

Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel

Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants

Erika de Azevedo Leitão Máximo¹
Hercília Najara Ferreira de Souza²
Maria Imaculada de Fátima Freitas²

Abstract *The dimension of choice and adherence to healthy lifestyles is in the area of social constructions made in representations of individuals and had not yet been included in the Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by Telephone Survey (VIGITEL) analysis systems. This article aims to understand, in individual narratives, representations contained in the trajectories of people's lives selected from the 2010 VIGITEL sample, in Belo Horizonte, Minas Gerais. It is a qualitative study based on Social Representation Theory. Thirty in-depth and open interviews with subjects selected from the 2010 VIGITEL sample were conducted in Belo Horizonte in the State of Minas Gerais. The Structural Analysis of Narrative technique was used to reveal the content of speeches. Age and heredity representations related to NCDs are part of the spectrum of current scientific information. Learning from childhood onwards is the basis of care. The lack of comprehension of the pathophysiology of NCDs, and the depth of representations of illness and death related to communicable diseases, is partly responsible for the difficulty of preventing NCDs.*

Key words *Risk, Health promotion, Chronic disease, Public health*

Resumo *A dimensão da escolha e de adesão a modos de vida saudáveis está no campo das construções sociais explicitadas nas representações dos sujeitos e ainda não haviam sido incluídas nas análises do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). O objetivo deste artigo é compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vida de pessoas selecionadas a partir da amostra do Vigitel, 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na teoria das Representações Sociais. Foram realizadas 30 entrevistas, abertas e em profundidade, com sujeitos selecionados a partir da amostra do Vigitel 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais. A Análise Estrutural de Narração foi utilizada para desvelar o conteúdo das falas. Representações de idade e hereditariedade relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) fazem parte do espectro das informações científicas correntes. 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.*

Palavras-chave *Risco, Promoção da saúde, Doença crônica, Saúde pública*

¹ Departamento de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Av. Dom José Gaspar 500, Coração Eucarístico. 30535-901 Belo Horizonte MG Brasil. erikazevedo@pucminas.br
² Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

As intervenções preventivas em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as estratégias de mudança de estilos de vida na população em geral, visam reduzir a prevalência dessas doenças no contexto brasileiro e mundial¹.

O Brasil passa por transição epidemiológica e demográfica com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, semelhante ao quadro epidemiológico mundial. Dados atuais revelam que, no Brasil, 72% das mortes por causas conhecidas são devido às DCNT¹.

Investigações clínicas e epidemiológicas tornaram possível a identificação de diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo e, especificamente, de adoecimento por esses agravos². Dentre os fatores de risco foram identificados dois grupos específicos. No primeiro, encontram-se aqueles considerados não modificáveis: sexo, idade e história familiar. No segundo grupo estão os fatores comportamentais: tabagismo; alimentação inadequada; sedentarismo; consumo de álcool³.

Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, estando suportados pelo cenário contemporâneo de competitividade e individualismo, no qual o 'ter' passou a suplantiar o 'ser' de forma culturalmente aceita pela sociedade⁴. As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais contribuem para modificar as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais transformações facilitam ou dificultam o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde e repercutem diretamente nos padrões de adoecimento^{3,5,6}.

O sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado em 2006, para monitoramento dos fatores de risco e proteção das DCNT em 27 capitais do país, e propiciou melhoria na qualidade das informações epidemiológicas. Porém, aspectos subjetivos sobre as maneiras de agir e viver a saúde, individual e coletivamente, considerando-se o ponto de vista dos próprios sujeitos, não foram incluídos nos dados e estudos dele provenientes.

Para tal, foi necessária a inclusão de novas metodologias que buscassem a compreensão da dimensão da escolha e de adesão a modos de vida saudáveis, a partir do que é socialmente construído e valorizado pelos sujeitos e pela coletividade,

dentro de seus contextos sociais específicos de vida. Trata-se, portanto, da discussão sobre as formas representacionais de se prevenir e buscar melhor qualidade de vida, da visão de risco e de proteção à saúde, considerando a autonomia do sujeito e, ainda, o acesso aos bens e direitos sociais.

Subjetividade, saberes e representações, construídos e explicitados nas interações sociais, propiciam o conjunto de acumulação do sujeito no qual se incluem posturas para promover sua saúde, prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis.

O Brasil apresenta desigualdades em saúde, sobretudo no que se refere à sua promoção e, mesmo diante da existência de informações sobre saúde de forma mais ou menos generalizada, observa-se ainda a refratariedade de representações que priorizem o cuidado medicalizado, com insistência sobre as consultas médicas e o uso de medicamentos⁷⁻¹⁰.

Sabe-se que a informação, por si só, não modifica maneiras de se cuidar em saúde^{7,11}, assim, observa-se que os sujeitos assumem riscos, mais ou menos conscientes, que resultam em dificuldades de adesão a modos de vida saudáveis. Considerando que os contextos de vida dos sujeitos representam o espaço onde as representações nascem e são transformadas, a compreensão das representações em torno da saúde e doença, DCNT, e riscos de adoecimento e morte pode esclarecer as dificuldades e possibilidades de adesão a modos de vida saudáveis.

O objetivo do estudo foi compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vidas de pessoas selecionadas a partir da amostra do Vigitel 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais, desvelando suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT.

Métodos

Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, que tem como referencial a Teoria das Representações Sociais, na versão crítica de Giamí e Veil¹². Para esses autores as representações são uma "atividade social e psicológica que consiste em construir um objeto, associando-lhe elementos de percepção exterior e elementos ligados a fantasias individuais, com relação à posição ocupada com respeito ao objeto", o que as coloca como reflexão, decisão

e ação de um sujeito, em sua singularidade e, ao mesmo tempo, em sua universalidade, pois em parte, elas se definem em seu 'aprendizado' social. As representações são pensadas como 'pontos de vista' ou 'julgamentos de valor' sobre os objetos, introjetadas e questionadas ao longo da vida pelos sujeitos, em um processo construído por meio das interações sociais e em constante movimento.

Por isto, para Giami e Veil¹², toda representação é social, pois, conforme afirmam: "ela obtém seus conteúdos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada, funcionando como o imaginário"^{12,13}, "não havendo ruptura entre as expressões e significados individuais e coletivos das representações, mas homologia, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual..."¹².

Ao possibilitar a compreensão das formas de pensar-agir dos sujeitos e grupos sociais diante das doenças e dos aspectos que as envolvem, a investigação qualitativa se constitui em uma importante ferramenta para a formulação de políticas de saúde. Contudo, estudos desta natureza não visam um conhecimento que possa ser generalizado e universalizado como regra, mas sim o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos¹⁴.

População e Amostra

Considerando a magnitude das DCNT na região Sudeste do Brasil¹⁵⁻¹⁷, a necessidade de aprofundamento das avaliações objetivas realizadas, o fato de que entrevistas em profundidade têm como critério a exaustividade e saturação dos dados e não a representatividade numérica ou espacial, foi escolhida a cidade de Belo Horizonte, uma das capitais do inquérito, como cenário para aproximação e aprofundamento das questões que incluem a subjetividade dos sujeitos.

A população do estudo compreendeu sujeitos entrevistados pelo Vigitel 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Das listas existentes com respectivos números de telefone, os 2.000 participantes foram divididos em listas por sexo e faixa etária (1 – 18 a 30 anos; 2- 31 a 50 anos; e 3- 51 anos ou mais), totalizando então 6 listas.

A delimitação por faixa etária apoiou-se no pressuposto de que a construção das representações se dá ao longo da vida¹⁸ e na existência de características sociais e culturais comuns e compartilhadas entre os sujeitos da mesma faixa, sem desconsiderar possíveis inferências por gênero

ou diferenças econômicas que pudessem existir entre os participantes.

Depois de organizadas por sexo e faixa etária nas listas, os nomes dos participantes foram numerados em ordem crescente por lista. Foi realizado sorteio de 30 sujeitos de cada lista, a cada vez, e os mesmos foram sendo convidados até que se completassem 10 sujeitos (sendo 05 homens e 05 mulheres) por faixa etária, que aceitassem participar da entrevista. O grupo de entrevistados foi, portanto, composto de 30 pessoas, inicialmente, com a perspectiva de novos sorteios, se necessário, até que houvesse saturação dos dados por faixa etária¹⁹.

Pela análise preliminar das 30 entrevistas realizadas, verificou-se que houve saturação dos dados, pois havia repetitividade, consistência e suficiência nas informações para análise do objeto proposto. Isto permitiu o encerramento da coleta de dados com este número de entrevistas.

Coleta e Análise dos Dados

As entrevistas em profundidade, abertas e individuais, foram realizadas pelos pesquisadores no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012, na Escola de Enfermagem da UFMG e na residência e em horário pré-definido, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas em áudio, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, transcritas na íntegra para análise dos dados, sendo os aspectos éticos definidos na Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, integralmente respeitados²⁰.

Para análise das entrevistas foi utilizado o método da Análise Estrutural de Narração (AEN), proposto por Demazière e Dubar²¹, apoiado em Barthes et al.²². Barthes et al.²² afirmam que tudo em uma narrativa tem significado e, portanto:

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, por mais completa que seja uma análise do conjunto vertical do discurso, para ser eficiente, faz-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que o sentido não está 'no fim' da narrativa, ele a perpassa.

A análise estrutural de narração valoriza, portanto, a teia de construção argumentativa dos sujeitos e não somente ilustrações ou partes

consideradas pertinentes ao objeto em questão. Os sujeitos, ao narrarem, estão interpretando o mundo, explicitando coerências e contradições ao apresentarem seus pontos de vistas sobre os objetos. Tudo tem, portanto, importância na narração, fazendo com que a subjetividade se explicita na análise.

A técnica de análise proposta pelos autores se define pela ‘desconstrução’ da entrevista em sequências numeradas, nas quais são identificados fatos, suas justificativas e os personagens envolvidos. Estas sequências receberam um título que explicitou, preliminarmente, o objeto central de cada uma. Em seguida, fez-se a ‘reconstrução’ da entrevista, agrupando sequências que tratam do mesmo objeto, desvelando conjunções e disjunções da fala. Nesta etapa, encontram-se as representações presentes sobre os objetos enfocados²¹, nas quais se confirmou que essas foram sendo construídas e reconstruídas, no percurso de vida do sujeito. Assim, a AEN permitiu definirem-se linhas do tempo com as representações encontradas em cada uma das 30 entrevistas. Para cada linha do tempo foi desenhada uma figura esquemática contendo a trajetória de vida dos entrevistados, com seus pontos de vista, julgamentos de valor e os respectivos contextos, que variam ao longo da vida. A análise do conjunto das entrevistas ocorreu de forma transversal pelo agrupamento das sequências que explicitavam as reflexões dos sujeitos e que permitiram a interpretação da construção das representações sobre a saúde e doença, sobre riscos e prevenção em DCNT, dos grupos por faixa etária e em sua totalidade. Os agrupamentos foram, então, nomeados, pela interpretação dos pesquisadores e se constituíram em categorias que foram aprofundadas, finalmente, pela sua teorização.

Este estudo é parte do projeto “Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas no município de Belo Horizonte, Minas Gerais,” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, como subprojeto do Vigitel, no projeto Vigitel, que o agregou.

Resultados

A interpretação dos dados definiu categorias englobantes em torno das DCNT: *Cuidado e promoção da Saúde; Saúde e Doença e Risco.*

A partir desta síntese, do afunilamento das representações em cada categoria e do cotejamento com a literatura, a consolidação das cons-

truções sociais e subjetivas dos sujeitos a respeito dos objetos promoção da saúde e risco relacionados à DCNT foi alcançada, fazendo emergir categorias teóricas que neste artigo abordaremos: 1) Promoção da Saúde: Uma prática ainda distante; 2) A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença.

1) Promoção da saúde: uma prática ainda distante

A adesão a modos de vida saudáveis, a disposição para o cuidado e autocuidado são constructos sociais adquiridos ao longo da vida. Os resultados encontrados revelam que as pessoas mais aderentes à ideia de promoção da saúde são aquelas que desde muito cedo tiveram essa experiência, ou seja, aprenderam a se cuidar e a adotar hábitos saudáveis, tendo isso como um julgamento de valor introjetado precocemente em suas vidas.

As análises das trajetórias de vida mostraram que o aprendizado desde a infância é a base do cuidado em saúde. As representações mais importantes, ou mais profundas, e que serão definidoras do modo de viver e promover a saúde, são introjetadas e construídas a partir da infância. Ainda que surjam outras representações ao longo da vida, a base da representação permanece.

Os discursos dos sujeitos revelaram a representação da alimentação como centro da promoção da saúde. Sendo ela um objeto no qual a constituição das representações tem mais relevância. O valor que se dará para a proteção à saúde tem um núcleo originado nas vivências da infância, sobretudo daquilo que se viveu e escutou da figura materna.

Outro achado que merece destaque diz respeito ao fato de que a promoção da saúde acontece em níveis e de maneiras diferentes conforme a faixa etária dos sujeitos. Em cada faixa etária, os sujeitos promovem a saúde de acordo com as experiências que teve, ou seja, novamente pode-se afirmar que as experiências dos sujeitos ao longo da vida modificam as representações, e assim, estas modulam as diferentes formas de viver e promover a saúde em cada faixa etária. Contudo, as representações mais profundas permanecem e serão as definidoras da maior capacidade da tomada de decisões saudáveis na vida dos sujeitos.

O estudo das representações apontou que em cada faixa etária os sujeitos pensam e consequentemente, promovem saúde de formas diferentes. Os sujeitos mais jovens (18 a 30 anos) consideram a importância de manter uma alimentação saudável, mesmo que não a adotem, bem como

a prática de atividade física, como cuidado com a saúde, porém mais voltado para fins estéticos do que para a prevenção de DCNT. Os sujeitos da faixa etária 2 (31 a 50 anos) apontam a alimentação como o cuidado maior para prevenir DCNT, mas considerado difícil “porque não se pode ter vida social normal”. A representação central que organiza o pensamento dos sujeitos dessa faixa etária é a de que ‘tornar-se adulto é viver contradições de forma mais ou menos consciente’. Os indivíduos maiores de 51 anos (faixa etária 3) atribuem maior importância ao ato de modificar os hábitos de vida para prevenir ou controlar as doenças.

O predomínio da cultura proveniente da medicina prescritiva foi encontrado nos relatos dos sujeitos como algo ainda existente. Para eles, o cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente. Essa representação parece vir na contramão das propostas de promoção da saúde, na perspectiva da autonomia e do empoderamento.

Nesse sentido, os resultados da investigação mostram que as representações sobre cuidado em saúde definem tal demanda, como uma produção imaginária efetivada nos modos como vivem e se relacionam as pessoas e os profissionais e serviços de saúde.

2) A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença

A promoção da saúde em cada faixa etária é modulada pelas representações de idade e hereditariedade relacionadas às DCNT. A representação central sobre DCNT está relacionada à idade, assim, os jovens acreditam que os riscos de adoecimento são maiores para as pessoas idosas, não se constituindo por hora, uma preocupação para esta faixa etária. Os sujeitos das demais faixas etárias também consideram que as DCNT estão relacionadas à idade. No entanto, por já estarem próximos a uma faixa considerada por eles ‘de risco’, começam a se preocupar com a possibilidade de sua ocorrência. A vivência de doenças crônicas costuma realmente ser maior em pessoas acima de 50 anos, conforme referiram os sujeitos desta faixa etária, que participaram da pesquisa, acreditando estarem mais expostos ao risco de adoecimento e morte por DCNT.

A superação da representação original das DCNT relacionadas à idade é fundamental para o reconhecimento da necessidade de adotar, precocemente, hábitos de vida saudáveis. A re-

presentação de que as DCNT são hereditárias também está presente nas falas dos entrevistados. No entanto, mesmo reconhecendo o caráter hereditário das DCNT, especialmente os jovens, não modificam suas maneiras de viver e cuidar da saúde e, assim, não adotam posturas de cuidado, porque acreditam que ainda não chegaram à idade de desenvolvimento (acima dos 40 anos) dessas doenças.

A relação das DCNT com a idade é uma representação mais forte do que a representação do seu caráter hereditário, sendo esta primeira representação a que modula, mais intensamente, a postura dos sujeitos no que se refere à prevenção e ao cuidado à saúde.

A representação de idade relacionada às DCNT acompanha a trajetória dos sujeitos, interferindo na adoção de práticas saudáveis, e corrobora com a representação de que indivíduos de faixas etárias diferentes promovem a saúde de formas diferentes. Desta forma, a preocupação e a capacidade de cuidado vão evoluindo e melhorando conforme a idade vai aumentando.

Apesar das informações sobre as DCNT estarem amplamente disponíveis para a população, observou-se que essas informações, fundamentadas no risco biomédico ou risco epidemiológico, parecem não dar sentido e não estimular posturas de cuidado e autocuidado. Como se o risco apontado pela epidemiologia estivesse ‘fora do sujeito’, como algo presente no mundo, não sendo, portanto, um risco introyetado ou construído por eles.

Uma importante descoberta partiu da revelação que, para os entrevistados, as representações de risco para DCNT se misturam com as representações que eles têm dos riscos para doenças transmissíveis. No conjunto das entrevistas, vários relatos mostraram a visão miasmática e de transmissibilidade de doenças permeando a representação de um mundo asséptico como um mundo sadio ou livre do perigo de doenças, ainda que durante todo o período da entrevista mantivéssemos o foco nas DCNT como nosso objeto de estudo.

Esse achado permite teorizar que a incompreensão dos processos fisiopatológicos das DCNT, a ausência de um agente etiológico ou um micro-organismo culpado, é um entrave para a prevenção deste grupo de doenças, porque as representações mais profundas dos sujeitos que se relacionam com a doença e com a morte são de doenças transmissíveis.

Discussão

Promoção da saúde: uma prática ainda distante

Ainda que as interações entre os sujeitos provoquem o surgimento de outras representações ao longo da vida, a base da representação permanece. Estando o núcleo da representação consolidado, é essa representação nuclear, chamada por Giami e Veil¹² de original, que servirá de filtro para aceitar ou rechaçar as novas representações, que, embora sejam construções sociais da temporalidade, serão representações periféricas.

O destaque da alimentação como centro da promoção da saúde emergiu do conteúdo das falas dos sujeitos. As práticas alimentares para Rotenberg e De Vargas²³ são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural. As autoras analisaram práticas alimentares compreendidas entre a amamentação e a alimentação cotidiana da família, e identificaram que hábitos e práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que têm início na infância e estão associados aos hábitos urbanos de consumo. Destaca-se o valor atribuído pelos sujeitos às representações vivenciadas a partir da infância com a figura materna.

Nas práticas alimentares, tudo que é permitido ou proibido constitui uma linguagem de classificação social da alimentação, pois a comida simboliza o contato diário com a vida, não apenas na dimensão da necessidade orgânica, mas, sobretudo, no sentido da participação social no mundo²⁴.

Giard²⁵ aponta que se come aquilo que se pode oferecer e o que se gosta de comer. O “poder” considera a disponibilidade a partir da produção, distribuição e comércio dos alimentos; considera acessibilidade como preço; considera o permitido pela cultura e o valorizado pela organização social. Para o autor, o gosto é complexo e associa-se ao jogo múltiplo de atrações e repulsas, fundado nos hábitos da infância, a partir do disponível, mas também da forma como o alimento é oferecido.

Desde 1999, várias agências mundiais de saúde, como a Heart and Stroke Foundation of Canada (HSFC), apontam que os modos de vida aumentam o risco de doenças crônicas, o que foi reafirmado em outros estudos^{1,26}. Mesmo que as alterações fisiopatológicas relacionadas às DCNT sejam, a princípio, assintomáticas, iniciam-se

precocemente, sendo, portanto, essencial que a prevenção das DCNT seja realizada desde a infância. Há fortes evidências de sucesso no enfrentamento das DCNT com a intervenção pró nutrição saudável no ambiente escolar^{26,27}.

Entre as metas nacionais propostas no plano de enfrentamento das DCNT¹, destacam-se os objetivos de redução da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes. Conforme revelado pelos dados, o alcance dessas metas envolverá mais atores e recursos que os serviços de saúde e as campanhas midiáticas. Para tal, faz-se necessária uma articulação entre família, criança e escola, para que as representações apreendidas no seio familiar possam ser reconstruídas ainda no interior desta, pelas contradições vivenciadas nos diversos ambientes e relações sociais, sendo, portanto, importante considerar ações de responsabilidade e cogestão a serem desenvolvidas no processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

A promoção da saúde envolve escolhas e, como tal, não se coloca na esfera do conhecimento científico, mas na esfera dos valores, vinculando-se a processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável²⁸.

Os resultados revelaram que nas três faixas etárias analisadas, os sujeitos pensam e promovem saúde de formas diferentes. Torna-se, portanto, importante considerar os pontos de vista dos sujeitos, por faixa etária, para se pensar a promoção da saúde de forma diferenciada, o que poderá contribuir para escolhas saudáveis e coerentes com os julgamentos de valor dos sujeitos, em cada época de suas vidas.

Entretanto a subjetividade, a experiência da saúde e da doença do ponto de vista dos sujeitos e como lidar com elas é território inexplorado²⁹. Para o autor, a história da visão do paciente é tão subdesenvolvida agora, como era em meados de 1980, quando parecia que a história dos pacientes poderia se transformar em um novo paradigma para reescrever a história da medicina.

Buss³⁰ considera que a promoção da saúde procura articular o tema da saúde com os temas da condição e qualidade de vida, afirmando que este ideário representa *uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as pessoas e seus entornos*. Nos achados do presente estudo, ficou claro que condição e qualidade de vida não podem ser avaliados somente como dados objetivos e mensuráveis, mas devem incluir os modos de pensar a vida, a racionalidade subjetiva das pessoas. A capacidade de promover saúde é uma estratégia associada a valores,

que vão se modificando ao longo da vida, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação social, como afirma o autor citado.

Outro importante aspecto é o fato de que predominam ainda ações sustentadas em uma visão fragmentada da atenção à saúde e do ser cuidado, apesar dos esforços realizados para se implantar um novo modelo de atenção à saúde, especificamente na reorganização da atenção primária pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Entende-se que é “necessário superar essa visão reducionista e fragmentada da realidade, em busca de uma concepção integradora do processo saúde-doença, do ser humano envolvido nesse processo e da organização dos Serviços de Saúde”³¹.

Ao demandar consultas médicas, mais consultas médicas, as pessoas são transformadas em consumidores vorazes de mais e mais tecnologias especializadas e não do cuidado em si, o que as fazem dependentes. Isso diminui a autonomia e a capacidade de agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar ou ampliar a saúde e a liberdade, vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais³². Vivemos o momento da “cultura médica” delineado pela ‘imagem do médico’ – a da busca e do poder da cura. E assim, torna-se manifesto o sentimento de credibilidade e de fé na medicina que a população apresenta³¹.

Em um universo social que vive o desencanto dos valores, a cultura médica – que se tornou parte importante de nossa cultura – “procura se atribuir um sentido: o *sentido médico*, que consiste em viver utopicamente para evitar completamente a doença, retardar a hora da morte, ou até mesmo impedi-la; em suma, conservar a qualquer preço o mais precioso de todos os bens: a saúde”³³.

A cultura médica traduz, talvez, a herança de uma saúde medicalizada, pois há uma exigência de remédios e exames como se, por si, produzissem a solução para as demandas dos usuários³¹, que, de acordo com Merhy e Franco³⁴, é “a produção imaginária da demanda” que resulta na elevada busca por ação médica. Os autores partem do “pressuposto que esta demanda é socialmente construída e está relacionada ao perfil do Serviço de Saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela”.

Destarte, a população deve participar de outras ações ofertadas além das consultas médicas; para isso, é indispensável a vinculação do usuário ao serviço. A construção de vínculo permi-

te avançar na tão almejada ‘desmedicalização’ e torna possível a ampliação da clínica, por meio da educação em saúde, das práticas de vida saudável, do atendimento interdisciplinar, das redes de apoio na construção social do cuidado em saúde³⁵.

Os achados deste estudo revelam que as representações estão em consonância com o modelo médico centrado e hospitalocêntrico que se pretende superar, a antítese da promoção da saúde, guardando estreita relação com a fragmentação dos processos do cuidar em saúde, e do modelo voltado para as condições agudas de saúde.

Para Verdi e Caponi³⁶, Carvalho e Gastaldo³⁷, a promoção da saúde tem se constituído, na última década, em um dos temas mais citados e reiterados nos diferentes espaços da produção do conhecimento e das práticas de saúde. A promoção da saúde é compreendida como modelo sanitário caracterizado pelo conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam com o propósito de responder às demandas do campo da saúde e cuja existência é possibilitada apenas na realidade concreta³⁶. Os achados deste estudo apontam que estamos distantes de trazê-la para o concreto, nas nossas práticas atuais.

Os resultados encontrados mostram que o imaginário dos entrevistados ainda é permeado por ações cotidianas que sustentam representações de que cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames.

A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença

A literatura tem evidenciado uma tendência à precocidade do aparecimento de DCNT, sendo que dados da WHO²⁶ mostraram que cerca de ¼ das mortes globais relacionadas às DCNT acometem indivíduos com menos de 60 anos de idade.

O medo de doença fundado no terror das antigas doenças epidêmicas são representações persistentes, independentemente do conhecimento científico e informações que circulam na mídia, ou que se tem nos serviços de saúde³⁸.

Contágio é uma experiência originária que se refere ao medo do contato com o outro. O pânico vivenciado nas epidemias esteve relacionado a atitudes obscurantistas e irracionais de rejeição. São as chamadas representações ‘originais’, assim intituladas por Giami e Veil¹², e que perpetuam no imaginário das pessoas, dificultando a compreensão de outros tipos de doenças, especifica-

mente aquelas que são causadas pelos modos de vida e comportamentos.

Diante desses resultados torna-se importante que as políticas públicas considerem e reflitam a respeito das representações encontradas com o objetivo de superá-las através do aumento do número e da qualidade das informações relacionadas às DCNT, do empoderamento e da responsabilização dos sujeitos, a fim de que compreendam que, no que se refere às condições crônicas, a promoção da saúde e adoção de modos de vida saudáveis, estão para as DCNT como os agentes etiológicos estão para as doenças transmissíveis.

Oliveira e Egry³⁹ consideram a necessidade de superação dessas teorias bem como dos modelos causais clássicos, centrados em ações individuais através da adoção de modelos interativos que incorporem ações individuais e coletivas. Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença, segundo as autoras, deve incluir explicações para os achados universais de que mortalidade e morbidade obedecem a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que, menores rendas ou *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde.

Considerações Finais

Com a interpretação dos resultados obtidos foi possível desvelar que as representações estão contidas nas trajetórias de vidas dos entrevistados e compreender suas maneiras de viver e cuidar da saúde, promoção da saúde e prevenção das DCNT.

O achado de que o “aprendizado desde a infância é a base do cuidado” surge como um importante instrumento norteador para as políticas públicas de saúde, pois as políticas podem focar ações sanitárias e de promoção da saúde que atinjam a população infantil, para além das ações rotineiras dos serviços de saúde.

Além disso, faz-se necessário que os programas de ensino da área da saúde incorporem a

promoção da saúde, saindo de um discurso idealista ou prescritivo para outro que agregue as representações dos próprios futuros profissionais e que desenvolva aprendizados que incorporem, de forma incisiva, a compreensão de que clientes e usuários do sistema de saúde têm representações que não necessariamente corresponderão ao que a objetividade científica dita como norma. Isto exige dos futuros profissionais disposição para ter posturas ativas e sair do contexto da prescrição e entrar naquele das interações, com capacidade de escuta para se compreender as representações dos sujeitos e suas próprias, interferindo positivamente em uma nova construção de modos de cuidar. Assim, os cursos na área da saúde necessitam oferecer experiências interdisciplinares de cuidado e educação em saúde, não como opção, mas como um paradigma para a reorientação na formação profissional.

Com os resultados desse estudo, espera-se contribuir, além de avanços no conhecimento, para a definição de estratégias operacionais de abordagem e enfrentamento das DCNT, apresentando subsídios a gestores para o desenvolvimento de ações de saúde fundamentadas em redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletividades, pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde da população.

Colaboradores

EAL Máximo e MIF Freitas trabalharam na pesquisa, concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. HNF Souza trabalhou na pesquisa, formatação e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde – Projeto Vigitel, pelo financiamento para a realização da pesquisa e à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) – Pesquisador Mineiro.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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: MS; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Santos AC. Changing epidemics. *Arquivos de Medicina* 2006; 20(3):75-77.
3. Malta DC, Cezario AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(3):47-65.
4. Homem ML. *Entre próteses e prozacs: O sujeito contemporâneo imerso na descartabilidade da sociedade de consumo*. In: Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro. 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis*. Brasília: MS; 2008.
6. World Health Organization (WHO). *Preventing chronic diseases a vital investments*. Geneva: WHO; 2005.
7. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde Soc* 2004; 13(2):32-38.
8. Patussi MP, Moyses SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital Social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1525-1546.
9. Santos WG. *O paradoxo de Rousseau: uma interpretação democrática da vontade geral*. Rio de Janeiro: Rocco; 2007.
10. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc* 2009; 18(Supl. 2):11-23.
11. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5(Supl. 1):28-42.
12. Giami A, Veil C. *Enfermeiras frente a Aids: representações e condutas, permanências e mudanças*. Canoas: Ulbra; 1997.
13. Giami A. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: Loyola MA, organizador. *A sexualidade nas Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 1998. p. 201-225.
14. Freitas MIF. *A gestão do segredo na vida de casais diante da soropositividade pelo HIV*. Belo Horizonte: EEU-FMG, MS, Cooperação Técnica Sida Brasil/França; 1998. (Publicação de Relatório Técnico - Divulgação Científica).
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde*. 2ª ed. rev. Brasília: MS; 2008. (Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasília: MS; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2011.
18. Máximo EAL, Freitas MIF. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis, na ótica de participantes do Vigitel. *Saúde e sociedade* 2014; 23(2):651-663.

19. Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
21. Demazière D, Dubar C. *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan; 1997. (Coll. Essais & recherches)
22. Barthes R. Introdução à análise Estrutural da narrativa. In: Barthes R. *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes; 2001. p. 163-202.
23. Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev. Bras Saúde Matern Infant* 2004; 4(1):85-94.
24. Valente F. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: Valente F. *Fome e desnutrição: determinantes sociais*. São Paulo: Cortez; 1986.
25. Giard L. Artes de nutrir. In: Certeau M, organizador. *A invenção do cotidiano: morar, cozinhar*. Rio de Janeiro: Vozes; 1998. p. 211-233.
26. World Health Organization (WHO). *Global status report on non communicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.
27. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Cien Saude Colet* 2014; 19(3):829-840.
28. Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4):701-709.
29. Condrau F. The Patient's View Meets the Clinical Gaze. *Social History of Medicine* 2007; 20(3):525-540.
30. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
31. Viegas SMF. A Integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família nos Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
32. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
33. Laplantine F. *Antropologia da doença*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, Coleção biblioteca universal; 2010.
34. Merhy EE, Franco TB. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco; 2005. p. 181-193.
35. Viegas SMF, Penna CMM. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene* 2012; 13(2):375-385.
36. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(1):82-88.
37. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl. 2):2029-2040.
38. Grmek M. O enigma do aparecimento da Aids. *Estud. av.* 1995; 9(24):229-239.
39. Oliveira MAC, Egly EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2000; 34(1):9-15.

Artigo apresentado em 24/09/2014

Aprovado em 31/10/2014

Versão final apresentada em 02/11/2014