com a presença da doença.

Tais representações desveladas pela interpretação das narrativas dos usuários das academias de Belo Horizonte, Minas Gerais, estão sintetizadas na FIG. 4. A análise mostra que essas representações, às vezes contraditórias, podem estar presentes em uma mesma narrativa.

FIGURA 5- Esquema síntese das representações dos usuários entrevistados nas Academias de saúde na subcategoria “equilibrar-se em um jogo de contrários”, 2015.



- **Autonomia e dependência: Saúde e doença relacionadas ao trabalho**

São elementos fortes nas representações sobre saúde e doença, dos entrevistados, a utilidade e a força de trabalho nos modos de viver, tendo como eixo o trabalho. Saúde é trabalhar (E2, E3, E11, E25, E18, E26, E27), cumprir suas obrigações (E11, E22, E27, E28), ter autonomia, ânimo e fazer o que tem de ser feito (E2, E8, E11, E15, E19, E22, E27), não ficar acamado e dependente (E2, E7, E8, E16), poder se divertir com a família e brincar com os filhos (E3, E7, E28).

Isso é o que se pode perceber nestas falas:

Eu já me aposentei, continuo trabalhando só pelo fato de eu estar dando conta, de estar na ativa ainda, entende? De estar, né ... a única fonte de renda da família e tudo, eu acho que isso aí pra mim já é um ganho e é ser saudável (E26).

Saúde pra mim, o principal é autonomia... fui visitar um colega meu, da minha faixa de idade e o cara está totalmente sem função. Isso pra mim é que é problema maior, né? Acho que a vida pra mim vai valer enquanto eu tiver mobilidade... é o dever cumprido. Eu acho que eu cumpri o meu dever... Servi meu tempo, trabalhei em dois empregos, sustentei minha família, formei minhas filhas, certo? (E27).

Enquanto a pessoa estiver doente, mas que ele tá aguentando trabalhar, aí tudo bem... Eu não considero a doença como uma coisa assim do outro mundo, não. Que hoje todo mundo tem seus problemas (E30).

Todavia, representações acerca da doença são de oposição a isso. São considerados doentes aqueles que não têm ânimo para trabalhar (E2), estão acamados (E3, E9), impossibilitados de realizar as atividades e obrigações, estar limitado (E6, E15, E18, E19, E22) ou que dependem do outro (E22, E28). Assim:

Se a pessoa está doente, ela não presta para nada... É você não aguentar fazer nada, não ter ânimo para nada. Vai trabalhar, e não aguenta trabalhar (E2).

(Doença) Tem que ficar dentro de casa, não posso comer nada, não consigo fazer minhas coisas, tem que chamar alguém pra me ajudar. Dependendo de um, dependendo do outro... Isso pra mim é doença. Eu já estou doente. Enquanto eu tiver autonomia eu tô bem de saúde (E28).

Em estudo sobre o adoecer para mulheres trabalhadoras encontrou-se representações que englobam limitações e incapacidades relacionadas à dor que dificulta o trabalho, gerando frustrações e sentimento de impotência, com forte impacto nos projetos de vida (CAETANO et al., 2012).

Outros aspectos frequentemente relacionados à dependência e perda da autonomia na vida e questões de trabalho nas representações de doença aparecem relacionados aos quadros de DCNTs:

Estar doente é estar acamado, estar sem andar e pode ficar sem andar. Pode também ficar acamado ou ter um "derrame" e ficar deficiente ou até morrer (E9).

Doença, para mim, é quando a pessoa fica impossibilitada de ter esta função normal de comer o que ela quiser, mesmo tendo limitações para viver uma vida normal. Ter que usar um oxigênio. Como a minha mãe quando ela teve derrame e ficou muito tempo sem poder subir escadas, sem poder ir para rua comprar as coisas que ela queria. Ter uma... Ficar de cama. Para mim, isto tudo é doença... Traz tristeza, não só para a pessoa que está doente, mas para a família toda também. Ela (o AVC) é uma doença que se você não tomar cuidado, acaba a família adoecendo também. Então, nós temos que tomar muito cuidado com doença (E15).

Saúde é... é ... você trabalhar, você, assim, fazer as coisas habituais no dia... com disposição (E11).

Na corrente do funcionalismo estrutural de Parsons (1951), a saúde era considerada requisito fundamental ao bom funcionamento da sociedade e a doença, por sua vez, fonte de desvio da ordem social (Adam; Herzlich, 2001). De fato, o corpo e a integridade anatomofisiológica dele assumem posição central para o sistema capitalista na modernidade, uma vez que reduzem os sujeitos a portadores de força de trabalho e fonte de acumulação de capital (ALMEIDA; GOMES, 2014).

Os serviços de saúde, nesse contexto, garantem o bom funcionamento e a ordem de produção, com intervenções que cooperem para que o corpo e mente suportem a condições de trabalho e de produção, mantendo o alto grau exigido de produtividade. (LAURELL; NORIEGA, 1989). As determinações de normal e patológico respondem em grande parte essa determinação, uma vez que o critério de normalidade guia-se pela cessação do sofrimento e pela reintegração do

indivíduo ao seu modo de vida que, conseqüentemente, readapta esses indivíduos ao processo de produção e reprodução social e de trabalho (ALMEIDA; GOMES, 2014).

- **Saúde: ausência de doenças em geral e DCNT X doença: ausência de saúde**

As representações da saúde são marcadas pelo reducionismo de pensar a saúde como ausência de doença e a doença como ausência de saúde. Desse modo,

Ter saúde é não ter doenças, igual um derrame, que te atrapalhem, que você consiga viver consigo bem... (E20)

Doença é ausência de saúde. Eu posso não estar bem psicologicamente e fisicamente devido a algum problema de saúde, então eu não estou bem comigo mesma. Às vezes, até um problema familiar me traz uma doença... Uma ansiedade, um estresse (E33).

O reducionismo biológico, que caracteriza a saúde como ausência de doença, enfatiza, nesse sentido, a força do modelo biomédico nas representações de saúde e doença, que exclui os fatores sociais e os individuais relativos à subjetividade do escopo das construções sobre o processo saúde e doença. Essa configuração se encaixa no que Canguilhem (2000) denomina ideologia científica, composta por uma concepção limitada e disciplinar em relação à totalidade de um campo complexo (CAMARGO JÚNIOR, 2007).

- **Médicos, exames e remédios: a falta e a busca na determinação da saúde e doença.**

Estar e se sentir saudável depende de critérios quase que exclusivamente médicos. Alguns relatos apontam representações de que ainda que os sujeitos se sintam saudáveis, quem vai determinar e decidir sobre o seu estado de saúde é o médico. Há, então, uma crença no poder de decisão médica acerca da saúde e doença e conseqüente obediência das ordens médicas para manter-se saudável. Isso é evidenciado nestes discursos:

Me vejo no espelho: eu estou vendo que eu sou uma pessoa saudável, mas eu sei que eu estou num nível de peso que eu tenho que perder, porque... Fisicamente, eu me sinto saudável; visualmente, eu me sinto saudável, mas no papel ali, no acompanhamento médico, eu sei que eu não estou. Então, tem uma diferença aí, né: a gente achar sempre que está bem e quando vai estudar, né, aprofundar, a gente vê que não está 100% legal (E10)!

Doença é precisar tomar remédio, ir ao médico, ao nutricionista e estas coisas assim. É precisar tomar remédio para melhorar a saúde, fazer um tratamento e acompanhamento médico (E14).

Esses apontamentos estão em consonância com outros achados que apresentam representações de saúde como “ir ao médico” e “realizar exames”, que enfatizam a responsabilização e culpabilização nesse contexto, seguindo na que seguem direção contrária às propostas de autonomia e promoção de saúde dos indivíduos e coletividades (ÅSBRING 2012; NASCIMENTO et al., 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; MÁSSIMO; FREITAS, 2014; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

Nessa perspectiva, ao analisar os médicos da medicina moderna ocidental, Illich (1975) é enfático ao afirmar que eles retiram dos indivíduos sua autonomia e capacidade de lidarem com seus processos de vida, por se apresentarem de maneira complicada e inacessível propositalmente, com a finalidade de deixar evidente quem possui o saber e poder de decisão. Tal situação coloca os pacientes como sujeitos passivos, médicos e cria dependência progressiva em relação aos cuidados e diagnósticos médicos, o que parece ser uma representação ainda muito forte entre os entrevistados. É o que se pode chamar de uma representação original, profunda, pela resistência que eles possuem a mudanças.

Muitas vezes, os médicos, transformam o significado íntimo da dor e sofrimento em problemas técnicos, passíveis de cura com remédios e intervenções, retirando a autonomia dos sujeitos em lidar com processos naturais da vida, ficando a cargo das instituições e profissionais de saúde determinar como os sujeitos devem amar, comer, vestir, divertir- se sofrer e até morrer (GAUDENZI; ORTEGA, 2011).

Há relatos, no presente estudo, de busca diária por especialistas, que denotam uma situação crítica na área da saúde: a valorização da

superespecialização, na qual a saúde e doença são pensadas de modo fragmentado, via de regra. Desse modo, este relato enfatiza:

Doença, eu trataria ela mais complexa, é o que realmente está ali no médico, precisando de remédio... isso é doença pra mim. É uma coisa que ninguém quer pra vida. Eu acho que estar doente é realmente apresentar esses quadros de estar doente, acho que é todo dia ter necessidade de procurar um especialista pra alguma coisa. Pra mim é isso (E13).

A modernidade, nesse contexto, é marcada pelo fenômeno da (super) especialização, caracterizada por dois reducionismos. O primeiro de pensar o corpo, predominantemente, do ponto de vista biológico, e o segundo de restringir a atenção à saúde apenas do ponto de vista do segmento da especialidade. Esse cartesianismo provoca a fragmentação do saber, que, associado à tecnologização das práticas, reforça o que Illich (1975) chama de expropriação da saúde, fenômeno em que a saúde, a autonomia e a vida deixam de nos pertencer para pertencer aos médicos (GAUDENZI; ORTEGA, 2011).

- ***Doença: Submissão às determinações divinas X Saúde: Dádiva de Deus***

Algumas narrativas incluem referências à saúde e à doença marcadas pela determinação divina. A saúde é “Deus”, é “graça divina” (E3). A doença, por sua vez, ocorre por determinação divina (E8, E12, E28).

Há representações que a dádiva da saúde é oferecida por Deus àqueles que agradecem, adoram-no todos os dias, outros de que resta submeter-se aos anseios divinos ainda que estejam marcados de dor, pois essa é a vontade Dele. Percebe-se, então, a elaboração da imagem de um Deus que cura e transforma (E12) e um Deus que determina a doença, ao qual deve submeter (E3). Isso os entrevistados expressam:

Doença é muito triste, não é?... Deus transforma tudo e mesmo que a pessoa esteja doente, Deus... cura a pessoa. Eu sou evangélica, mas não destas evangélicas fanáticas, não. Eu vejo uma vizinha minha que,

às vezes, está adoentada e eu falo a eles para pedir à Deus porque Ele transforma a gente. (E12).

Saúde é Deus... mas, se Deus manda a doença é a vontade de Dele, então, a gente tem de aguentar (E3).

Paralelamente, pode ser citado estudo realizado em Gana sobre as representações de doenças crônicas, nas quais as causas espirituais também foram encontradas em todas as narrativas (AIKINS et al., 2012).

Os processos que envolvem a saúde, sobretudo a doença, levam os sujeitos a se depararem com valores e questões existenciais, principalmente indagações relacionadas à morte. Nesse sentido, a partir dos conhecimentos acumulados e do conjunto de crenças e valores criados e trocados socialmente no campo da religiosidade, são acionados os valores espirituais para a compreensão e significação destes “estados de vida” que envolvem sensações de sofrimento e perdas, entre outros aspectos, e que requerem negação, submissão ou enfrentamento (SANTOS et al. 2014; FORNAZARI; FERREIRA, 2010).

Nas ciências da saúde, tem se destacado a força da espiritualidade e religiosidade no enfrentamento de situações no processo de saúde e doença. Em um país predominantemente cristão, causas espirituais são frequentemente relatadas nas explicações acerca da saúde e doença, todavia estudos que enfatizem esse tema são escassos, assim como iniciativas que incluam essa temática nas políticas de saúde. Mesmo em terapias holísticas, a espiritualidade é um tema sempre marginalizado, não se acrescentando o elemento espiritual ao biopsicossocial (SANTOS et al. 2014; FORNAZARI E FERREIRA, 2010).

Apesar de não se poder afirmar a força dos aspectos religiosos para explicar, justificar ou confundir os sujeitos sobre a saúde e a doença, pode-se afirmar que os entrevistados recorrem a essas representações para colocar “fora de si” a própria situação ou de outras pessoas. Aqui, não há espaço para qualquer sentimento de culpa per si, a não ser quando a pessoa considera que cometeu erros graves e está “pagando em vida” o que fez. Dessa maneira,

Saúde... é olhar a pessoa... ela está trabalhando, está com saúde, conversando, entendeu? Alegria, é a graça de Deus! Isso tudo é uma maravilha... E ser saudável é a pessoa que está ali em volta de mim, tudo com saúde, só que eu estou meio ali. Doente. Dói na gente, dói

muito, mas é a vontade de Deus, então, a gente aguenta aquilo, não é? Tem de aguentar, pois a gente colhe o que planta (E3).

Colocar a culpa fora de si é um mecanismo de enfrentamento em que o peso das situações que envolvem a doença ou morte é transferido para o outro. O que favorece a aceitação do sofrimento através da sensação de falta de domínio e responsabilidade das situações, colocando tudo sob o controle dos outros ou de Deus. A força da religiosidade impõe, ainda, uma culpa por erros ou pecados cometidos, que devem ser purgados em vida ou após a morte pela justiça divina (BOUSSO et al., 2011).

- ***Tristeza/depressão X felicidade/bons sentimentos***

Os julgamentos acerca da saúde são fortemente marcados por emoções e sentimentos relacionados a felicidade (E4, E32), paz (E4), alegria (E4, E6, E8, E21), pois saúde “não é só física, mas mental, é estado de espírito, e olhar o lado positivo da vida, é equilíbrio e tranquilidade, mesmo não sendo tranquilo de todo, não” (E6), é conviver bem, com amizade (E8, E25, E26), se distrair e divertir (E24), é ter harmonia (E21), ou estar bem consigo e fazer as coisas com amor (E32). Enfim, é bem estar “com o corpo, com a mente, com o coração, com a família” (E14, E28) e espiritualmente (E7). Ratifica-se isso, ainda, nessas alocações:

Primeira coisa você tem que ser feliz. A felicidade todo mundo assim, é... vão puxar o que que é ser feliz, né? Ser feliz é, é você, é, é eu estar bem comigo mesma pra começar. Eu estou bem comigo, eu vou estar bem com outras pessoas ao meu redor, tudo bem. E tudo que fizer, tem que fazer com amor. Até pegar uma vassoura, limpar uma casa. Faz com amor, que ai a coisa flui (E32).

Não pode ficar pensando em doença, não. Tem que pensar na saúde. Pensar que você está com saúde. Porque a pessoa pensando na saúde, esta vem para a gente. Se você ficar pensando na doença, esta piora e vai piorando. Perde a motivação até de viver, sabe? A pessoa fica sem crença, sem vontade de nada e perde o entusiasmo para as coisas. Não tem vontade para nada e até para comer a pessoa não tem vontade (E12).

A doença por sua vez, assume posição contrária à saúde com essa mesma abordagem. As pessoas doentes são julgadas como depressivas (E1, E9), deprimidas (E10), desanimadas (E1), paradas (E1, E2), acomodadas (E20), com tristeza profunda (E21).

Doença é depressão é... Desânimo, dor de cabeça todos os dias e isto tudo vem com a depressão, não é? É. Porque tem umas coisas que vem, mas... Igual assim o câncer, que vem (E9).

É você não se sentir bem consigo mesmo. Às vezes você se sentir deprimida porque você tenta fazer alguma coisa, tenta, por exemplo, às vezes, você tenta perder peso porque você sabe que você está acima, mas você não consegue, então isso pode ser uma doença neurológica, psicológica sua, de você insistir nisso, você pensar ali: “eu tô gorda, eu não consigo, eu não consigo, eu não consigo.”. Esse negativismo também é uma doença (E10).

A doença é também algo que vai impedir a pessoa de ter uma vida normal, é falta de vontade de vencer, viver (E11). É isso que se pode notar nestas falas:

Olhar o lado positivo da vida. Porque se a gente ficar olhando o lado ruim, a gente...né? Tem de ter um pouquinho de equilíbrio e tranquilidade. Que se a gente deixar, adoce mesmo.... Então, a gente busca esse lado aí do equilíbrio. Para ficar um pouco mais com saúde (E6).

Doença vai ser isto, uma coisa que vai te impedir de você seguir sua vida normal, ser feliz, trabalhar, namorar, casar. Por que tem o outro lado também, tem pessoas que tem até doenças que não vão reverter o quadro, mas conseguem viver, conseguem fazer planos. Então, eu acho assim, ter o problema, mas a cabeça ainda está funcionando legal, e... A pessoa consegue viver o tempo que Deus permitir. A pessoa vai conseguir viver aquele tempo. Agora, tem questões que, talvez a pessoa tenha um problema e talvez não corra atrás. É uma coisa talvez simples e a pessoa não tenha aquela vontade de lutar para que ele deixe talvez a doença tome conta. Eu acho que pesa mais é a falta, talvez, de vontade de vencer, de viver, como todas as outras coisas na vida, né? (E11).

Tais achados são corroborados pelo estudo de Nascimento et al. (2011), que apresentam as representações de doença em dois grupos: o primeiro, se vincula ao corpo e, o segundo, as consequências sociais e subjetivas como “tristeza,

dependência, preocupação, angústia, desânimo”. A dualidade corpo e aspectos subjetivos são apontados por Åsbring (2012), que afirma haver estreita relação entre saúde física e mental, mas que a caracterização da doença ainda é fortemente atrelada às questões físicas.

Os resultados do presente estudo apontam também modos de pensar que fogem do modelo biomédico e parecem seguir em direção a modos mais vastos de pensar o processo de saúde e doença. Porém, Teixeira (2013) chama atenção para o fato de que, apesar do grande êxito da psicologia em dar conceitos, diagnósticos e tratamentos no campo da saúde mental, o alívio de alguns transtornos produziu um enfraquecimento de questões sobre o modo de viver, demonstrando que as pessoas não querem apenas corrigir suas fraquezas, mas pretendem uma vida cheia de significados, o que está intimamente ligado ao sentimento de bem-estar na contemporaneidade. Nesse sentido, observa-se ênfase em práticas, técnicas e discursos que visam modificar o estado emocional dos sujeitos infelizes. A vida no mundo contemporâneo possui uma nova norma que é ser feliz, segundo a qual todos devem alcançar, de qualquer maneira e a qualquer custo, esse estado de ser (TEIXEIRA, 2013; SELIGMAN, 2004).

Porém, no conjunto dos entrevistados, a representação de felicidade que se desvelou foi de uma busca, de um esforço, muito mais de se atingir um mínimo de tranquilidade, bons sentimentos e bem-estar geral. O conceito de saúde dos entrevistados aproxima-se do de Ayres (2007. p18) que aventura-se a definir saúde como:

busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade.

- ***Doença: Falta de saneamento e moradia X Saúde: qualidade de vida e ambiente limpo***

A saúde sob a perspectiva da realidade e da determinação social foi objeto das representações de alguns entrevistados. Eles creem que saúde é qualidade de vida (E10, E13, E23), pois às vezes está em lugar empoeirado, estressante ou com fumantes (E10, E23), ou sem saneamento básico e moradia (E23), que são considerados espaços que levam ao adoecimento.

O que é doença? A gente sabe o que é, mas não sabe explicar. É qualquer coisa que atrapalhe na qualidade de vida da pessoa... Física, mental. Qualidade de vida engloba várias coisas. Em ter o saneamento básico, ter moradia. Que isso vai ajudar também na saúde da pessoa. Que se ela não tem moradia, ela está sujeita a várias doenças (E23).

Torres, Carvalho e Martins (2011) encontraram representações de saúde impregnadas de emoção e menções às situações econômicas, sociais e de saúde da população. Em estudo, os autores citam as dificuldades “acesso aos bens sociais, como escola, lazer, trabalho, estrutura familiar e aceitação social,” como aspectos condicionantes de risco em saúde (Mássimo; Freitas, 2014. p 9). Para esses autores, a percepção de risco está associada a modos de vida e valores coletivos que, socialmente construídos, relacionam-se com movimentos intrapsíquicos, ao mesmo tempo em que se reconhece os riscos objetivos do mundo externo (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

- ***Saúde é marcada pela precariedade da assistência e a doença pela falta de recursos e serviços de saúde***

Surgiram representações de saúde e doença a partir da perspectiva da qualidade dos serviços de saúde. A qualidade satisfatória ou a precariedade dos serviços de saúde oferecidos são assinaladas pelos entrevistados como determinantes para saúde e doença. Os sujeitos julgam que esperam muito tempo por atendimento nos serviços de saúde, e que sofrem por falta de recursos e profissionais médicos (E30). Assim, corroboram os entrevistados:

Hoje, né, os postos de saúde não estão ajudando nada, você vai e não tem médico... Igual ontem, eu fui marcar um exame de sangue, já tinha dois meses, um mês, que a médica mandou passar pra mim, pra eu poder fazer todos os exames de colesterol, tudo... mas ainda marcaram pra eu esperar mais duas semanas pra eu fazer esses exames. Tá errado. Porque antigamente não era assim, aí agora já é. Porque se a pessoa tiver de morrer, morria, ó! Não tem recursos (E30).

Nós não temos uma saúde, um atendimento de saúde... O nosso atendimento de saúde no Brasil é precaríssimo, entendeu? Eu costumo dizer quando eu vou no posto, que eu vejo aquele movimento todo eu falo: "Meu Deus do Céu, a gente quando entra aqui, se a gente não

pensar e não respirar, a gente fica doente aqui dentro". Pela situação que ocorre. A saúde no Brasil é extremamente precária. Atendimento... Extremamente precário. Então, há de se dar uma melhorada nisso aí, né? (E6).

Nessa mesma direção, os resultados de outro estudo apontam que as pessoas têm maiores riscos em saúde quando tem maiores dificuldades de acesso a bens sociais e políticas públicas de saúde (MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

Além de questões econômicas, políticas e sociais de ordem macroestrutural que influenciam a prestação de serviços de saúde, os sistemas de saúde encontram-se envolvidos em relações complexas, caracterizadas pelo aumento do número de pessoas e especialidades processo de trabalho, com relações burocratizadas e verticalizadas, que resultam em ações sem coesão. Consequentemente, há uma sensação de insatisfação crescente com os serviços de saúde, em vários países nas últimas décadas (ADAM E HERZLICH, 2001; SANTOS et al., 2014).

- ***O que foge ao jogo de contrários: Saúde como questão de educação e tempo X Doença como mania, algo físico, inevitável, agressividade e maus hábitos***

Frequentemente, as representações de saúde dos entrevistados apresentaram antônimo para os julgamentos sobre doença. Todavia, surgiram julgamentos de saúde que não apresentaram oposto correspondente nas explicações sobre doença.

A saúde, que foi representada como questão de educação, por exemplo, não encontrou a falta de educação nas representações de doença. Isso denota que a falta de educação pode, significar ausência de saúde, mas não necessariamente presença de doença. Observa-se, então, que nem sempre há um antagonismo nos modos de representar saúde e doença no ponto de vista dos entrevistados, como apresentado anteriormente.

A falta de educação, em geral, foi apresentada, sobretudo, para falar das dificuldades vivenciadas no Brasil, comparando com “outros países”, relacionando-as às dificuldades de se ter padrões de vida saudáveis. Este foi um discurso de

estereótipos que formam um amálgama e encontram eco no cotidiano das pessoas que os apresentam sem questionamentos.

Já viajei pelo mundo aí, o nosso povo é muito mau educado. Não respeita as pessoas, não valoriza o outro, não tem uma convivência assim, saudável, social... No trânsito, na rua... eu fiquei assustado desse jeito com aquele negócio do estrupo... Totalmente falta de educação, pô. Você bota uma saínha e eu me acho no direito de passar a mão? O máximo que um homem pode fazer... é olhar. É um direito que eu tenho. Dali pra frente é abuso... É um lado que está totalmente desprotegido, e um lado que está muito afoito... eu voltei a estudar uma época mas eu desisti. Porque a escola que eu fui frequentar não é uma escola como a que eu frequentava anteriormente. O professor é o pior a não dar respeito. Então, pra eu ver professor xingar... Nunca xinguei ninguém. Se é assim com tudo, como será diferente com a saúde? (E27).

A reprodução de que há uma crise moral e educacional é reflexo de um pensamento negativo que parece pairar sobre a sociedade e que toma corpo em diversos grupos sociais. O senso comum tem exacerbado a “falta de caráter”, a corrupção e desmandos para todos os âmbitos das interações sociais, como sendo comportamentos “jeitinho brasileiro” (DAMATTA, 1997; 2015). A complexidade da vida coletiva, social, econômica e política, na qual se inclui o acesso aos bens sociais, é esquecida pelo senso comum, sendo o estereótipo a forma mais acrítica de representação social neste caso.

A representação de que “não se tem uma vida saudável porque não se tem educação” é reducionista e parece reproduzir a intenção de haja uma educação que cumpra o propósito de manutenção dos moldes sociais preestabelecidos, sem fomentar a reflexão crítica das múltiplas iniquidades (SOARES, 2012).

Outro entrave ao alcance da saúde, nos julgamentos dos entrevistados, é o excesso e acúmulo de atividades laborais que resultam em falta de tempo, apontado como algo necessário para o cuidado de si. Representações de saúde e cuidado como algo que tem estreita relação com tempo estão presentes nas falas:

Eu acho assim que a saúde vai estar ligada no tempo. Ah! Eu tenho que fazer isto, e não tiro tempo! E... tempo é uma questão que a gente faz... (E11).

Fazer isto que eu estou fazendo hoje que é estar na academia é você cuidar. Porque se a gente for olhar o nosso tempo, a gente não tem. Porque tem o corre-corre, o dia-a-dia, a família, não é? Mas saúde é isto: buscar (E21).

Ser saudável é praticar exercício físico, não ficar só de frente ao computador... estar com o corpo em dia. Não ser uma pessoa obesa, não estar sedentário. Mas nunca tenho tempo (E23).

O sujeito contemporâneo vive uma constante busca por tempo livre, vive em um momento em que as noções de espaço tempo foram modificadas por tecnologias que encurtam as distâncias e aceleram as ações e informações. O tempo cronológico local dá espaço ao tempo mundial e universal, e o tempo-matéria, caracterizado pela realidade geográfica e física, é substituído pelo tempo-luz, próprio da realidade virtual. No consumo dessas tecnologias, o sujeito busca ganhar tempo. A velocidade virtual e o uso de tecnologias fazem crer na realização de tarefas de maneira mais rápida, que, paradoxalmente, ocupam todo o tempo e espaços da vida. O trabalho não se circunscreve a um determinado espaço, mas está em todo lugar e tempo. Esses novos paradigmas impactam sobre os variados processos da vida. Os fluxos de informação, conhecimentos e serviços - pelos quais as pessoas acessam os modos de ver, sentir, experimentar, explicar, cuidar (de si), pensar e trabalhar - integram e consomem os modos de viver, que são efeitos da categoria espaço-tempo na contemporaneidade (PELBART, 2003; FREZZA; GRISCI; KESSLER, 2009).

Enquanto a saúde foi representada a partir de concepções de educação e tempo, a doença foi representada como algo inevitável, sério, algo físico, como uma dor ou um problema cardíaco (E7, E31, E10), e enquanto ela não for diagnosticada pelo médico, a pessoa não está doente (E31), mas também como uma situação que pode ser criada pela própria pessoa que se sente doente e se entrega a ela. Essas representações corroboram com uma visão de poder de decisão médica sobre a saúde e doença, mas, sobretudo, de uma sociedade que se enxerga doente e faz uso de automedicação com muita frequência.

Tem muita gente que tem mania de doença. Então acho que hoje em dia muita gente tem mania de depressão... Minha patroa mesmo tem mania de doença. Até teve um infarto que eu acho que foi de tanta mania. Ela fica assim: "Ai, eu tô ruim, ai eu tô ruim..." Uai, se todo dia

que você levanta da cama você tá ruim, uma hora você fica ruim... Ela tinha mania de antibiótico. Elas são pessoas que podem comprar um antibiótico. Então dá um espirro e vai comprar um antibiótico. Mania de estar doente. Quando está doente mesmo, igual ela enfartou, ela estava doente. O médico foi lá, diagnosticou, achou a doença. Ai... teve uma doença. Quando um médico chega e te dá um diagnóstico, você está doente (E31).

A dor destaca-se como elemento importante quando se trata de percepção de doença, influenciando condutas e práticas em saúde. Ela é identificada, como motivação para a procura dos serviços de saúde, sendo a sua intensidade fator influente no autocuidado. Os homens entrevistados são os principais a definir doença a partir da dor, o que foi encontrado também em outros estudos (NASCIMENTO et al, 2011; NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

A “mania de doença” e hipocondria presentes nos relatos dos entrevistados fazem parte da precariedade dos recursos psíquicos e representativos dentro e fora da ciência, que impossibilitam o sujeito de determinar e nomear seus males e sofrimentos que ultrapassam a esfera física, reduzindo os sintomas aos diagnósticos médicos, rígidos, sólidos e padronizados. Observa-se, então, a intensificação da somatização corporal, de condições reais ou imaginárias. Os fenômenos psicossomáticos e a hipocondria oferecem, aos sujeitos, alternativas para expressar o indizível. A doença física, a dor, automutilação, comportamentos destrutivos, a agressão ao próprio corpo e ao corpo do outro, no contexto das expressões não físicas dos sofrimentos, são fenômenos cada vez mais crescentes na sociedade atual (VOLICH, 2002; RITTER, 2013).

Nesse contexto, a agressividade, que foi caracterizada como um mal que paralisa pela impossibilidade de realização de atividades (E17), foi encontrada como uma das representações apontadas em relação à doença.

Eu era muito agressiva... tava doente, eu precisava de tratamento... consegui o tratamento. Eu entrei e consegui ser liberta daquele mal que tava me paralisando. Eu já não fazia mais nada e não podia trabalhar. Não é um mal só físico, um mal é, tudo, mental, tudo, eu tava mal. Tudo que eu queria fazer era, quando eu fui no médico eu falei “olha, eu quero matar alguém”. Aí eu lembro que ele falou assim: “se

“você matar, eu não vou poder te ajudar”. Então, é uma doença, eu tava doente (E17).

A expressividade de mal sem nome e diagnóstico são demonstrados como uma agressividade inespecífica, cada vez mais crescente e presente na sociedade ocidental (Volich, 2002). Algumas explicações para a agressividade crescente apontam para o individualismo. Pode-se supor que a forte tendência em pensar em si mesmo faz com que os sujeitos vivam relações frágeis e cultuem o prazer como bem supremo. Nessa cultura da efemeridade, não há mais tempo para luto, depressão ou crises na existência, a obrigatoriedade do sucesso coopera para a competitividade, acentua o individualismo e resulta no adoecimento dos sujeitos. Tais emoções negativas em excesso podem desencadear impulsos violentos, atitudes desviantes e até criminosas (SOUZA, 2005; PEZZINI; TOCHETTO; ZANANDREA, 2014).

Além da agressividade, as representações de doença surgem também como hábitos ruins, falta de iniciativa de se ajudar ou procurar ajuda (E32). Há então uma ênfase na responsabilização individual e culpabilização pelos excessos.

Estar doente é excesso... Porque também você come muita coisa saudável, mas em excesso em hora errada, e tudo errado, isso vira uma doença. Então a doença é, é... são hábitos ruins, errados; e estar doente é a pessoa acomodar naquilo, ou, ou se achar que é uma coitada... ela tem que se ajudar, né? Ela mesmo. Estar doente é a pessoa continuar naquele, naqueles hábitos, não, naquele flagelo, naquele, excesso de remédio, excesso de... né? Tem, tem algumas situações que a pessoa percebe, observa, ela modifica e ela tem como sair dessa doença. Outras, outra, outro caso ela procura um médico, um especialista, né? Procura uma ajuda que aí ela tem que, ela tem que cair mesmo na real que... não tá fazendo bem. Se não tá fazendo bem, vai aumentar esse problema, né? Então, tem que procurar um socorro rápido, né?(E32)

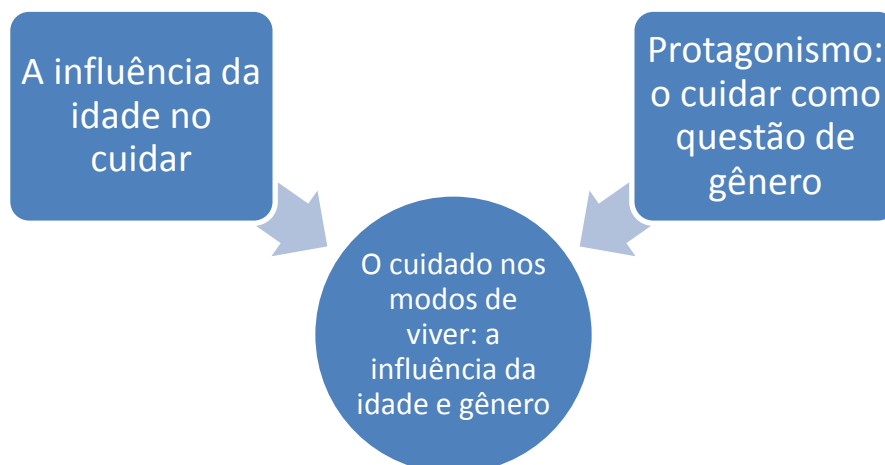
Alguns autores apontam que os excessos e hábitos ruins são reflexos dos modos de vida construídos em uma sociedade de consumo em que há o mito da abundância e satisfação dos desejos sem restrições. Isso cria sentimentos de culpabilidade carregada de responsabilização, que culmina em doenças mentais e

físicas, sintomas individuais e coletivos, além de violência social com objetivos inespecíficos (BAUDRILLARD, 1995; BARBOSA, 2013).

4.2 O cuidado nos modos de viver: a influência da idade e gênero

As representações encontradas que resultaram nesta categoria foram organizadas em três subcategorias: 1) A influência da idade no cuidar, 2) Protagonismo: o cuidar como questão de gênero, sintetizadas na Figura 05.

FIGURA 6 – “O cuidado nos modos de viver: a influência do gênero e idade. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015.



4.2.1 A influência da idade no cuidar

As expectativas em relação à idade nos diferentes momentos da vida são fortes determinantes nas condutas de cuidado, na visão dos entrevistados. Apesar de suscitar elementos novos, tais expectativas tiveram proximidade e coerência com algumas representações de saúde e doença já mencionadas.

As representações aqui desveladas pela interpretação das narrativas dos usuários das academias de Belo Horizonte, Minas Gerais, foram organizadas e sintetizadas no Quadro 5, descrito adiante

Quadro 5 - Síntese das representações sobre cuidado por faixa etária e gênero dos usuários da PAS. 2015

Faixa etária	18 a 30 anos	31 a 50 anos	51 a 65 anos	Mais de 65 anos
Mulheres CUIDAR É:	Alimentação saudável, saneamento básico e água tratada (E23), não ser obeso. Também procurar atendimento médico e realizar de exames. Jovens não se preocupam em cuidar, pois essa é uma preocupação de pessoas mais velhas, consideradas mais próximas da morte (E10, E13).	: Limpeza do ambiente, preservação de si e dos filhos da violência (E31); ter comunhão com Deus (E28); estar feliz consigo mesmo, familiares e amigos (E33); ter boa alimentação, fazer exercícios físicos, dormir bem, não beber e fumar (E17, E25, E28). Para isso é preciso ter esforço próprio e vida mais regrada (E1, E19); ir ao médico, medicar-se (E18); equilibrar-se entre o cumprimento e transgressão das regras prescritas pelos profissionais de saúde (E21, E31); buscar tempo para cuidar de si (E17, E33); possibilidade, a partir dos 40 anos, quando já cumpriu a obrigação de cuidar dos filhos (E1).	Atividade física, alimentação saudável, diversão, tranquilidade e tolerância; procurar profissionais médicos e realizar exames; algo que pessoas mais novas não se preocupam. O cuidado com a saúde existe efetivamente a partir dos 40 anos e hábitos ruins podem ser provenientes da infância (E2, E32). Idosos precisam de mais cuidado, pois tem maiores dificuldades e problemas de saúde em relação aos jovens, considerados mais fortes. Principais obstáculos ao cuidado pelos idosos: dificuldade de ler e falta de conhecimento, que interfere na busca, conversa e compreensão nas interações com os de profissionais de saúde (E9).	Atividade física (E6), dormir bem (E4), não beber e não fumar (E8) e alimentação saudável (E4, E6, E8, E30). Tais cuidados devem ser adaptados às necessidades ou doenças atribuídas à idade (E7). Conviver bem, ter vida social (E24) e rezar (E12), viver alegre e sentir-se bem, mesmo com o pouco dinheiro que se tem (E12). Os mais velhos vivem o momento de se cuidar. Para os mais jovens predominam riscos, o desejo de se arriscar- e a preocupação com a aparência física. (E6, E7).
Homens CUIDAR É:	Alimentar-se bem, praticar exercícios físicos e não beber. Os jovens se cuidam mais que as pessoas de outras idades (E20).	Alimentar-se bem, dormir, sair, namorar e morar bem (E14); procurar evoluir profissionalmente (E11). Os mais jovens não pensam em cuidado, somente após os 40 anos (E19).	Trabalhar (E26), realizar atividades físicas (E22, E26, E29), alimentar-se bem (E22, E26, E29), e ter qualidade de vida, mesmo convivendo com câncer (E26); procurar médicos e realizar exames, Os jovens não se preocupam em cuidar, pois parecem ter medo de médico. Idosos têm mais problemas de saúde e precisam de mais cuidado. A faixa etária das pessoas que mais se cuidam é de 51 a 65 anos.	Alimentar-se bem, fazer exercícios, ter uma boa vida com a família e amigos (E16), ir ao médico, realizar <i>check up</i> e medicar-se (E6), mas tem que ter cuidado ao ir muito ao médico, pois “quem procura, acha” (E27). Jovem não pensa em prevenção (E6). Mais velho tem que cuidar mais, pois está desgastado (E27). Cuidar envolve conforto monetário e capacidade de consumo (E27).

Motivação para o cuidado: as preocupações estéticas nos jovens e o medo pela proximidade com a morte nos mais velhos- 18 a 30 anos

Para cuidar- se bem, as mulheres de 18 a 30 anos acreditam que seja necessária alimentação saudável, saneamento básico e água tratada (E23), todavia há uma preocupação estética com a obesidade e predominância em representar o cuidado como a procura por atendimento médico e realização de exames. Nesse sentido, pessoas mais novas não se preocupam em cuidar, por acreditarem que essa deva ser uma preocupação de pessoas mais velhas (E10, E13).

Ah, eu acho que na minha faixa etária todo mundo leva aí depois que vai passar mais uns 30, 40, 45 aí já tem um cuidado assim diferente. Preocupa mais. Aí quando vai pra fase de idoso, preocupa mais, aí já busca mesmo. Fica lá o tempo todo procurando médico, se tem uma coisa, se não tem (E13).

Antes dos 30 anos, os jovens têm preocupações que giram em torno de condições saudáveis de ambiente e vida, mas, especialmente, com questões estéticas. Isso corrobora com achados de outro estudo que além de mostrar a preocupação dos jovens com a aparência física, acrescentam que hábitos saudáveis encontram- se em seus discursos, mas não necessariamente em suas práticas, eles acreditam que arriscar- se é inevitável e assumem os riscos de maneira consciente (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

As justificativas apresentadas pelos jovens para o maior cuidado pelas pessoas mais velhas com a saúde estão relacionadas aos receios pela proximidade com a morte. Objeto distante para eles, pela crença na “cronologia biológica da morte”.

Mais velho cuida mais porque eu acho que todo mundo tem medo de morrer. Generalizando, eu acho que seria isso (E13).

O medo de morrer, possivelmente, é um dos sentimentos humanos mais profundos, em que a crença na deterioração física e finitude traz à tona temores, que alimentados em uma cultura contemporânea de materialidade e consumismo, exalta

a imagem do jovem saudável, ativo e produtivo, e estigmatiza a velhice como uma “sala de espera” para morte (GOMES; LOUREIRO; ALVES, 2012).

Os homens dessa faixa de idade reproduzem a crença de que o idoso deixa de ser preocupar com a aparência física e, corroborando com as mulheres dessa idade, acreditam que os jovens se cuidam mais quando se refere à saúde a partir de questões estéticas. Acrescentam que cuidar é alimentar-se bem, praticar exercícios físicos e não beber (E20).

Geralmente, quando está na juventude e tudo, eu acho que se cuida bem mais da aparência. Às vezes, quando chega numa certa idade, vai pensando assim: “não, agora eu estou velho e vou deixar de me cuidar”. Fica gordo, barrigudo e não liga... Geralmente, eu tenho visto isso, os jovens cuidam da aparência. E fazem isso... é mais querendo a atenção do outro... do sexo oposto (E20).

O cuidado com a aparência do corpo não demonstra apenas algo do campo físico, mas psicológico e social. Há uma valorização atual, tanto para o jovem quanto o idoso, de aspectos corporais de jovialidade e cuidado. A aparência de velho e obeso, por exemplo, estabelece ligações diretas com estereótipos de ociosidade, preguiça e falta de cuidado com o corpo. A adequação do corpo forte, viril e ativo se tornou uma obrigação moral estética e um dever social na atualidade (SOUZA et al, 2013).

Entre o prescrito e o possível para cuidar da saúde: prazer, proibições e falta de tempo - 31 a 50 anos

Cuidar é ter comunhão com Deus (E28), estar feliz consigo, com familiares e amigos (E33). Todavia, há ênfase na reprodução do discurso dos serviços de saúde, de que o cuidar depende de boa alimentação, exercícios físicos, dormir bem, não beber e fumar (E17, E25, E28), mas, para isso, é preciso ter esforço próprio, vida mais regrada (E1, E19), além de ir ao médico, medicar-se (E18).

Entre mulheres de 31 a 50 anos, especificamente, o cuidar provém também da limpeza do ambiente e preservação de si e dos filhos, inclusive pelo contexto de violência da comunidade, presente nos relatos de alguns entrevistados.(E31).

Neste contexto, cuidar é equilibrar-se entre o cumprimento e transgressão de regras prescritas pelos serviços de saúde (E21, E31), o que é influenciado pela falta de tempo de cuidar de si (E17, E33), considerado inerente às mulheres dessa faixa de idade.

Não fumo, mas não vou falar que não bebo. Bebo de vez em quando, tomo uma cervejinha... Não vou falar que eu sou perfeita, mas eu adoro um doce, adoro uma carninha com gordura, mas eu tento controlar... não gosto de refrigerante, tomo de vez em quando, mas tento evitar. É... faço exercício, durmo, procuro dormir bem, seguir aquelas coisas todas que você vê todo dia na televisão, que às vezes a gente sabe mas não faz, né? Na verdade, igual, vou te dar um exemplo. Tem um bife aqui com uma gordura. Parece que tudo que é proibido é bom. E a cultura que a gente tem, meu pai morreu com 80 anos com o coração entupido, colesterol... (E31).

Achados de outro estudo referem-se também ao fato de, em geral, pessoas desta faixa etária vivem contradições entre as orientações dos serviços de saúde e seus desejos; tais sujeitos conhecem os riscos para a saúde, mas consideram normais algumas transgressões (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015; MASSIMO; FREITAS, 2014).

A in/disponibilidade de tempo para se cuidar é justificativa apresentada nesta faixa etária, e é questão considerada determinante na tentativa de equilíbrio entre o que é prescrito pelos serviços de saúde e a possibilidade de realização do cuidado. No caso das mulheres economicamente ativas, na contemporaneidade, cuidar é reflexo das condições de vida e trabalho, entre a dupla jornada de trabalho, o cuidado com a família e, em último momento, o cuidar de si (CAETANO et al, 2012).

A pessoa da minha idade ainda está correndo atrás de serviço, é casa, é menino e, às vezes, esquece de si, preocupa tanto com marido, filhos e casa que acaba se esquecendo de si, o que não deveria. A gente sempre fica pra última hora, quando dá tempo (E33).

Como os jovens, os adultos acreditam que os mais velhos se cuidam mais porque já foram cuidados por seus pais e já cuidaram dos seus filhos, cumprindo uma função de ser pai e mãe. Influenciados por essa “cronologia do cuidar”,

representam que o cuidado da saúde começa a ser pensado, mais ou menos, a partir de 40 anos.

Eu acho que a gente cuida mais da saúde quando a gente fica mais velho, depois dos quarenta. Porque quando a gente está novo e tudo, a gente não cuida tanto porque os pais... Já tem os pais para cuidar, não é? Os pais. Depois a gente tem filhos. A gente vai cuidar dos filhos, larga a gente de lado. Quando os filhos crescem, de quem que você tem de cuidar? De você própria. Não tem mais ninguém para cuidar, então vamos cuidar da gente (E1).

De acordo com a teoria da dádiva de Marcel Mauss, o conceito de reciprocidade explica a lógica das trocas que mantém os vínculos sociais. O rito de receber e retribuir. É atualizado e reafirmado, contribuindo com a manutenção da sociedade, segundo o filósofo (FLORES et al., 2011). O sistema de cuidado intergeracional é afirmado na presente pesquisa, na continuidade em cuidar dos filhos por já ter sido cuidado como filho, o que reafirma a importância da reciprocidade nas interações. Para as mulheres, há também a ideia do tempo para o fluxo da vida: o cumprimento do dever de cuidar dos filhos é concluído, nos julgamentos das entrevistadas, por volta dos 40 anos, momento em que estão “livres” para cuidar de si mesmas.

Os homens, assim como as mulheres nessa faixa etária, acreditam que os mais jovens não pensam em cuidado da saúde. Isto ocorre somente depois dos 40 anos (E19). Consideram que cuidar é alimentar-se bem, dormir, sair, namorar e morar bem (E14), mas, sobretudo, é procurar evoluir profissionalmente (E11).

Cuidar é ter vida ativa, trabalhar, ter vontade de vencer e viver, é evoluir na profissão e não ficar estagnado (E11).

Para os homens, há a peculiaridade de ver a vida como algo a se vencer, como uma disputa, refletindo a competitividade masculina e sua necessidade de prontidão no cumprimento de suas obrigações e deveres correspondentes ao seu papel social, refletido principalmente no universo do trabalho (BOURDIEU, 2010), mantendo-se uma representação funcional e antiga sobre a saúde relacionada à força de trabalho.

Os jovens não se preocupam em cuidar porque são fortes X os mais velhos é que precisam se cuidar, pois têm mais problemas de saúde - 51 a 65 anos.

Atividade física, alimentação saudável, diversão, tranquilidade e tolerância fazem parte do conjunto de julgamentos realizados por mulheres, de 51 a 65 anos, sobre ações necessárias para cuidar. Todavia há ênfase em pensar o cuidado com a procura por profissionais médicos e realização de exames, algo que pessoas mais novas não se preocupam. Acreditam que o cuidado é a partir dos 40 anos e que hábitos ruins podem ser provenientes da infância.

(A idade que mais cuida é) eu acho que a faixa que eu estou nela [risos], é dos quarenta acima. Ah, eu acho que quando você está jovem, você não tem preocupação com nada. Não procura um médico, não procura fazer um exercício. Não procura nada... não sei se é porque são pessoas novas, a saúde está bem, pensa que está tudo ok (E2).

Quando jovem tá forte, tá saudável, não tem... problema de doença... Então ele descuida um pouco, né? É... e eu vejo assim na rua, muitas, muitas pessoas assim, obesas... é a alimentação, a falta de exercício, é alguma coisa já da infância, né? Hoje mesmo eu passei em frente a um colégio, tinha um carrinho de guloseimas... uma venda de um negócio desse que não é saudável, né? (E32).

Nota-se, entre os entrevistados, a crença de que o conteúdo vivido na infância influencia hábitos e práticas por toda vida. Tal achado corrobora os de Máximo e Freitas (2014) que identificaram que o aprendizado na infância como base para o cuidado, e, por consequência, o que influencia as condutas saudáveis ou não, pois constituem representações profundas, que são interiorizadas desde os primeiros anos de vida.

Como em outras faixas de idade, a responsabilização do outro, materializado na figura do médico, é algo presente nas representações de cuidado dos entrevistados. O cuidar de si transferido para o outro minimiza a responsabilidade própria e cria a falsa sensação de isenção de culpa. No imaginário social, essa

representação coopera no sentido de “tranquilizar” acerca das responsabilidades de cada um sobre si (REIS; ANDRADE; CUNHA, 2013).

Há a representação entre as mulheres de que os idosos precisam de mais cuidado, pois têm maiores dificuldades e problemas de saúde do que os jovens, considerados mais fortes. Apontam como principais obstáculos ao cuidado pelos idosos, a dificuldade de ler e falta de conhecimento que interferem na busca, conversa e compreensão de fluxos dos serviços de saúde, de prescrições e orientações médicas.

Olha, eu acho que todos tem que se cuidar igual, mas os idosos precisam ter um cuidado especial... Ter um cuidado melhor porque hoje em dia os idosos sofrem demais... Quer se cuidar, mas não sabe ler, não sabe nada e eles têm dificuldades em todos os lugares que vão. Até mesmo no posto de saúde. Os mais jovens têm mais facilidade do cuidado porque eles vão... eles têm facilidade em tudo que fazem. Se for procurar um médico, eles têm mais sabedoria para procurar um médico (E9).

Apesar do avanço das tecnologias e da expectativa de vida, os idosos que conseguem se manter fortes e com autonomia, o prosseguir da idade traz repercussões muito além do envelhecimento biológico, mas, também, psicológico e social. Nesse sentido, o caráter de debilidade, fraqueza e dependência vivenciado pelos idosos no passado continua sendo, na atualidade, um aspecto marcadamente estigmatizante, inclusive para si mesmos. A noção de estigma, discutida por Goffman (1998), mostra que a sociedade estabelece critérios para categorizar os indivíduos, o que impõe marcas, inferioriza e, às vezes, exclui os indivíduos. No contexto do cuidar em saúde coopera para a exclusão e falta de estímulo à autonomia no que diz respeito a práticas e condutas saudáveis de vida (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Entre homens de 51 a 65 anos, ter saúde é poder trabalhar e ter trabalho é cuidar da saúde (E26). Cuidar-se inclui realizar atividades físicas, alimentar-se bem (E22, E26, E29) e ter qualidade de vida, mesmo convivendo com doenças crônicas como o câncer (E26). Os homens, assim como as mulheres dessa idade, julgam que cuidar da saúde é também procurar médicos e realizar exames. Nesse sentido, as pessoas mais novas não se preocupam em cuidar, pois “parecem ter medo de médico” (E29).

O problema é que a maioria do pessoal mais novo não gosta de médico. Eu tô com um genro lá, que ele tem trinta e sete anos. Ele deu problema de rins, seríssimo, aí então ele vai fazer acompanhamento, mas ele não gosta muito do médico, o negócio dele é só trabalhar, trabalhar (E29).

Concordam, ainda, que as pessoas mais idosas têm mais problemas de saúde e precisam de mais cuidado. Porém, diferente das mulheres, que acreditam que o cuidado ocorre a partir dos 40, eles julgam que o cuidado acontece na faixa de idade em que se encontram.

Essa idade que eu estou nela agora (63), que as pessoas começam a pensar em saúde. É. Que começa. Com meus 30, com meus 20, meus 40 eu ainda não pensava nada. Agora passou, eu estou pensando na saúde agora (E3).

Quando chega certa idade, a gente se preocupa mais, não é? Eu acho que a pessoa está mais idosa e tem mais problemas de saúde... Quando chega certa idade é ele vai se preocupar com a saúde (E22).

Os homens dessa faixa de idade têm, portanto, maior preocupação com a saúde, devido, em geral, à presença de doenças e, ao refletirem sobre a postura de jovens, estão falando de si mesmos quando mais novos. De fato, há uma construção social e histórica do que é ser homem, que faz com que adotem atitudes baseadas na crença da invulnerabilidade masculina e da de provedor da família. Prover exige uma dura rotina de trabalho, muitas vezes exacerbada em uma sociedade capitalista, que exige muito, principalmente de jovens e adultos, população economicamente ativa. A estabilidade financeira e proximidade ou a aposentadoria podem trazer tranquilidade e tornar viável pensar em cuidar de si (ALBURQUERQUE et al., 2014).

Adaptar-se as necessidades da idade e preocupações financeiras- Mais de 65 anos

A reprodução dos discursos dos serviços de saúde de que cuidar-se é realizar atividades físicas (E6), dormir bem (E4), não beber e não fumar (E8), e ter alimentação saudável (E4, E6, E8, E30), além de ir ao médico, realizar *check up* e medicar-se (E6), estão presentes nos relatos das pessoas de mais de 65 anos.

As mulheres afirmam que os cuidados devem ser adaptados às necessidades ou doenças atribuídas à idade (E7) e acrescentam que cuidar é, também, conviver bem (E24), ter vida social, e rezar (E12), desvelando pontos de vista mais abrangentes do que os de cuidado médico.

Os homens da mesma idade exceção ao consumo de bebidas e cigarros, sobre o qual não se referiram, apresentaram as mesmas considerações, ressaltando uma boa vida com a família e amigos (E16). Porém, também há a crença de que ir muito ao médico pode acabar doente, pois “quem procura, acha” (E27).

Enquanto os mais velhos vivem o momento de se cuidar, estes entrevistados de mais de 65 anos considera que entre os mais jovens predomina a preocupação com a aparência física e a impetuosidade que traz muitos riscos. Ao se envelhecer e ter dores, as pessoas se preocupam com a saúde, segundo eles. Por isso, também, consideram que os idosos precisam de mais cuidado.

Hoje em dia, com tanto conhecimentos, os jovens estão se interessando mais um pouco. Mas eu acho que o jovem ainda se preocupa mais com a estética e produtos para não enrugar, para pele. Eu acho que, hoje, eles têm mais este lado de manter a aparência, mais do que a própria saúde. Eles querem não enrugar. E a gente, os mais antigos, nem tantas coisas tinham e não se preocupavam tanto com isto (E7).

Eles não se cuidam. O que está acabando com os jovens é este "negócio" de droga... O negócio é beber, fumar e isto vai acabando com a saúde (E8).

Normalmente a pessoa depois de certa idade é que ela começa a se preocupar, que aí vem chegando algumas coisinhas... Quando é mais jovem, a vida é um paraíso. Quer dizer, a pessoa preocupa muito é viver a juventude, então sem pensar numa prevenção (E6).

A velhice, né, a idade, ela traz um cuidado muito maior porque o velho já está desgastado, né?... É igual um carro velho. Se você tem um carro novo, você não... Você vive com ele tranquilamente. Agora você tem um carro velho, você vai ter que levar no mecânico pra ajustar não sei o que, você vai ver como que está o vazamento de óleo. É igual ao homem, é a mesma coisa. O homem vai ficando velho, pô, começa sentir isso, sentir aquilo... (E27)

Há discursos que transitam entre a reprodução dos serviços de saúde e pensamentos mais vastos acerca do cuidar, demonstrando que as pessoas agregam novos modos de pensar as regras prescritas. Todavia, assim como na faixa etária anterior a crença em necessidades atribuídas a idade reproduzem algo do imaginário social que remete a categorização e estigmatização dos mais velhos, pré-concebendo doenças e necessidades que homogeneízam um status clínico e social corroborando com a crença de que são de um grupo frágil e susceptível. Afirmações tão gerais sobre sujeitos com particularidades tendem a cair em um reducionismo da idade de forma estereotipada, em que não se levam em conta as múltiplas experiências de vida tão distintas, atribuindo à categorização uma universalidade vazia (Debert, 1998; Felipe; Sousa, 2014). Estereótipos correspondem a uma visão negativa de si e dos outros e são, em geral, prejudiciais, porém as pessoas os repetem sem se darem conta disto.

Outras preocupações mais amplas referentes à saúde e qualidade de vida e relacionadas com idade estão presentes entre os participantes da pesquisa com 65 ou mais anos de vida (Quadro 5).

Entre as mulheres cuidar-se é fundamental para viver alegre e sentir-se bem, inclusive com pouco dinheiro (E12) e entre homens, a possibilidade de ter dignidade na velhice provém, sobretudo, de algum conforto financeiro (E27).

É viver alegre, tranquila, sabe? Alegre. Com o pouquinho que você tem você se sentir bem com aquilo. Igual quando eu recebo o meu salário aí... É... Deus abençoa e ele chega até o final do mês (E12).

A tranquilidade. A tranquilidade financeira principalmente... Não é ser rico... Você ter o dinheiro pra pagar suas contas, viver tranquilo que nem eu vivo... Você ter um conforto é... Monetário... Por incrível que pareça, muita gente não acha, mas você vê o cara que vive na rua, o

cara tá sempre na... Morre cedo. O cara morre cedo. Eu acho que a saúde financeira também faz parte da saúde (E27).

As preocupações financeiras fazem parte da realidade do idoso que excluído naturalmente do ambiente de trabalho, pela crença de suas capacidades diminuídas, tem que viver com uma aposentadoria, em geral, que não corresponde às suas necessidades. Seja pelo alto custo de viver sozinho, seja por viver com uma família numerosa que conta com a sua aposentadoria para as despesas comuns, entre outras situações, a fragilidade financeira do idoso é uma realidade (Rossetto Mazza, 2008). No contexto do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do aumento da população idosa, o idoso torna-se ainda sinônimo de problema social, uma vez que as perspectivas apontam que aposentadorias não serão compatíveis às contribuições da população geral (Felipe; Sousa, 2014). As representações desveladas pela interpretação das narrativas foram sintetizadas no Quadro 5, descrito anteriormente.

Cuidar da saúde, entre mulheres, em quase todas as faixas de idade do presente estudo, é pensado, portanto, como algo que ocorre a partir de quarenta anos. Estudos com mulheres brasileiras com mais de 40 anos, sejam elas casadas, separadas, com filhos ou netos, trabalhando ou não, apresentam resultados próximos. Há um sentimento de liberdade e disponibilidade a partir desta idade, pelo fato de poder fazer o que gostam, sem julgamentos, e por entenderem que já cumpriram todas as obrigações familiares e sociais (Goldenberg, 2011). Nesse sentido, Beauvior (1990), *apud* Goldenberg (2011) afirma que “a última (sic) idade representa uma liberação: submetidas durante toda a vida ao marido, dedicadas aos filhos, podem enfim preocupar-se consigo mesmas”.

Entre os homens, em duas das faixas de idade estudadas, o cuidado se dá a partir dos quarenta anos. Corroborando tal achado, Diniz e Ramos (2008) apontam que o cuidado ocorre, nesse período, por ser um momento da vida em que surgem algumas doenças, como hipertensão e câncer de próstata. Essas doenças são motivadores para a busca dos serviços de saúde, uma vez que os homens não pensam em prevenção. Outro motivador pode estar relacionado ao fato de que cerca de 50% dos homens adultos acima de 40 anos tem algum tipo de queixa relacionada à função erétil, devido à diminuição da taxa de testosterona, libido e frequência sexual, além de outros sintomas (Carrara; Russo; Faro, 2009). A busca por cuidado,

nesse contexto, é influenciada pela ameaça à masculinidade, que tem como base representações profundas sobre virilidade (TRAMONTANO, 2013).

4.2.2 Protagonismo: o cuidar como questão de gênero

Há uma unanimidade nas falas dos entrevistados no que se refere às representações de cuidado: a qualidade de cuidadora das mulheres. É atribuída à mulher a característica de quem cuida de si mesma, do marido e dos filhos. As mulheres consideram que elas cuidam bem mais do que os homens (E1, E8, E9, E13, E18, E24), os homens concordam com as mulheres, e se consideram “largados” e “sem vergonha” (E3, E11, E19, E22).

As mulheres geralmente se cuidam bem mais... A mulher cuida de comprar uma roupa melhor, mais bonita... quer agradar... Os homens são mais largados e ficam esperando pelas mulheres... não é? Que se entrega à bebida, se entrega a porcariada (E1, mulher).

A mulher sempre cuida mais da saúde que o homem, não é? Eu acho que eles exageram um pouco. Exageram um pouco em não cuidar da saúde. Eu sei que na minha família tem pessoas que morreram cedo por causa disso (E24, mulher).

Ela cuida mais dela (a mulher)... Minha mulher "puxa a minha orelha" toda hora. Eu é que sou "sem vergonha" mesmo e deixo o "trem desbandar" (E11, homem).

A mulher, ela se preocupa mais. Em relação com filhos, por exemplo, ela procura cuidar mais dos filhos e do esposo (E22, homem).

As condutas e práticas adotadas pelas mulheres e homens em relação ao cuidado são reflexos de construções sociohistóricas que resultam em um conjunto de expectativas acerca de papéis a serem desempenhados. Tais papéis ao serem delineados ultrapassam o campo biológico, que divide o macho da fêmea, e englobam condutas socialmente construídas e relações de poder, criadas em relação aos gêneros. Nesse campo de poderes, transversalmente, interagem aspectos da raça/etnia, classe social, diferenças de geração e capital cultural, nas

construções do “ser homem” e “ser mulher”. Tais construções influenciam os comportamentos assumidos, os modos de vida, o adoecer e morrer (COUTO; GOMES, 2012).

Segundo Bourdieu (2010), há uma ordem social com relação de dominação bem clara entre os gêneros, que influencia a divisão e visão entre eles, que leva a classificar todas as práticas do mundo como algo feminino ou masculino. Ao homem cabe o lado exterior, com práticas perigosas, rápidas e espetaculares. À mulher cabe o cuidar do lar, algo escondido, invisível, e, algumas vezes, vergonhoso, como cuidar de animais, crianças, velhos e lidar com sujidades e tarefas monótonas, e, por isto mesmo, desvalorizado socialmente.

Em um fenômeno mundial, a figura feminina aparece em consenso como principal cuidadora na família, com maior frequência para esposas e filhas. Tal centralidade do cuidado na mulher ratifica uma cultura tradicional que respalda a reclusão da mulher ao espaço doméstico e às atividades tradicionais e justifica a ausência e falta de responsabilidade dos homens no âmbito dos cuidados da saúde (COUTO; GOMES, 2012).

As justificativas para as mulheres cuidarem mais do que os homens, segundo as próprias mulheres, estão relacionadas em grande parte pela procura por atendimento médico, realização de exames, automedicação e busca por academias (E2, E4, E5, E10, E17, E21, E23, E28). Os homens concordam que as mulheres buscam se cuidar- mais, com base na maior busca por médicos, exames e medicamentos (E16, E29).

A, eu acho que as mulheres... Nós, mulheres, tratamos mais da saúde que os homens. Os homens parecem que têm medo. Parece que eles têm medo de tratar da saúde e de tomar remédio (E4, mulher).

Mulher é muito mais preocupada com saúde do que homem, tenho muita certeza disso. Porque a gente vê muitos casos, às vezes até muitos homens, às vezes morre mais quantidade de homens do que mulheres por causa de, de não empenho em se tratar, em procurar um médico, mesmo que não sentido nada, mesmo que só para um check-up, né? (E10, mulher).

Elas são mais cuidadosas, são mais... Porque elas vão ao médico todo ano... Qualquer coisinha, a mulher... Nunca vi igual mulher gostar de

médico. Adora! Nossa Senhora! Parece que são apaixonadas por médico. Uma dor no ouvido elas vão pro médico, uma gripe. Homem não vai no médico de jeito nenhum... A vaidade na mulher. Homem não, homem é esculachado, não vai em médico, não vai em nada (E16, homem).

As mulheres cuidam mais da saúde. Os homens... Não são todos, não. Alguns. Eu, por exemplo, eu tenho de falar só de mim. Não vou falar dos outros, eu vou falar só de mim. Eu sou uma pessoa que eu não preocupo com médico (E29, homem).

Estudos anteriores mostram que, mulheres buscam mais regularmente os serviços de saúde do que os homens. Diferente dos homens, não se percebe nas mulheres receio ou vergonha em admitir o cuidado de si e utilização dos serviços médicos (POZZATI et al., 2013).

A resistência à busca dos serviços de saúde e cumprimento das prescrições médicas são influenciados pelo sentimento de invulnerabilidade, assunção de riscos e resistência à imposição de regras, que fazem parte do conjunto de constructos sociais sobre ser homem.

A mulher, todavia, impulsionada pela necessidade de cuidado, mas influenciada pelas relações de poder inerentes às normas médicas e de saúde, refletem a crença feminina no outro, o médico, com maior capacidade e força para decidir como ela deve se cuidar, o que resulta em obediência às prescrições impostas. Essas relações tem força no estabelecimento de condutas e modos de viver e cuidar de si, evidenciando um biopoder, dominado pelos serviços de saúde e profissionais médicos (BOURDIEU, 2010; FOUCAULT, 2008).

Outras justificativas incluídas no baixo cuidado do homem à saúde estão relacionadas à vida laboral. Do ponto de vista de homens e mulheres, a dificuldade do homem em cuidar de si provém do desgaste ocasionado pelo investimento de energia e tempo no trabalho (E2, E11, E22, E27).

Ah, eu acho os homens mais desleixados, por conta de que trabalham, chegam cansados. Tomar banho, comer e ir para a cama. É, mais nada. Não pensa no outro dia que ele tem (E2, mulher).

É aquele negócio: a gente deposita muita energia, muita coisa, naquela questão de trabalhar, de possuir, de ter e de manter aquilo que a gente

tem. Eu tenho este defeito de cumprir com minhas obrigações (E11, homem).

Acho que o homem é mais "largado" e se preocupa mais com o trabalho, manter a família e a casa e deixa a saúde de lado. Este fator mesmo. O homem se preocupa mais em manter a casa, colocar as "coisas" em casa (E22, homem).

Ela tem mais chance de cuidar da saúde do que o homem. Às vezes, o homem até quer, mas não tem tempo. Trabalha de tal forma que não... Ele não consegue, às vezes... Sente a dor de quem trabalha com aquela dor. E se ele tem problema, não tem que ter problema, chega lá com aquela dor de dente, tem que arrancar o dente porque já estava com o dente há vários dias já... com o dente ali, entendeu? Se fosse a mulher, ela estava em casa... Aí, ia correr no dentista. O homem não, vamos deixar pra ver até onde vai dar, né. Homem não cuida da saúde (E27, homem).

Outros estudos, também, apontam a dificuldade dos homens em cuidar da sua saúde ocasionada pelas exaustivas jornadas de trabalho e a consequente falta de tempo, que não só impedem os homens de buscar os serviços de saúde, mas colabora na centralização do trabalho como única atividade a ser realizada em seu cotidiano (Schraiber et al., 2010). As representações originais de trabalho e sustento familiar definidos como tarefa do homem são persistentes no Brasil, apesar de cada vez mais mulheres trabalharem fora do lar e sustentarem a família. Em 2014, o nível de ocupação das mulheres (45,4%) continuou inferior ao dos homens (62,6%) mas tem aumentado anualmente, e mulheres receberam cerca de 74,2% da renda dos homens (IBGE, 2015).

A obrigação masculina de prover a família, agravada pela competitividade capitalista e pela exclusão feminina de assuntos externos ao lar, considerados públicos e sérios, pode explicar o quadro objetivo do mercado de trabalho feminino no país. Apesar de esforços contrários, inclusive do Estado Brasileiro, esse cenário ainda é perpetuado historicamente, refletindo na menor participação de mulheres nos espaços de trabalho formais e informais, bem como menores salários para os mesmos cargos (IBGE, 2015), e também em outros países (BOURDIEU, 2010).

Ainda que a mulher saia de casa para trabalhar como o homem, há julgamentos de que, paralelamente à pressão da mulher para cuidar da carreira, há

a pressão para cuidar da família. Em um retorno de um dia de trabalho de ambos, por exemplo, ainda cabe a ela cuidar do lar.

(A mulher cuida mais, mas) a mulher, ela sofre mais a pressão de cuidar da família. Então ela fica muito ansiosa, é muita responsabilidade. Então tem muita, tem muita pressão em cima da mulher. A mulher jovem, ela tem que fazer vestibular, fica todo mundo perguntando fez vestibular, passou no vestibular, qual curso que é, é um curso importante, passou, formou, tá trabalhando? Ela ganha bem? Tá namorando? E o namorado é bacana, vai casar? ... Ai o, o homem sai de manhã pra trabalhar, a mulher também sai. A noite um vai fazer curso de pós, MBA, mestrado, doutorado e tal, e quem fica pra cuidar desse lar? Tem que respirar muito, tem que ter muita paciência, muito, muito amor, pra poder dar conta... É, a mulher cuida mais, né? (E32, mulher)

Na contemporaneidade a mulher assume múltiplas tarefas, e ainda que assuma atribuições laborais iguais aos homens, ainda cabe a elas o cuidado familiar. Essa dupla carga de trabalho, que exige ainda mais dessas mulheres, tem um alto custo em termos de saúde, desenvolvimento profissional, autonomia para utilizar seu tempo, com repercussões nas relações sociais e econômicas (GUITIERREZ; MINAYO, 2010).

As explicações para o atual contexto em que se encontram as mulheres estão solidamente ancoradas e enraizadas nos valores culturais das sociedades patriarcais, em que predomina a divisão tradicional de tarefas na família. Isso significa que o contexto macrossocial englobante impõe, no interior do lar, posturas e práticas condizentes com a construção simbólica do feminino, que é atrelada à realização da maioria dos trabalhos domésticos (Jablonski, 2010). Tal realidade denuncia, portanto, que os espaços familiares são reprodutores das desigualdades de gênero (COUTO; GOMES, 2012).

Outras justificativas apontadas, por homens (E14, E20) e mulheres (E7, E15, E21, E28, E30, E31) para a falta de cuidado masculina envolvem representações de que o homem seja “menos homem” quando ele cuida de si.

As mulheres são mais charmosas, não é? Elas querem, sempre, ficar melhores do que os homens. Elas estão sempre querendo perder mais

peso... Homem não faz isto... Eu acho que o metrossexual saiu "puxando" o lado da mulher (E14, homem).

Hoje em dia, evoluiu bastante... Mas os homens são muito ignorantes e muito "durões" em relação a falar sobre saúde. Eu acho que eles pensam que se forem ao médico ou se estão sentindo alguma coisa ou terem de fazer algum tratamento... eles vão se sentir menos homens e deixam de ir (E15, mulher).

Eu acho que o homem, muitas das vezes, ele se acha autossuficiente: "eu não preciso, eu sou forte", porque cria isso na cabeça do homem, né? Homem não pode chorar, essas bobagens...aí vem daquela criaçãozinha. Então, assim, eu acho que é um dos motivos da gente ser mais ligada, né, da gente estar mais ligada na questão da saúde do que eles é a criação! (E28, mulher).

È aquele papo que o homem não pode cortar a unha, cuidar da sua saúde ou da sua beleza e tudo, senão ele é gay. Tem que se cuidar. Não pode ser aquela coisa porca também (E20, homem).

Vulnerabilidade, medo, fraqueza, insegurança são incompatíveis com as características pré-concebidas para ser homem. A representação corrente é de que aqueles que apresentam tais condutas são considerados fracos e semelhantes às mulheres.. Nota-se que as questões de gênero influenciam as condutas e modos de vida assumidos pelos homens, e conseqüentemente, as maneiras de adoecer e morrer. Achados de outro estudo apontam que homens com fortes convicções de masculinidade têm metade da probabilidade de receber atendimento preventivo em relação aos que têm crença moderadas de masculinidade. Concepções carregadas de estereótipos masculinos dificultam ações preventivas de saúde, influenciando condutas e ocasionando uma morbimortalidade precoce nos homens em relação às mulheres. Desta maneira, percebe-se a necessidade de reflexão e ações transformadoras de práticas relacionadas aos papéis de homens e mulheres em relação ao gênero. Nesse sentido, a rede social, em que se destacam os serviços de saúde e família, tem papel essencial (SCHRAIBER et al., 2010; POZZATI et al., 2013).

Porém, a estratégia saúde da família e ações dos serviços de saúde são vistas como algo muito mais voltada para as mulheres (E23, E26), apesar de que se percebe- um crescimento na inserção de programas para homens (E33).

Geralmente, o pessoal... Focam mais na saúde da mulher, não é, em prevenção e essas coisas. Acho que de homem é muito menos divulgado do que o de mulher (E23, mulher).

Eu, por exemplo, não um conhecido meu, mas conhecido de amigos meus, não faz o exame de toque retal, entende? Teve um que teve câncer e contou pro amigo que nunca tinha feito um exame. As mulheres se cuidam mais, entende? São mais conscientizadas, desde novas... O homem, eu acho que ainda é muito machão, muito machista, os pais, muitos deles, ficam incentivando o filho é ser o bonitão, o garanhão da turma né, então, por esse lado aí também há essa diferença ainda, entende? Em pleno século XX... (E26, homem).

Tem programas do governo agora que está inserindo os homens. Igual, tem prevenção para as mulheres e para os homens não tinha, agora já começou a ter alguns programas para os homens... Eu acho que os homens hoje estão praticando mais atividade física, mudança de vida mesmo (E33, mulher).

Os serviços de saúde pública tiveram seus moldes fundamentados originalmente nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, criança e idoso, sem atender as particularidades da população masculina. Atualmente, alguns homens consideram os serviços de saúde, em especial as unidades básicas de saúde, um espaço feminino, uma vez que, majoritariamente, a clientela e os profissionais de saúde são mulheres. Tal característica pode levar à sensação de estranheza e não pertencimento ao espaço, e conseqüentemente, ao afastamento, à falta de cuidado e prevenção. A vergonha pela exposição do corpo a um homem ou a uma mulher, o machismo, o medo em descobrir algum problema de saúde e a falta de atendimentos especializados para o cuidado masculino, dificultam o acesso destes usuários (POZZATI, 2013; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Nesse sentido, reitera-se a relevância da busca de compreensão das condições que determinam condutas e práticas de homens e mulheres, pois estas não fazem parte apenas de um movimento sócio-histórico que evidencia

vulnerabilidades e reproduz desigualdades, mas são também instauradoras e reprodutoras de assimetrias de poder, influenciadas, transversalmente, por questões de classe, cultura e diferenças de gerações. De fato, sexo e gênero são concepções construídas e transformadas nas relações de poder sociais (Couto; Gomes, 2012), são representações, como afirma Giami (2012).

Refletir acerca das relações de gênero e poder, questões sociológicas sempre atuais, pode subsidiar o entendimento das identidades e desigualdades construídas que influenciam diretamente as condutas frente ao cuidado que, por sua vez, são influenciadas pelas condições de vida, trabalho, relações afetivas e sexuais, em constantes mudanças, mesmo que, muitas vezes, imperceptíveis socialmente no curto prazo. Autores apontam que a compreensão dessas questões são complexas e há o risco de incorrer em concepções vitimistas e biologizantes, exigindo-se análises que considerem as relações de poder expressas pelo gênero no âmbito das relações sociais (COSTA; MADEIRA; SILVEIRA, 2012).

As relações de gênero, além de condicionantes relativos à idade, ao tempo, na perspectiva do cotidiano, às relações familiares, ao mundo do trabalho, como foi apresentado nos resultados do presente estudo, cooperam para uma análise crítica e dialética mais ampla das disparidades nos modos de promover e cuidar em saúde.

Considerações finais

No presente estudo, buscou-se compreender aspectos sociais relacionados à saúde, doença, e as DCNT como pano de fundo, através das representações encontradas entre usuários do programa Academia da Cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Este estudo é parte de investigação nacional que tem o objetivo de analisar a estratégia pública de promoção da saúde instituída pelo Ministério da Saúde, em 2011, com a implantação de estruturas específicas, nos municípios, centradas na oferta de atividades físicas supervisionadas, além de educação para saúde.

O método de interpretação dos dados presente estudo foi o de análise estrutural de narração, que tem suas bases na teoria fundamentada nos dados. Para isto foram realizadas entrevistas abertas e em profundidade, de forma que os participantes pudessem narrar suas experiências e fazer suas reflexões, apresentando fatos e julgamentos sobre os objetos em pauta. Neste método, considera-se que a entrevista é uma narrativa do participante, construída com idas e vindas sobre os diferentes objetos, o que exige desconstrução das sequências e reconstrução posterior para agrupar os conteúdos sobre o mesmo objeto da fala, considerando a totalidade da entrevista. Isto permite desvelar as contradições e confirmações dos julgamentos e justificativas de cada entrevistado, para, em seguida, comparar transversalmente os conteúdos do conjunto dos entrevistados para encontrar as disjunções e conjunções que definem as representações do grupo de usuários das academias de saúde. A abordagem teórico-metodológica empregada nesta investigação possibilitou a compreensão dos sentidos atribuídos à saúde e doença, suscitados na perspectiva das relações estabelecidas entre a norma social e as possibilidades dos entrevistados para o cuidado em saúde e seus modos de viver, analisando a influência do gênero e idade. O estudo evidenciou a complexidade de elementos que envolvem o processo saúde-doença e a influência do cenário pesquisado, a participação em atividades das academias, no investimento em hábitos saudáveis de vida.

A trajetória de vida e as relações estabelecidas com o meio influenciam e intensificam as condutas e práticas frente à saúde e doença. Transitando entre anseios próprios e a norma dos serviços de saúde, os usuários apresentam representações de saúde reducionistas e biologicistas, que legitimam o

conhecimento científico sobre os demais saberes. As representações do que é ser saudável estão impregnadas de normas e condutas generalistas, pré-estabelecidas e padronizadas pelos serviços de saúde, que valorizam a responsabilização individual sobre a coletiva, carregadas os sentimentos de culpabilização dos sujeitos. Frente a normas rígidas, os sujeitos estabelecem modos mais flexíveis e adaptados as suas possibilidades de vida e negociam transgressões, em que transitam entre desejo, possibilidades e normas na busca de saúde.

Apesar de representações reducionistas encontrarem reforço no cenário analisado, perspectivas mais vastas de representar a saúde, surgiram, paralelamente, demonstrando que uma visão de cuidados de saúde fora dos padrões normativos também tem espaço neste cenário.

A dicotomia encontrada entre saúde e doença demonstrou como as representações dos participantes equilibram-se em um jogo de contrários em que a presença de um significa a ausência de seu antônimo correspondente. Nesse sentido, eles desvelam a saúde e doença como autonomia e dependência relacionada ao trabalho, dívida e determinação divina, felicidade e tristeza, busca e falta de médicos e exames, presença e ausência de condições dignas de ambiente, vida e serviços de saúde. Reduzir algo complexo apenas a uma perspectiva antagônica restringem os modos de pensar e agir frente à saúde e doença. Tais representações são reproduzidas e perpetuadas, em grande parte, pelos usuários do Programa, sendo que algumas destas já fazem parte de um questionamento mais abrangente das questões coletivas da saúde relacionando-as às condições de vida. Importante destacar que surgiram representações que não eram antagônicas, porém não eram centrais nos julgamentos e crenças relacionados à saúde e doença, mas também contribuem para que a promoção da saúde faça parte das suas vidas e o programa Academia da Saúde tenha sentido para eles. Estes resultados mostram que saúde e doença não são mesmo pensadas separadamente e que promover saúde não resulta somente de uma decisão individual, como muito se escuta ainda na sociedade, inclusive nos serviços de saúde.

As representações de saúde e respectivas expectativas em relação à idade nos diferentes momentos da vida são componentes importantes das condutas de cuidado.

Entre os mais jovens, que se acreditam sempre saudáveis, não há preocupação com a saúde além de questões estéticas, isso devido à crença em uma

cronologia da morte que “prioriza” os mais velhos, o que resulta em transgressões mais ou conscientes e sem culpa.

Entre adultos e adultos jovens há uma tentativa de equilíbrio entre o prescrito e o considerado possível em meio à falta de tempo justificada, sobretudo, pelas obrigações laborais e cuidado com os filhos, o que inclui negociações com si mesmos sobre transgressões existentes, tais como alimentação inadequada, uso de bebidas, etc. Além disso, reproduzem o estereótipo de que o idoso é débil e frágil e necessita de mais cuidado do que o jovem, forte e ativo.

Entre os mais velhos há preocupação com a sua capacidade financeira para se cuidar e manter a saúde, além da representação de que a idade requer adaptações às necessidades próprias.

Em todas as idades, em geral, o cuidado preventivo em saúde é pensado como possível a partir dos 40 anos, relacionando esta possibilidade com certa “liberdade para cuidar de si” pela diminuição de obrigações familiares, de gênero, laborais, entre outras.

Estas posturas podem estar ancoradas em uma representação mais profunda de que cuidar da saúde é mais importante para pessoas mais velhas - porque ficam mais facilmente doentes e estão mais próximas da morte -, como se cuidar da saúde fosse somente cuidar quando se está doente.

Considerar a resistência dos jovens a práticas normativas de saúde, as dificuldades de tempo e trabalho dos jovens e jovens adultos na busca por modos de vida mais saudáveis e as preocupações dos mais velhos com necessidades próprias da idade demonstra a diversidade de expectativas que giram em torno do que é ser saudável nas diferentes idades e a complexidade a ser enfrentada nas práticas de promoção da saúde dentro do Programa.

Destaca-se, ainda, que as representações desveladas nas diferentes idades são influenciadas transversalmente por questões de gênero. Ao analisar o cuidar, percebe-se um protagonismo feminino nas representações de saúde, reproduzindo um movimento sócio-histórico que enfatiza a visão patriarcal tradicional, de tradicionais divisões de tarefas que restringem à mulher a cena doméstica e ao cuidar. Apesar de tal contexto ser explorado pelos estudos de gênero, ao longo dos anos, críticas e movimentos sociais existirem, é algo que, ainda hoje, possui profundas raízes no imaginário social. Isso tem impactando nas condutas de cuidado assumidas pelas mulheres, mas também na responsabilização pelo cuidado dos

filhos, maridos e demais membros da família. Fora da cena doméstica, no mercado de trabalho, por exemplo, predominam as profissões que envolvem o cuidado, para as mulheres, como as da área de saúde, integrando representações masculinas de que esse seja um local de mulheres para mulheres.

O movimento de supervalorização do cuidado feminino dá força à assunção de condutas de risco pelos homens, seja porque “cuidado não é coisa de homem” ou por ter alguém que cuide por eles. Isso resulta em grande resistência masculina em inserir-se em nos serviços de saúde e programas de promoção da saúde, observada no Programa Academia da Saúde.

Construções sociais desveladas neste estudo são determinadas em parte por uma característica marcante da sociedade contemporânea: o controle. A sociedade de controle estabelece padrões e modelos a serem seguidos para um suposto alcance de bem estar, sucesso, felicidade e completude, vigiados por todos e reforçados pela mídia. No âmbito da saúde, estabelece-se regras rígidas, reducionistas e médico centradas, que configuram-se em um obstáculo à compreensão de uma saúde ampla, complexa, transversal e múltipla, como idealizada e concebida dentro e fora das políticas públicas de promoção a saúde. As transgressões surgem nesse contexto como “práticas de liberdade” em função de um desejo próprio, que não necessariamente carece de legitimação no conhecimento científico. Do mesmo modo, a obediência é geralmente acompanhada pelo medo da punição, mais do que da certeza dos benefícios à saúde.

Representações acerca de condutas saudáveis são construídas no cotidiano e nas trajetórias de vida dos usuários entrevistados. O valor que conferem a suas práticas demonstrou como o contexto social, o aprendizado durante a vida e as influências mútuas, no meio em que se está inserido, determinam condutas saudáveis de vida.

Os resultados desse estudo apontam, então, que aspectos sociológicos e psicossociais, presentes nas interações estabelecidas dentro e fora do Programa Academia da Saúde, devem ser considerados como determinantes no maior ou menor investimento em hábitos saudáveis de vida.

Ao iniciar o estudo, havia o pressuposto de que a população que participa das academias de saúde apresentaria mudanças nas representações de saúde e doença, influenciadas por informações circulantes na sociedade sobre modos saudáveis de vida, por exigências do cuidado médico e por um desejo de se cuidar

para viver melhor ou não adoecer, mas, sobretudo, pela oferta de atividades físicas organizadas e acompanhadas por profissionais específicos, dentro das estratégias de promoção da saúde da política de atenção primária do sistema de saúde público. Os resultados demonstraram que isso se confirmou, uma vez que foram encontradas representações de saúde mais vastas na perspectiva da complexidade e transversalidade do cuidado em saúde. Porém, essas ainda não são representações suficientemente profundas para tomarem lugar da visão medicalizada da saúde. Foi confirmada a existência ainda central de representações fundamentadas em um reducionismo biologicista, que dificultam a promoção de saúde, em forma de estereótipos que seguem direção contrária ao empoderamento, autonomia dos sujeitos e integralidade da atenção à saúde. Tais resultados corroboram estudos anteriores presentes na literatura científica sobre o tema, no Brasil.

Assim, pode-se inferir, com este estudo, que Programa Academia da Saúde é uma política pública que está trazendo novas possibilidades de avanço de promoção da saúde na atenção primária em saúde, porém é necessária uma atenção especial do para ampliar e fortalecer ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que primem pela integralidade, autonomia, empoderamento, favorecendo escolhas saudáveis nos modos de vida, inclusive nas próprias academias.

Destacam-se, do ponto de vista dos entrevistados, ações que favoreçam a convivência social e o lazer, e que estimulem o sentimento de bem estar geral e felicidade; ações que impactem na qualidade de vida e no ambiente em que se vive; que esteja articulada com um serviço de saúde de qualidade; sejam apropriadas às demandas específicas das coletividades e às particularidades dos usuários, como idade e gênero, e que favoreça que os sujeitos sejam protagonistas ativos e conscientes de suas escolhas. Para tal, tanto as políticas sociais e o setor produtivo, para além do setor saúde, devem incorporar, de forma efetiva, as premissas de promoção de saúde,

Referências

ABEGUNDE, D.O et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, Londres, v. 370 n. 9603, 2007. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61696-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61696-1/fulltext)>. Acesso em: 17 de jun. 2015.

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

AIKINS, A. de G et al. Lay representations of chronic diseases in Ghana: implications of primary prevention. **Ghana Medical Journal**, Accra, v. 46, n. 2, junho, 2012.

ALBUQUERQUE, G. A. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. **Esc Anna Nery**, v.18, n. 4, p. 607-614, 2014.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Brasília: ANVISA, 2000 Disponível em: <http://www.faculdadeatlantico.com.br/site_antigo/downloads/Conceitodesaudeevigilanciasanitaria.pdf>. Acesso em: 05 out 2015.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. Towards a unified theory of health-disease: II. Holopathogenesis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, Abr. 2014. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24897040>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

ALMEIDA-FILHO, N. Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, Junho. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300433&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 jun. 2015.

ALMEIDA, M. R. GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde doença. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/viewArticle/2728>>. Acesso em: 20 jun. 2015

ALMEIDA, G. B. S; PAZ, E. P. A; E SILVA, G. A. Representações sociais de portadores de hipertensão arterial sobre a doença: o discurso do sujeito coletivo.

Rev Min Enferm, Belo Horizonte, v. 17, n.1, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/578>>. Acesso em: 28 fev. 2015.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o Risco**: Para compreender a Epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, abr./jun. 2008. Disponível em: <aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/262/99>. Acesso em: 06 jul. 2015.

ÅSBRING, P. Words about body and soul: social representations relating to health and illness. **Journal of health psychology**, Estocolmo, v. 17. n.8, 2012. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22322987>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

AZEVEDO, M.A. Health as a clinic-epidemiological concept. **JEval Clin Pract.** v. 21. n. 3, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25402812>>. Acesso em: 11 jun 2015.

BARBOSA, M. K. Viver conectado, subjetividade no mundo contemporâneo. **Ide (São Paulo)**, São Paulo, v. 35, n. 55, jan. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062013000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2015.

BARRETO, L. M. S. et al. O atendimento no contexto da AIDS: em busca do enfoque psicossocial. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 5, 3. 2007, Brasília. Anais... Brasília: UnB, 2007. p. 1-11

BARTHES R. Introdução à análise Estrutural da narrativa. In: Barthes R. **A aventura semiológica**. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: O FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 31-86. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BAUDRILLARD, J. **A sociedade de consumo**. (A. Morão, trad.). Lisboa: Ed. 70. 1995.

BEAUVIOR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1990.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Academia da Cidade**. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade>. Acesso em: 07 de setembro de 2014

BECKER, H. S. **Outsiders. Estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: L'entretien**. Paris: Armand Colin, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jun. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 719 de 7 de Abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html. Acesso em: 06 set. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2. 681 de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em: 06 de setembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais VIII Conferência Nacional De Saúde**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde / organização Cristiane Scolari Gosch [et al.] ; autores Alex Branco Fraga [et al.]. – Brasília : Ministério da Saúde, **Secretaria de Vigilância em Saúde**: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013b.144 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõem sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos.

2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 17 Set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**– Brasília: Ministério da Saúde. 114 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1859-2. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sobre o Programa Academia da Saúde**. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>> Acesso em: 06 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 04 Ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. 84 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf> Acesso em: 04 Ago. 2015

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: 2006. <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_11_2013_14.57.23.7ae506d47d4d289f777e2511c83e7d63.pdf> Acesso em: 05 Ago. 2015.

BOORSE, C. **Health as a theoretical concept**. Philosophy of Science, Chicago, v. 44, n.4, Dez, 1977

BOUSSO, R. S. et al . Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 397-403, Abr. 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kuhner. 9ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 160 p.

BUSS, M. P. et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.12, dez, 2014. Disponível em: <<http://repo.bioeticaediplomacia.icict.fiocruz.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/401/Gallo.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 de jan 2016.

CAETANO, V. C. et al. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, 2012.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES). **Polos de academia da saúde em dezembro de 2015**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado>. Acesso em: 13 de jan de 2016.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Abr. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

CAMPOS, M. O. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.3. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300033&script=sci_arttext>. Acesso em: 19/082014

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 8, n.1, 2003.

CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 1990.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis**. v.19, n.3, 2009.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.

CHAGAS, A. C. P. et al. Saúde Cardiovascular do Homem Brasileiro – Visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, vol. 93, n.6, 2009.

CHARMAZ K. A. **Construção da Teoria Fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2003.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. 'Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica'. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, maio-ago, 2002.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br> Acesso em: 15 de mai 2015.

COSTA, R. G.; MADEIRA, M. Z. A.; SILVEIRA, C. M. H. Relações de gênero e poder: tecendo caminhos para a desconstrução da subordinação feminina. **17º Encontro Nacional da Rede Feminista e Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero**. Comunicações Orais. 2012. Disponível em: <<http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/paper/view/56>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, Out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (org). **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões e tendências. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

DAMATTA, R. **O que faz o brasil, Brasil?**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1997. 128 p.

DAMATTA, R. **O jeitinho brasileiro**. Entrevista. 2011. Mania de História. <<https://maniadehistoria.wordpress.com/o-jeitinho-brasileiro>>. Acesso em 20 de jan 2016.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In BARROS, M. L. (org), **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998, pp 49 – 68.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. (Org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques** : l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997.

DINIZ, E. R. S.; RAMOS, K. Q. e S. A morte do super-homem: corpo, saúde e identidades masculinas. **Revista tema**, Campina Grande, v. 7, números 10/11, p. 69-78, 2008.

DUBAR, C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 62, p. 13-30, Abr. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fev. 2016.

DURKHEIM, E. **Journal Sociologique.** Paris, F'UF. 1969.

FELIPE, T. W. S. S.; SOUSA, S. M. N. A construção da categoria velhice e seus significados. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v.7, n. 2, p. 19-33, jul.-dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>>. Acesso em: 04 Nov. 2015.

FLAMENT, C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: JODELET, D. (org.), **Les Représentations Sociales.** Paris: Press University de France. 1989.

FLORES, G. C. et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n. 3, p 533-540, Jul/Set 2011. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683/pdf>>. Acesso em: 05 Jan 2016.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** São Paulo: Edições Graal, 2008a.

_____. **Nascimento da biopolítica.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **O poder psiquiátrico:** curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1995b.

_____. O sujeito e o poder. In: ILLICH, I. **In the mirror of the past, lectures and addresses**, 1978-1990. New York: Marion Boyars, 1992.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

FORNAZARI, S. A; FERREIRA, R EI R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, Abr-Jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2>>. Acesso em: 03 Out. 2015.

FREITAS, M. I. F. **A gestão do segredo na vida de casais após a infecção pelo HIV**. Toulouse: CERS-Université de Toulouse-le Mirail/UFMG/MS- Cooperação Técnica Sida Brasil/França, 1998. 87 p. Relatório.

FREZZA, M; GRISCI C. L. L.; KESSLER, C. K. Tempo e Espaço na Contemporaneidade: uma Análise a partir de uma Revista Popular de Negócios. **RAC**, Curitiba, v. 13, n. 3, art. 8, p. 487-503, Jul./Ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v13n3/v13n3a09>>. Acesso em: 20 Nov. 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 40, p. 21-34, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

GIAMI, A. Social and professional construction of sexuality within the context of Alzheimer's disease. **Gérontologie et société**, v. 140, p. 145-158, 2012

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente à aids: representações e condutas, permanência e mudanças**. Canoas: ULBRA, 1997. 333 p.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. Chicago, IL: Aldine Publishing Co, 1967.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1998.

GOLDENBERG, M. Afinal, o que quer a mulher brasileira? **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.47-64, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n1/a04v23n1>>. Acesso em: 20 Jan 2016.

GOMES, L.; LOUREIRO, A.M.L.; ALVES, V.P. O velho e a morte. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n4, p.117-132, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17040/12646>. Acesso em 10 Jan. 2016.

GUERRERO, J.D. On a naturalist theory of health: a critique. **Stud Hist Philos Biol Biomed Sci**, v. 41, n. 3, p. 272-8, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934648>> Acesso em: 11 Jun. 2015.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1497-1508, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fev. 2016.

HALLAL, P. C et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad. Saúde**, v.26, n.1, p. 70-78, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/08.pdf> acesso em 29/>. Acesso em: 29 Jun. 2015.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. **População jovem no Brasil**. Departamento de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 55 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 1º trimestre de 2015. 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Comentarios/pnadc_201501_trimestre_comentarios.pdf>. Acesso em 20 de jan de 2016.

INSA, L. N.; MONLEON, M. A.B.; ESPALLARGAS, A. P. El enfermo de cáncer: una aproximación a su representación social. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 318-327, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fev. 2016.

JABLONSKI, B. A Divisão de Tarefas Domésticas entre Homens e Mulheres no Cotidiano do Casamento. **Psicologia, ciência e profissão**, v.30, n.2, p. 262-275, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n2/v30n2a04>>. Acesso em: 02 Jan. 2016.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro, EDUERJ, 2001.

JÚNIA, R. Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável. **Fiocruz**. Publicado em 1º/4/2011. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado-de-sa%C3%BAde-pode-ajudar-a-saber-se-uma-popula%C3%A7%C3%A3o-%C3%A9-saud%C3%A1vel>> Acesso em: 20 Set. 2015.

KÄES, René .**El Aparato Psíquico Grupal Construcciones de Grupo**. Barcelona: Granica Editor. 1976.

KLEINMAN, A. M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med**, v. 12, n. 2B, p. 85-93, 1973; Disponível em: <<http://www.wpic.pitt.edu/education/CPSP/3%20%20VIC2%20-%20Kleinman.pdf>> Acesso em: 04 Fev. 2015.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>> acesso em 04 de agosto de 2015

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4, p.1019-1029, 2014.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. Martins Fontes, São Paulo. 2004

LEVY, A et al. **A psicossociologia**: análise social e intervenção. In: M. N. da Mata Machado & colaboradores (Orgs.), Petrópolis: Vozes, 2001.

LOURENÇO, L et al. Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **História da Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 17- 35, 2012.

MARMOT, M. et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **Lancet**, Londres, v. 372, p. 1661–1669, 2008. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608616906>>. Acesso em 10 Jan. 2016.

MALTA, Deborah Carvalho et al . A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jun. 2015.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; OLIVEIRA, M.. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, Abr. 2015.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. Jr. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.3, p.389-395, jul-set, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n3/1679-4974-ress-23-03-00389.pdf>>. Acesso em: 14 de Jun. 2015.

MANTOVANI, A. M. et al. Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.12, p. 2427-2435, dez, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/109528/S0102-311X2013001200008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 Mar. 2015.

MASSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F.. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, abr/jun 2014.

MASSIMO, E. A. L; SOUZA, H. N. F; FREITAS, M. I. de F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015.

MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência da Saude Coletiva**, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n1/a14v08n1>> acesso em: 02 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 21 Fev. 2016.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. Disponível em:

<<http://www.uesb.br/labtece/artigos/A%20Cabe%C3%A7a%20Bem-feita.pdf>>.

Acesso em: 20 Mar. 2015.

MORVAN, J. S. Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations: itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. In: PAICHELER, H. ; MORVAN, J. S. **Représentations et handicaps**: vers une clarification des concepts et des méthodes. Paris: CTNERHI/MIRE, 1990. p. 77-98.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-51772008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2016.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NASCIMENTO, A. R. A. do et al . Masculinidades e práticas de saúde na região metropolitana de Belo Horizonte - MG. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 182-194, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fev. 2016

NASCIMENTO, A. R. A. do; TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 203-213, Aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712011000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fev. 2016.

NEYLONA, AI; et al.. A Global Perspective on Psychosocial Risk Factors for Cardiovascular Disease. Symposium on Psychosocial Factors in Cardiovascular Disease. **Elsevier**. v. 55, n. 6, Mai–Jun 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062013000662>> Acesso em: 15 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Preventing chronic diseases a vital investments**. Geneva, 2005. 182 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório da Organização Pan-Americana da saúde (OPAS) para a organização dos estados americanos (OEA) 2003-2004**. 2006. 6 p. Disponível em: <<http://scm.oas.org/pdfs/2004/CP12394p.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Carmen: iniciativa para conjunto de ações para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis**. Geneva, 2003. 32 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Um trabalho de fundamentação preparado para a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Genebra, Março de 2005. 60 p. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-A%C3%87%C3%83O%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SA%C3%9ADE.pdf> Acesso em: 20 jun. 2015.

PARSONS, T. **The social system**. New York: Free Press, 1951. Disponível em: <<http://home.ku.edu.tr/~mbaker/CSHS503/TalcottParsonsSocialSystem.pdf>> . Acesso em: 20 Jan. 2016.

PELBART, P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PESCATELLO, L. S et al. The Metabolic Syndrome and the immediate antihypertensive effects of aerobic exercise: a randomized control design. **BioMedCentral Cardiovascular Disorders**, v.8, 2008. Disponível em: <<http://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2261-8-12>> Acesso em: 15 Jan. 2015.

PEZZINI, F. E.; TOCHETTO, G.; ZANANDREA, F. A violência no meio urbano: um estudo com enfoque social. In: **Anais I Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG**, Faculdade da Serra Gaúcha, 2014. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/view/1419>>. Acesso em: 16 Nov. 2015.

PIKO, B. F., STEMPSEY, W. E. Article Physicians of the future: Renaissance of polymaths? **The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health**, v. 122, n. 4, De. 2002. Disponível em: <<http://rsh.sagepub.com/content/122/4/233.short>>. Acesso em: 20 Jan. 2016.

PITANGA, F. J. G; Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev Bras Ciên e Mov**, v. 10, n. 3, 2002. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489> acesso em: 21 fev. 2016.

POZZATI R., et al.. O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas health care in men: reality and perspectives el cuidado en la salud de los hombres: realidad y perspectivas. **Rev. Enferm-UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, out-dez. 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a20>> acesso em: 01 Fev. 2016.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. da. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Jan. 2016.

- RITTER, P. G. G. **Confluências entre as neuroses atuais e as patologias da atualidade**. 2013. 111f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/arquivos/documentos/426197403EFF1DDA781E81D63FD2E62C.pdf>> Acesso em 22 jan. 2016.
- ROSSETTO MAZZA, M. M. P. **O cuidado em família sob o olhar do idoso** (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2008.
- SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M. NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 15, n. 3, maio-junho, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23> . Acesso em: 12 Mar. 2015.
- SANTOS, D. de S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 6, nov-dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-0002-2496.pdf Acesso em: 20 jan. 2016.
- SAMAJA, J. **Epistemología y Metodología**. Buenos Aires: Eudeba, 1994. Disponível em: <<http://ens9004.mza.infod.edu.ar/sitio/upload/12-%20SAMAJA,%20J.%20-%20LIBRO%20-%20Epistemologia%20y%20metodologia.pdf>> Acesso em: 12 Mar. 2015.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet -Saúde no Brasil**. Maio, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 03 Ago. 2015.
- SCHRAIBER, L. B.. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, mai, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n5/18>> Acesso em: 05 jan. 2016.
- SCHRAMM, F. R.; CASTIEL, L. D. Processo Saúde/Doença e Complexidade em Epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n.4, out/dez, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n4/v8n4a04.pdf>> Acesso em: 10 Nov. 2015.
- SELIGMAN, Martin E. P. **Felicidade autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente**. Tradução de Neuza Capelo. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.
- SEPARAVICH, M. A; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 2, Jun. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

SIGERIST, H. E. **Civilização e doença**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, Sobravime, 2011.

SIMÕES, K; E SOUZA FILHO, E. Vivendo com uma doença crônica fatal: significados em uma amostra brasileira. **Univ. Psychol.** Bogotá-Colômbia, v. 12, n. 1, fev-mar, 2013.

SOUZA, L. R. de M. et al. O corpo na perspectiva masculina: a satisfação com a Imagem Corporal e sua relação com discrepância na percepção, IMC, escolaridade e idade. **R. bras. Ci. e Mov.** v. 21, n.2, 2013. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/2839/2592>> Acesso em: 21 jan 2016.

SOUZA, M. L. R. de. **Violência**. 1ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

SOARES, J. R. Educação e indivíduo pragmático na crise capitalista contemporânea. **Revista Dialectus**. v. 1, n.1, Julho-Dezembro, 2012. Disponível em: <<http://www.revistadialectus.ufc.br/index.php/RevistaDialectus/article/view/36/35>> Acesso em: 22 jan. 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, v.8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102> Acesso em: 19 jan. 2016.

SYME, S.L; BERKMAN, L. F. Social class, susceptibility and sickness. **Am J Epidemiol.** v. 104, n.1, jul, 1976. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/779462>> Acesso em: 19 jan. 2016.

TEIXERA, D. **O imperativo da felicidade na sociedade de controle**: reflexões sobre o corpo. 2013. 123f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói - RJ. <http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2013/2013_d_Diogo.pdf>

TEIXEIRA, E. N. **Metáforas para linguagem no Curso de Saussure**. 2003. 124f. Dissertação (Mestrado em Letras) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ, 2003.

TORRES, M. de F. M.; CARVALHO, F. R.; MARTINS, M. D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700076&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jan. 2016.

TRAMONTANO, L. O novo homem velho: sobre o uso de biotecnologias como qualidade de vida. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL DE DOUTORANDOS/AS DO CES, 2013, Coimbra. Anais eletrônicos Colóquio Internacional de Doutorandos/as do CES, Coimbra, 2013. Disponível em: <http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n10/documentos/4.3.3_Lucas_Tramontano.pdf> acesso em: 19 jan. 2016.

VOLICH, R. M. **Hipocondria**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2002

WIJNDAELE, K et. al. Muscular Strength, Aerobic Fitness, and Metabolic Syndrome Risk in Flemish Adults. **Medicine e Science in Sports e Exercise**, v. 39, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17277586>> Acesso em: 21 Fev. 2016.

World Health Organization (WHO). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva, 2010 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf> acesso em 13 de jan de 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the WHO**. v.1, n.3, p.1-5,1947.

World Health Organization (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011. 176 p. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/> acesso em: 5 jun. 2015.

World Health Organization (WHO). **Global Status Report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva, 2014. 298 p. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>> acesso em: 16 jun. 2015.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. **Annu Rev Anthropol**, v. 11, 1982; Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1983-13344-001>> Acesso em 04 fev. 2015.

ANEXO 1 - Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 42498615.5.0000.5149

Interessado(a): Prof^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de maio de 2015, o projeto de pesquisa intitulado " **Representações de usuários das academias de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

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

Título da Pesquisa: Representações de usuários das Academias da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42498615.5.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.057.166

Data da Relatoria: 08/04/2015

Apresentação do Projeto:

O quadro de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) é um desafio para a saúde pública mundial, pela permanência dessas doenças entre as principais causas de morte em quase todos os países, ao longo dos anos. Nesse sentido articulações nacionais e internacionais tem acontecido nas últimas décadas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos à população. Tais articulações tem resultado em planos para promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas, a exemplo, o Programa Academias da Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil, que tem como objetivo contribuir para promoção da saúde, através de atividade física e disseminação de hábitos de vida saudáveis combatendo fatores causadores de doenças crônicas. As causas das DCNTs, frequentemente abordadas em pesquisas e políticas de saúde, são relacionadas a fatores objetivos, como tabagismo, diabetes, hipertensão, dislipidemias, genética, sexo, todavia, estudos evidenciam que as condições que envolvem a promoção de saúde e a prevenção de doenças crônicas não se relacionam apenas a fatores objetivos e condições materiais de existência na sociedade, mas estão também associados a modos de vida e aspectos sociais e culturais, potencialmente modificáveis. Pressupõe-se, então, que as condutas e práticas no lidar com a saúde e doença têm base psicossocial, por isso a questão central do presente estudo diz respeito às representações que os usuários das academias de saúde conferem à saúde e à doença, em

Continuação do Parecer: 1.057.166

especial as DCNTs, e às formas de se promover modos de vida saudáveis. As respostas à questão central do estudo poderão contribuir para uma discussão mais ampla dos aspectos condicionantes ao maior ou menor investimento e adesão a modos de vidas saudáveis, como preconizado pelo programa, possibilitando assim uma reflexão mais profunda sobre a atenção a saúde nesses espaços. Serão sorteadas duas academias por distrito e entrevistados quatro usuários maiores de dezoito anos escolhidos aleatoriamente, de acordo com faixa etária, sexo e turno em que se realiza a atividade. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista aberta e será norteada pela questão: "Diga-me o que pensa sobre saúde e doença e seu modo de cuidar em saúde".

Objetivo da Pesquisa:

Compreender representações sobre promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis de usuários das academias da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não existem riscos objetivos relacionados ao projeto, mas pode haver desconforto, ou sentimento de constrangimento em relatar experiências de vida que podem ser consideradas difíceis. Espera-se que esses riscos sejam minimizados pela confidencialidade dos dados, sigilo e anonimato, garantido pelos pesquisadores.

Benefícios: Espera-se que essa pesquisa possa contribuir na melhoria das condições de atenção a saúde no espaço das Academias da Saúde, bem como subsidiar intervenções que tenham repercussão positiva na redução de DCNT e minimização de agravos aos usuários atendidos pelo programa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode trazer novas informações e/ou benefícios para o programa academia da saúde.

Cenário e participantes do Estudo: O estudo foi realizado nas Academias da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, distribuídas em nove distritos sanitários, definidas por sorteio entre as trinta e três academias existentes. Na

tentativa de cobrir as diversidades sociodemográficas, esse sorteio foi de duas academias por distrito, o que totalizou 17 academias participantes, uma vez que um dos distritos possui apenas uma academia. As entrevistados foram com quatro usuários em cada distrito sanitário, a priori. Para cobrir as diversidades etárias, as entrevistas foram realizadas com um usuário de cada faixa etária, que compreendem de 18 a 30 anos; 31 a 50 anos; 51 a 65 anos e 65 anos e mais, conforme divisão etária proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.057.166

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes: TCLE escrito de forma clara e objetiva, folha de rosto assinada pela pesquisadora e pela Diretora da Escola de Enfermagem, parecer do CEP da instituição SMSA-BH, autorização da GEAS Gerência da Assistência a Saúde da SMSA-BH, termo de compromisso, parecer aprovado em câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, parecer consubstanciado do COEP-UFMG do projeto sob o título "Avaliação qualitativa das Academias de Saúde de BH: a ótica dos atores"

Recomendações:

Solicita-se atender a recomendação do CEP da instituição SMSA-BH com a inclusão do mesmo no TCLE (referencia e endereço).

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Representações de usuários das Academias da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas" da Pesquisadora Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 11 de Maio de 2015

Assinado por:

Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

APÊNDICE 1 – Roteiro da Entrevista Aberta Individual

Título da Pesquisa: Representações de usuários das Academias da Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas.

Dados objetivos:

- Nome
- Idade
- Estado civil
- Escolaridade
- Trabalha atualmente
- Profissão
- Renda
- Renda familiar
- Quantidade de moradores da casa
- Atividade física antes da entrada no Programa Academia da Saúde
- Tempo, frequência e motivação inicial para participação no Programa Academia da Saúde.

Questão Central:

- Diga-me o que pensa sobre saúde e doença, e seu modo de cuidar em saúde.

Questões de relance:

- O que é saúde para você?
- O que é ter saúde para você?
- O que é doença para você?
- O que é estar doente para você?
- O que você considera necessário para ter saúde?
- Quando você olha para as pessoas em seu entorno, o que você pensa sobre ser saudável?
- Quando você se vê no espelho o que você pensa sobre ser saudável?
- Você percebe diferenças no cuidado à saúde de homens e mulheres?

APÊNDICE 2 – TCLE - Entrevistas Abertas Individuais

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “Representações de usuários das academias da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, sobre promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas”, sob coordenação da Prof^a Dr^a Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Com este estudo queremos compreender o que pensa a população envolvida no programa Academia da Saúde, sobre promoção da saúde e implementação do Programa. Vamos conversar sobre o que você pensa sobre saúde/doença; promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas neste contexto. As respostas às questões do presente estudo poderão contribuir para melhorar o acompanhamento nos serviços, para as estratégias de promoção da saúde no que se refere às ações do programa, bem como contribuir para propostas de políticas públicas de promoção da saúde.

Por este documento vimos convidá-lo a participar de forma voluntária desta pesquisa, por meio de uma entrevista que será gravada em áudio. Suas opiniões e informações serão analisadas e tratadas anonimamente, garantindo o seu sigilo. As informações colhidas serão utilizadas na construção do relatório final da pesquisa, de artigos para publicação em periódicos ou eventos científicos. Salientamos que a entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e, caso deseje desistir, em qualquer fase da pesquisa, sua vontade será respeitada sem nenhum prejuízo para você que trabalha no serviço ou participa como usuário.

Este estudo não apresenta riscos de natureza física aos seus participantes a não ser o desconforto em falar e expressar suas opiniões e, por vezes, sua intimidade. Neste sentido, reafirmamos que depoimento é livre e que o anonimato será preservado. A participação neste estudo não trará qualquer ganho ou perda financeira aos seus participantes.

Para quaisquer esclarecimentos você poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Imaculada de Fátima Freitas : Av. Alfredo Balena 190, 4º andar, sala 434. Santa Efigênia. BH – MG - Tel.: (31) 34099871

Caso seja necessário, você poderá ainda entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005. Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil. Telefone: (31) 3409-4592.

Eu _____ RG _____, afirmo que fui devidamente orientado sobre a finalidade e objetivos do estudo; bem como sobre a utilização das informações que prestei exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo-me garantido o anonimato. Não apresentando dúvidas, autorizo a gravação da entrevista e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente dos riscos e da natureza voluntária na minha participação e que poderei interrompê-la a qualquer momento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2014

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE 3 - Exemplo da Análise Estrutural de Narração

Entrevista 1 (U01BAR50F)

Análise estrutural de narração

Etapas vertical e horizontal

ETAPAS DO TRABALHO DE ANÁLISE

1) Leitura vertical

2) Leitura horizontal

2.1) 'DESCONSTRUÇÃO' COM CODIFICAÇÃO POR SEQUÊNCIAS, por ordem crescente de aparecimento das falas, marcando os fatos (F), os personagens que fazem parte da narração (P) e os julgamentos e justificativas apresentadas (J), com posterior nomeação provisória de cada sequência, e síntese de cada objeto de fala

Codificação

S: seqüências numeradas por ordem de aparecimento no relato.

“Uma seqüência é uma sucessão lógica de núcleos, unidos entre si por uma relação de solidariedade: a seqüência abre-se quando um de seus termos não tem antecedente solidário e fecha-se quando outro de seus termos não tem mais conseqüente.”

F: fatos presentes, objetos das falas, numerados em cada seqüência.

“Trata-se, no caso, é claro, de uma hierarquia que permanece interior ao nível funcional: é somente quando tiver sido possível ampliar a narrativa, passando de um elemento a outro, [...] que a análise funcional estará terminada.”

P: pessoas, instituições, personagens incluídos nos fatos, numerados em ordem de aparecimento e mantidas com o mesmo número recebido, caso reapareçam no texto.

“o principal, há que se repetir, é definir a personagem por sua participação numa esfera de ações, sendo essas esferas pouco numerosas [...]”

J: julgamentos e justificativas, explicações, sentimentos e pontos de vista sobre os fatos e pessoas presentes, numerados em cada seqüência.

“Os registros dos tipos de explicações de que depende o poder-fazer do sujeito acha-se circunscrito, consistindo o fazer explicativo propriamente dito,

definitivamente, em operar o ordenamento hierárquico dos diferentes fatores que se pode ter em vista.”

Cores:

- **preta** – a entrevista transcrita
- **vermelha** – para identificar as sequências e denominações respectivas
- **azul** – síntese, com identificação de fatos, pessoas e julgamentos
- **verde** – nomeação final dos objetos centrais e reconstruídos na narrativa, pelo pesquisador

S1 – Apresentação do usuário –Dados para a caracterização objetiva

Entrevistador - Pronto, agora a gente já pode começar. - Tá ok.

E: Hoje é dia 31 de maio, estamos aqui na academia da Vila Pinho com o usuário 2. Eu gostaria de saber a sua idade.

- Tenho 50. E: 50. Você é casada...? - Viúva. E: Qual é a sua profissão? - Ah, eu sou doméstica, só trabalho em casa. P: Tá, na sua casa? - Aham. E: Tá. Qual é sua escolaridade? - Eu fiz a sexta série do primeiro grau. P: Fundamental completo, não é? Trabalha atualmente? - Eu faço uns consertos de roupas. P: Tá - Mas é pouca coisa. P: Você é costureira. - Isso. Mas não é direto, não. É às vezes, um pouquinho. P: Tá ok. Quanto que ganha? - Eu recebo um salário mínimo por causa de pensão do meu ex-marido. (S1F1P1- Relata que tem 50 anos- F2- é viúva- F3 doméstica e só trabalha em casa- F4- cursou a sexta série do primeiro grau- F5- realiza poucos consertos de roupas-F6P2- Explica que recebe um salário mínimo **por causa** da pensão do ex marido).

P: Tá. Quantas pessoas moram na sua casa?

- Eu e meu filho.

P: Qual é a renda total da sua família? Um salário, dois...?

- Eu não sei falar certo, porque ele recebe mais um pouco, mas eu não sei quanto que é o mais dele, sabe? Mas eu jogo só a renda minha mesmo. E, assim, uns cem ou duzentos a mais, então vai na faixa de oitocentos, mil reais por nós dois.

P: Tá, vou colocar mil.

- É, porque eu não sei, assim, uma base correta, certinha, de valor, não. (S1F7P3- Mora com seu filho em sua casa. F8P2- Relata que a renda familiar é aproximadamente oitocentos a mil reais).

S2 – Relato sobre o tempo, frequência na participação no Programa Academia da Saúde

P: Entendi. Há quanto tempo você participa desse programa Academia da Saúde?

- Tem dois anos.

P: Dois anos, e qual é a frequência que você vem?

- Eu venho três vezes por semana. (S2F1- Dois anos de participação no Programa-F2- Frequenta três vezes por semana).

S3- Motivação para participação no Programa: Desequilíbrio devido à paralisia infantil e distúrbios da tireoide.

P: E você começou a participar por quê?

-Por falta de equilíbrio, que eu tive paralisia infantil quando criança, então no decorrer da minha vida... Eu caio muito, e eu machucava muito. (S3F3J1- A participação no programa ocorreu por causa das constantes quedas e machucados por falta de equilíbrio devido à paralisia infantil que teve). E dei tireóide também, não é? Aí eu comecei a fazer tratamento da tireóide, mas só os remédios não estão funcionando. E vários médicos falaram que eu teria de fazer exercício físico. Só que a coragem nunca batia. Aí um dia eu resolvi e conversei...

P: Então foi indicação médica e decisão pessoal, não é?

-Também. (S3F4P4J2- Relata, também, que desenvolveu um distúrbio na tireoide e a ineficiência do tratamento medicamentoso motivou os médicos a indicarem o exercício físico, **por isso** ela resolveu participar do programa. F5P1- Participa também por decisão pessoal).

S4 – Relato sobre a prática de atividade física antes e depois da entrada no Programa

P: É. Antes de participar dessa atividade aqui, você participava alguma atividade física?

- Não. Nada. (S4F1- Relata não ter praticado atividade física anterior a entrada no programa)

P: Hoje em dia, além dessa atividade física que você pratica, tem alguma outra?

- Não.

P: Não?

- Não. (S4F2- Relata não praticar atividades físicas fora do programa)

S5 – Representações de saúde

P: Tá. Vou passar para as perguntas. Então o primeiro tema, a gente vai falar sobre saúde e doença, são perguntas bem tranquilas. O que você não quiser responder, você me fala, tá ok?

-Tá ok.

P: O que você considera saúde, para você?

- Eu? Difícil, não é? Saúde é o que a gente está, o bem estar da gente, estar bom não é? Eu acho que o bem estar que manda. Uma boa alimentação, você dormir horários normais... Igual, você deve dormir oito horas por noite. Eu acho que isso é saúde. (S5F1J1- **Considera** saúde como o bem estar, **representa** esse bem estar como boa alimentação e dormir em horários "normais", como oito horas por noite).

P: E o que é ter saúde?

- Ter saúde... Ai ai ai. Esse é de pensar, eu não sei. Ter saúde é se sentir bem, não é?

P: O que você bate o olho em uma pessoa e você fala "é, aquela pessoa tem saúde"? O que você considera, o que essa pessoa tem de ter?

- Bom, primeiro eu acho que é uma boa alimentação. Para ter saúde. Eu acho que o que manda é alimentação. E a convivência com os amigos também, não é? Você ser legal com as pessoas, ter várias amizades, conversar. Você estar bem por si própria. Você estar alegre, você tem de estar bem por dentro. Eu creio que é isso.

P: Sei. Tá.

- Não sei o que mais.

P: Não, é isso mesmo.

- Eu não entendo mais.

P: Pode ficar bem tranquila. (S5F2P1P5J1- **Representa** que tem saúde quem tem boa alimentação em primeiro lugar- J2- **Convivência** com amigos- J3- **Estar** em por si próprio- J4- **Estar** alegre e bem por dentro).

S6 – Representações de doença.

P: E o que é doença para você?

- Doença... Eu acho que aquela pessoa que fica parada, no ar, pensativa, depressiva. Aquela que não quer nada, que não sai do lugar, que não aceita objeção nenhuma. Pessoa fala "ah, você tem de fazer isso" e a pessoa não faz. Ah, eu acho esse aí doente. Quem não quer nada. (S6F1J1P5- **Representa** a doença como a

pessoa que fica “parada, no ar, pensativa, depressiva”, **significa** que não quer nada, não sai do lugar e não aceita objeções).

P: Entendi. E o que é estar doente? Quando você vê uma pessoa e você fala assim: "essa pessoa está doente".

- Estar doente...

P: O que você considera essa pessoa?

- Desanimada, não é? Mais para o lado do desânimo. P: Entendi.

- Eu acho, não sei.

P: Sem vontade de viver, seria?

- É, isso.

P: É?

- Eu acho. Eu não sei se está certo.

P: Não, não, mas isso aqui não tem isso de estar certo e errado. É só.... Eu quero saber o que você pensa.

- Eu acho isso. (S6F2J2- **Representa** que estar doente é estar desanimado e sem vontade de viver)

S7 – Opinião do usuário sobre o que considera necessário para ter saúde

P: E o que você considera necessário para ter saúde?

- Para ter saúde... Hummm. Eu acho que a pessoa tem de começar por si próprio. Estar bem em si próprio, não é? Se sentir bem, se gostar, se amar. Eu acho. (S7F1J1P5- **Considera** que para ter saúde a pessoa tem que começar por si próprio, isso **significa** estar bem consigo próprio, se sentir bem, se gostar e se amar).

S8– O que pensa sobre saúde quando olha para as pessoas que convive

P: Está certo. Quando você olha para as pessoas que convivem à sua volta, o que você pensa sobre ser saudável?

- Ser saudável?

P: É.

- Ah, aquela pessoa que está para cima, que está com o astral bom. Eu acho. (S8F1J1P5- Entre as pessoas que convive **considera** saudável aquela pessoa que com o “astral bom, pra cima")

S9 – Julgamentos sobre saúde a partir da sua visão corporal

P: E quando você se vê no espelho, você se considera um pessoa saudável?

- Às vezes, não. Às vezes eu ainda não me sinto tão saudável como eu teria que ser.

P: Porque?

- Tem hora que eu me acho meio para baixo, meio "coisa". Mas isso é o devolver da vida, não é? Porque eu acho que eu deveria estar melhor.

P: Em qual sentido?

- Eu deveria correr... (S9F1J1P1- Quando se olha no espelho não se sente tão saudável "como teria que ser", **por que** há momentos que se sente "meio para baixo, meio coisa", **considera** que nesse sentido deveria correr).

P: No sentido físico, de o seu corpo estar melhor ou da sua cabeça estar melhor?

- As duas coisas, também. Eu acho. Assim, tem algumas coisas que a gente faz que não são certas, é errado. Outras, está certo demais. Igual, eu gosto de cuidar, eu gosto de cuidar de um cabelo, eu gosto de cuidar... Igual, a coisa... Mas na mesma hora eu já não sinto vontade de fazer nada e largar tudo para lá. É assim que eu fico. (S9F1J1P1- Considera fazemos coisas erradas ou certas demais no cuidar, explica que gosta de cuidar- da aparência- mas também sente vontade de fazer nada e largar tudo pra lá).

S10 – O que pensa sobre a sexualidade e saúde, na sua vida e na vida dos outros

P: Entendi. E o que você pensa sobre sexualidade na sua vida?

- Eu acho interessante, eu acho certo. Tem de ter. Eu acho que é um momento da pessoa. No momento eu não tenho ninguém, mas eu acho certo, correto a pessoa ter alguém. Eu acho correto. (S10F1J1P1- A sexualidade na sua vida é algo "certo", que "tem que ter", F2P5- mas no momento não tem ninguém).

P: E você acha que a sexualidade faz parte da saúde?

- Também faz.

P: Faz?

- Faz, sim. Com certeza, faz. Que a pessoa fica melhor (quando tem relações sexuais = sexualidade), não é? Fica bem, fica para cima, não é? [risos]

(S10F3J3P5- Representa que a sexualidade é sexo, e faz parte da saúde **por que** a pessoa "fica melhor", "fica para cima").

P: E sobre a sexualidade na vida das outras pessoas, o que você pensa sobre isso?

- Eu acho normal para todos. Só isso.

S11 – Julgamentos sobre a diferença de cuidados em saúde entre os gêneros

P: Entendi. Você percebe diferenças entre o cuidado da saúde do homem e da mulher?

- A mulher, ela se cuida mais, não é? As mulheres geralmente se cuidam bem mais...

P: Porque você acha isso, usuário?

- Ah, eu não sei. A mulher cuida de comprar uma roupa melhor, mais bonita. Quer agradar, mostrar para as pessoas como se veste. "Ah, não vou vestir essa que ela está ruim. Eu vou ficar assim, assim está melhor". Sei lá, eu acho isso. (S11F1J1P6- **Julga que as mulheres se cuidam "bem mais" que os homens por que ela quer agradar as pessoas com seu modo de vestir**).

P: E os homens? Porque você acha que os homens não cuidam da saúde?

- Ah, porque os homens são mais largados e ficam esperando pelas mulheres. A maioria deles espera pela parceira, pela mulher, não é? Que se entrega a bebida, se entrega a porcariada, não é? Eu acho eles muito assim, muito largados (S11F2J2P7- **Representa que os homens não cuidam da saúde por que são mais "largados", – J3- ficam "esperando" pelas mulheres, J4- e se entregam a "bebida" e "porcariada"**).

S12 – Opinião sobre a relação da idade com o cuidado em saúde- "O ciclo de cuidado"

P: Sei. E com relação à idade, qual é a faixa etária que você percebe que mais cuida da saúde?

- Eu acho que a gente cuida mais da saúde quando a gente fica mais velho.

P: É? Porque?

- Eu sei lá. Porque quando a gente está novo e tudo, a gente não cuida tanto porque os pais... Já tem os pais para cuidar, não é? Os pais. Depois a gente tem filhos. A gente vai cuidar dos filhos, larga a gente de lado. Quando os filhos crescem, de quem que você tem de cuidar? De você própria. Não tem mais ninguém para cuidar, então vamos cuidar da gente. (S12F1J1P8P9- **Considera que quando se está mais velho cuida- se mais da saúde por que já foi cuidado pelos pais quando novos e já cuidou dos filhos**)

(...)

S13 – Agradecimentos

P: Entendi. Tem algo que gostaria de falar? É isso só? Já vou agradecer você, foi muito bom. Vou desligar aqui.

2.2) Reconstrução da Entrevista por objetos abordados

2.2.1) Lista das sequências com denominação provisória

S1 – Apresentação do usuário –Dados para a caracterização objetiva

S2 – Relato sobre o tempo, frequência de participação no Programa Academia da Saúde.

S3- Motivação para participação no Programa: Desequilíbrio devido à paralisia infantil e distúrbios da tireoide.

S4 – Relato sobre a prática de atividade física antes e depois da entrada no Programa

S5 – Representações de saúde

S6 – Representações de doença.

S7 – Opinião do usuário sobre o que considera necessário para ter saúde

S8– O que pensa sobre saúde quando olha para as pessoas que convive

S9 – Julgamentos sobre saúde a partir da sua visão corporal

S10 – O que pensa sobre a sexualidade e saúde, na sua vida e na vida dos outros

S11 – Julgamentos sobre a diferença de cuidados em saúde entre os gêneros

S12 – Opinião sobre a relação da idade com o cuidado em saúde- “O ciclo de cuidado”

S13 – Agradecimentos

2.2.2) Síntese do conteúdo das sequências

S1 – Apresentação do usuário –Dados para a caracterização objetiva

(S1F1P1- Relata que tem 50 anos- F2- é viúva- F3 doméstica e só trabalha em casa- F4- cursou a sexta série do primeiro grau- F5- realiza poucos consertos de roupas- F6P2- Explica que recebe um salário mínimo por causa da pensão do ex marido).

(S1F7P3- Mora com seu filho em sua casa).

(S1F8P2- Relata que a renda familiar é aproximadamente oitocentos a mil reais).

S2 – Relato sobre o tempo, frequência de participação no Programa Academia da Saúde.

(S2F1- Dois anos de participação no Programa- F2- Frequenta três vezes por semana).

S3- Motivação para participação no Programa: Desequilíbrio devido à paralisia infantil e distúrbios da tireoide.

(S2F3J1- A participação no programa ocorreu **por causa** das constantes quedas e machucados por falta de equilíbrio devido à paralisia infantil que teve).

(S2F4P4J2- Relata, também, que desenvolveu um distúrbio na tireoide e a ineficiência do tratamento medicamentoso motivou os médicos a indicarem o exercício físico, **por isso** ela resolveu participar do programa. F5P1- Participa também por decisão pessoal).

S4 – Relato sobre a prática de atividade física antes e depois da entrada no Programa

(S3F1- Relata não ter praticado atividade física anterior à entrada no programa).

(S3F2- Atualmente não pratica atividades físicas fora do programa).

S5 – Representações de saúde

(S4F1J1- **Considera** saúde como o bem estar, **representa** esse bem estar como boa alimentação e dormir em horários “normais”, como oito horas por noite).

(S4F2P1P5J1- Representa que tem saúde as pessoas com boa alimentação em primeiro lugar- J2- Convivência com amigos- J3- Estar em por si próprio- J4- Estar alegre e bem por dentro).

S6 – Representações de doença.

(S6F1J1P6- **Representa a doença como** a pessoa que fica “parada, no ar, pensativa, depressiva”, **significa** que não quer nada, não sai do lugar e não aceita objeções).

(S6F2J2- **Representa** que estar doente é estar desanimado e sem vontade de viver)

S7 – Opinião do usuário sobre o que considera necessário para ter saúde

(S7F1J1- **Considera** que para ter saúde a pessoa tem que começar por si próprio, isso **significa** estar bem consigo próprio, se sentir bem, se gostar e se amar).

S8– O que pensa sobre saúde quando olha para as pessoas que convive

(S8F1J1P6- Entre as pessoas que convive **considera** saudável aquela pessoa que com o “astral bom, pra cima”)

S9 – Julgamentos sobre saúde a partir da sua visão corporal

(S9F1J1P1- Quando se olha no espelho não se sente tão saudável “como teria que ser”, **por que** há momentos que se sente “meio para baixo, meio coisa”, **considera** que nesse sentido deveria correr).

(S9F1J1P1- Considera fazemos coisas erradas ou certas demais no cuidar, explica que gosta de cuidar- da aparência- mas também sente vontade de fazer nada e largar tudo pra lá).

S10 – O que pensa sobre a sexualidade e saúde, na sua vida e na vida dos outros

(S10F1J1P1- A sexualidade na sua vida é algo “certo”, que “tem que ter”, F2P6- mas no momento não tem ninguém).

(S10F3J3P6- Representa que a sexualidade é sexo, e faz parte da saúde **por que** a pessoa “fica melhor”, “fica para cima”).

S11 – Julgamentos sobre a diferença de cuidados em saúde entre os gêneros

(S11F1J1P7- **Julga** que as mulheres se cuidam “bem mais” que os homens **por que** ela quer agradar as pessoas com seu modo de vestir).

(S11F2J2P8- Representa que os homens não cuidam da saúde **por que** são mais “largados”, – J3- ficam “esperando” pelas mulheres, J4- e se entregam a “bebida” e “porcaria”).

S12 – Opinião sobre a relação da idade com o cuidado em saúde- “O ciclo de cuidado”

(S12F1J1P9P10- **Considera** que quando se está mais velho cuida- se mais da saúde **por que** já foi cuidado pelos pais quando novos e já cuidou dos filhos)

(...)

S13 – Agradecimentos

P: Entendi. Tem algo que gostaria de falar? É isso só. Já vou agradecer você, foi muito bom. Vou desligar aqui.

2.2) Identificação das pessoas relatadas na trajetória de vida do entrevistado

P1 - o próprio entrevistado, quando é descrito como ator em algum acontecimento

P2 – Ex marido- de quem recebe pensão

P3 – O filho- que mora junto

P4- Os médicos

P5- Amigos

P6- O (s) outro (s)

P7- As mulheres

P8- Os homens

P9- O velho

P10- Os novos

2.2.3) Reorganização da sequências pelos temas tratados com nomeação pelo conteúdo central

1) SITUAÇÃO ECONOMICA, SOCIAL E FAMILIAR

S1 – Apresentação do usuário –Dados para a caracterização objetiva

(S1F1P1- Relata que tem 50 anos- F2- é viúva- F3 doméstica e só trabalha em casa- F4- cursou a sexta série do primeiro grau- F5- realiza poucos consertos de roupas- F6P2- Explica que recebe um salário mínimo por causa da pensão do ex marido).

(S1F7P3- Mora com seu filho em sua casa).

(S1F8P2- Relata que a renda familiar é aproximadamente oitocentos a mil reais).

2) PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: TEMPO FREQUÊNCIA, MOTIVAÇÃO E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

S2 – Relato sobre o tempo, frequência de participação no Programa Academia da Saúde.

(S2F1- Dois anos de participação no Programa- F2- Frequenta três vezes por semana).

S3- Motivação para participação no Programa: Desequilíbrio devido à paralisia infantil e distúrbios da tireoide.

(S2F3J1- A participação no programa ocorreu **por causa** das constantes quedas e machucados por falta de equilíbrio devido à paralisia infantil que teve).

(S2F4P4J2- Relata, também, que desenvolveu um distúrbio na tireoide e a ineficiência do tratamento medicamentoso motivou os médicos a indicarem o exercício físico, **por isso** ela resolveu participar do programa. F5P1- Participa também por decisão pessoal).

S4 – Relato sobre a prática de atividade física antes e depois da entrada no Programa

(S3F1- Relata não ter praticado atividade física anterior à entrada no programa).

(S3F2- Atualmente não pratica atividades físicas fora do programa).

3) PERSPECTIVAS DA SAÚDE E DOENÇA

S5 – Representações de saúde

(S4F1J1- **Considera** saúde como o bem estar, **representa** esse bem estar como boa alimentação e dormir em horários “normais”, como oito horas por noite).

(S4F2P1P5J1- Representa que tem saúde as pessoas com boa alimentação em primeiro lugar- J2- Convivência com amigos- J3- Estar em por si próprio- J4- Estar alegre e bem por dentro).

S6 – Representações de doença.

(S6F1J1P6- **Representa a doença como** a pessoa que fica “parada, no ar, pensativa, depressiva”, **significa** que não quer nada, não sai do lugar e não aceita objeções).

(S6F2J2- **Representa** que estar doente é estar desanimado e sem vontade de viver)

4) O CUIDADO NOS MODOS DE VIVER: A INFLUÊNCIA DO CORPO, SEXUALIDADE, GÊNERO E IDADE

S7 – Opinião do usuário sobre o que considera necessário para ter saúde

(S7F1J1- **Considera** que para ter saúde a pessoa tem que começar por si próprio, isso **significa** estar bem consigo próprio, se sentir bem, se gostar e se amar).

S8– O que pensa sobre saúde quando olha para as pessoas que convive

(S8F1J1P6- Entre as pessoas que convive **considera** saudável aquela pessoa que com o “astral bom, pra cima”)

S9 – Julgamentos sobre saúde a partir da sua visão corporal

(S9F1J1P1- Quando se olha no espelho não se sente tão saudável “como teria que ser”, **por que** há momentos que se sente “meio para baixo, meio coisa”, **considera** que nesse sentido deveria correr).

(S9F1J1P1- Considera fazemos coisas erradas ou certas demais no cuidar, explica que gosta de cuidar- da aparência- mas também sente vontade de fazer nada e largar tudo pra lá).

S10 – O que pensa sobre a sexualidade e saúde, na sua vida e na vida dos outros

(S10F1J1P1- A sexualidade na sua vida é algo “certo”, que “tem que ter”, F2P6- mas no momento não tem ninguém).

(S10F3J3P6- Representa que a sexualidade é sexo, e faz parte da saúde **por que** a pessoa “fica melhor”, “fica para cima”).

S11 – Julgamentos sobre a diferença de cuidados em saúde entre os gêneros

(S11F1J1P7- **Julga** que as mulheres se cuidam “bem mais” que os homens **por que** ela quer agradar as pessoas com seu modo de vestir).

(S11F2J2P8- Representa que os homens não cuidam da saúde **por que** são mais “largados”, – J3- ficam “esperando” pelas mulheres, J4- e se entregam a “bebida” e “porcariada”).

S12 – Opinião sobre a relação da idade com o cuidado em saúde- “O ciclo de cuidado”

(S12F1J1P9P10- **Considera** que quando se está mais velho cuida- se mais da saúde **por que** já foi cuidado pelos pais quando novos e já cuidou dos filhos)

(...)

S13 – Agradecimentos

P: Entendi. Tem algo que gostaria de falar? É isso só? Já vou agradecer você, foi muito bom. Vou desligar aqui.

2.2.4) Síntese Final da Narrativa de E1

Mulher, 50 anos, se declara viúva, “doméstica”, estudou até a “sexta série do primeiro grau”, atualmente “faz uns consertos de roupa”, e recebe um salário mínimo por “causa da pensão do meu ex marido”, ao todo a renda familiar é “na faixa de oitocentos” a “mil reais”. Mora com o filho. Participa do programa Academia da Saúde há “2 anos”, frequenta três vezes por semana. A participação no programa aconteceu “por falta de equilíbrio”, pois teve “paralisia infantil quando criança” e hoje diz que cai “muito”, completa dizendo: “dei tireoide também, né? Aí eu comecei a fazer tratamento da tireóide, mas só os remédios não estão funcionando. E vários médicos falou que eu teria de fazer exercício físico”. Relata não realizar atividades físicas além das propostas pelo programa, nem anteriores a entrada no mesmo. Saúde para ela é “o bem estar da gente” e acrescenta, é “uma boa alimentação... dormir oito horas por noite”. Ter saúde é “a convivência com os amigos... Você ser legal com as pessoas, ter várias amizades, conversar”, “estar bem por si própria”, “estar alegre, você tem de estar bem por dentro”. Doença para ela é uma “pessoa que fica parada, no ar, pensativa, depressiva” é “aquela que não quer nada, que não sai do lugar, que não aceita objeção nenhuma”. Uma pessoa doente para ela é “desanimada” e “não quer mudança”. Já a pessoa saudável é a que pensa em “estar bem em si próprio, né? Se sentir bem, se gostar, se amar”. Quando olha para as pessoas que convive, considera saudável aquela que “está para cima”, “com o astral bom”, mas quando se olha no espelho não se sente “tão saudável como eu teria que ser” por que se considera “meio para baixo, meio coisa” e explica “eu gosto de cuidar de um cabelo, eu gosto de cuidar... mas na mesma hora eu já não sinto vontade de fazer nada e largar tudo para lá”. No que diz respeito à sexualidade na sua vida diz: “acho interessante, eu acho certo, tem de ter” e “no momento eu não tenho ninguém, mas eu acho certo, correto a pessoa ter alguém”. Pensa que a sexualidade faz parte da saúde por que “a pessoa fica melhor, né? Fica bem, fica para cima, né? [risos]”. Sobre a sexualidade na vida das outras pessoas pensa que é “normal para todos. Só isso”.

Fala que a mulher se cuida mais que o homem, não sabe o porquê, mas explica que a mulher “quer agradar, mostrar para as pessoas como se veste” e que os homens “são mais largados e ficam esperando pelas mulheres” pelas “parceiras”. Considera que o homem “se entrega à bebida, se entrega a porcaria, né?” e diz: “eu acho eles muito assim, muito largados”. Pensa que “a gente cuida mais da saúde quando a gente fica mais velho”, pois “quando a gente está novo e tudo, a gente não cuida tanto porque ... tem os pais para cuidar, né?” e “ larga a gente de lado. Quando os filhos crescem, de quem que você tem de cuidar? De você própria”.

APÊNDICE 4 – Detalhamento da Análise dos dados do conjunto das entrevistas – Categorização

- 1) Listagem das Representações por assunto com o que é comum ao conjunto (conjunções) e o que incomum ao conjunto (disjunções).

Saúde	Doença
<p>Conjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte reprodução do discurso dos serviços de saúde com tímida inserção de modos de viver particulares. • Utilidade e a força de trabalho: função social e papel no mundo • A dependência de Deus • A ausência das doenças em geral, ênfase as DCNT e seus fatores predisponentes. • Felicidade, bons sentimentos e boa convivência. • Saúde centrada no modelo biomédico: “tem saúde quem procura médico” • Entre a regra e a transgressão • Uso de medicamentos: condição para estar saudável • Saúde: questão de educação • Saúde: questão de tempo 	<p>Conjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • É desânimo, depressão, sentimentos ruins e tristeza • Falta de utilidade, força para trabalhar e perda da autonomia • Ausência de Saúde • Determinação divina • Não buscar atendimento médico • Estar impedido de ter uma vida normal • Algo físico, do corpo
<p>Disjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente limpo é condição para saúde • Qualidade de vida • “A saúde do Brasil é extremamente precária”: Análise da situação dos serviços de saúde e seu impacto para as pessoas • “É preciso perder para saber o que é saúde”: a experiência hospitalar • Maior idade, novo ritmo do corpo: como se adaptar? • Possibilidade de compra e acesso ao que é considerado saudável 	<p>Disjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença é aquilo que não se pode evitar • Só dá valor quando perde: internação por doença cardiovascular • Entre a negação e o equilíbrio mental: “o médico disse que estou com um tumor na cabeça, mal, mas estou bem” • Dependência total do outro • É agressividade: “Disse para o médico: eu quero matar alguém” • Envolve muitas coisas como saneamento básico e moradia • Força e (in) vulnerabilidade masculina: “não tomo remédio, só se tiver com muita dor, doente é quem tá no CTI” • Doença é falta de recursos e serviços de saúde • Doença é mania

CUIDADO		
Panorama Geral	Idade	Gênero
<p>Conjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reprodução de discurso dos serviços de saúde: “alimentação, atividade física, sono, vícios” • Entre discurso dos serviços e desejos • Poder trabalhar • Ter equilíbrio emocional • Cuidar é ir ao médico e medicar-se • Cuidar depende da ajuda de Deus • Equilibrar- se entre a regra e a transgressão • Cuidar é ter saneamento básico, água tratada e limpeza <p>Disjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cuidado tem que começar por si próprio • Cuidar é adaptar-se as necessidades da idade • Cuidado é questão de tempo e adaptação • Cuidado é vontade de viver e procurar evoluir • Cuidar não é se matar na academia de tanto puxar peso • Cuidar é se sentir bem com o pouquinho que tem • Hoje tudo não pode • Cuidar é ter uma vida mais regrada • Cuidar em DCNT: “ela tem câncer, e sendo bem tratada consegue ter qualidade de vida” • “Não gosto de ir a médico, por que se você procurar acha” • Cuidado depende da saúde financeira • Cuidado no contexto da violência 	<p>Conjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mais velhos cuidam porque já foram cuidados e já cuidaram: função social dos pais • Pessoas novas não preocupam em ir ao médico e fazer exames • As pessoas pensam em cuidar da saúde só mais tarde • Jovem não pensa muito em cuidado • Jovem se importa mais com estética e menos com cuidar da saúde • O cuidar da aparência • O cuidado pela aproximação e medo da morte • Os idosos precisam de mais cuidado • O homem independente da idade se cuida menos <p>Disjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não é velho é experiente: entre a qualidade de vida e viver com DCNT • As drogas e os cuidados dos jovens • A violência e o cuidado dos jovens • Cuidado é questão de maturidade • Os jovens fazem mais exames, mas não se preocupam em cuidar • Cuidado é na 1ª e 3ª idade, o resto fica a desejar • Entre 30 a 50 anos as pessoas ou não estão preocupadas ou não se dão conta que é necessário cuidar 	<p>Conjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mulher: cuidadora de si mesma, dos filhos e do homem • Mulheres cuidam mais por que vão mais ao médico e medicam-se • Vida de trabalho dos homens e a dificuldade do cuidado • Vida de vícios e perigos para os homens • Cuidar é ser menos homem • Saúde no serviço e nas criações em família é “muito mais” para as mulheres <p>Disjunções</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nós mulheres também temos momentos de descuido • Não existem diferenças entre o cuidado de homem e mulher (<i>contradição</i>). • Mulher cuida mais nas condições crônicas de fatores predisponentes • Dificuldade (de um homem) na marcação de atendimento no SUS • A mulher cuida mais, mas sofre pressão para cuidar da família mesmo saindo para trabalhar como o homem • Os programas do governo estão inserindo o cuidado com os homens

2. Reorganização da análise do conjunto

2.1 Saúde e doença: a relação entre a norma social e a possibilidade dos sujeitos

2.1.1 Viver entre a norma dos serviços e desejos e possibilidades

- A norma dos serviços de saúde em contraste às possibilidades e desejos dos sujeitos

2.1.2 Um equilibrar-se em um jogo de contrários

- Trabalhar: a autonomia relativa à saúde e a dependência referente à doença
- Saúde: ausência de doenças em geral e DCNT X doença: ausência de saúde
- Médicos, exames e remédios: doença é a falta e saúde é obedecer/ter/buscar
- Doença: submissão às determinações divinas X Saúde: dádiva de Deus
- Tristeza/depressão X felicidade/bons sentimentos
- Doença: Falta de saneamento e moradia X Saúde: qualidade de vida e ambiente limpo
- Aproximações: Saúde é marcada pela precariedade da assistência e a doença pela falta de recursos e serviços de saúde
- O que foge ao jogo de contrários: saúde como questão de educação e tempo X Doença como mania, algo físico, inevitável, agressividade e maus hábitos

2.1 O cuidar nos modos de viver: a influência da idade e gênero

2.2.1 A influência da idade no cuidar

2.2.2 Protagonismo: o cuidar como uma questão de gênero