

Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família

Knowledge production on family health care

Denise Machado Duran Gutierrez¹
 Maria Cecília de Souza Minayo²

Abstract *In this article we present an overview of the publication about the health care in the family context. We developed a bibliographical research taking as source the following databases: SciELO, MEDLINE and Lilacs using the keywords: health care and family caregivers considering the period from 1995 through 2007. We realized that there are few studies on the subject and some of them are quite superficial in their approach. Our focus was directed to the understanding of: types of methodologies applied; theoretical approach; “care” concepts; analysis of culture and social class; references to networking; gender considerations and finally consensus and gaps in the studies. The results show that most of the studies assume a qualitative methodology compatible with the high complexity level of the studied subject and theoretical approaches of comprehensive character exploring meanings and conceptions. The discussion of the role of culture, social class distinctions and gender relations in the production and sourcing of health care arise once in a while but without the proper depth. The importance of the role of woman-mother in producing and providing health care is generally disregarded of criticism. We noticed a trend to use broader health care concepts that synthesize material, affective and social aspects, although without a discussion in a concrete way.*

Key words *Health care, Family and health, Family health, Health care concept*

Resumo *Neste artigo, apresentamos uma revisão de literatura sobre a produção de cuidados de saúde no âmbito da família. Realizamos uma pesquisa bibliográfica consultando as bases de dados SciELO, MEDLINE Lilacs, com a utilização das seguintes palavras-chave: cuidados de saúde na família, cuidador familiar, cuidado informal e cuidado domiciliar, considerando o período de 1995 a 2007. Verificamos que existem poucos estudos sobre o tema e alguns se referem a ele de modo apenas tangencial. Privilegiamos os seguintes eixos de compreensão: tipos de metodologia empregada, perspectiva teórica, conceito de “cuidados”, papel da cultura e classe social, referência a redes de apoio e gênero, consensos e lacunas dos estudos. Os resultados apontam que grande parte dos estudos assume uma metodologia qualitativa e mostram referenciais de caráter compreensivista explorando sentidos e significados. A discussão do papel da cultura, das diferenciações de classe e relações de gênero aparece muitas vezes sem o devido aprofundamento. A importância do papel da mulher mãe na produção e no provimento de cuidados em saúde é reconhecida, porém de modo acrítico. Observa-se ainda a tendência de adoção de conceitos de cuidados abrangentes, que sintetizam aspectos materiais, afetivos e sociais, sem, no entanto, uma discussão em termos concretos.*

Palavras-chave *Cuidados em saúde, Família e saúde, Saúde da família, Conceito de cuidado*

¹ Departamento de Psicologia, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Amazonas. Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos 3.000, Campus Universitário Japiim. 69077-000 Manaus AM. ddgutie@vivax.com.br
² Claves, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

Os “cuidados da saúde” têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde e também pelos profissionais da rede de um modo extremamente limitado. De modo predominante, as definições se restringem a dar ênfase a ações que se desenrolam no contexto dos serviços de saúde a partir da ação técnica dos profissionais do setor. No entanto, uma observação mais atenta e criteriosa nos leva a perceber que os “cuidados da saúde” são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede oficial de serviços e a rede informal, representada especialmente pela família. A rede oficial, incorporando o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, conta com amplo reconhecimento como agência produtora de cuidados. Já a rede informal, que tem na família seu principal personagem, não conta com tanto prestígio. No entanto é na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde. Estes vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, passam pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa complementaridade se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, busca “em tempo” de atendimento médico, incentivo para o autocuidado e, não menos importante, o apoio emocional.

A visível indiferença dos serviços quanto ao papel que a família desempenha na produção de cuidados pode ser entendida como decorrente do processo de colonização a que a área da saúde foi submetida pelo saber médico. Sob a égide do pensamento positivista, houve a redução da concepção de saúde à mera “ausência de doença” e os cuidados assumiram a forma de “ações e procedimentos técnicos” informados pela ciência biomédica e descolados do mundo vivido. Já a família, instituição onipresente no tempo e no espaço na história da humanidade, é naturalizada e tomada como um “dado” que não requer definição. Nela, não se reconhece a pertinência de procedimentos técnicos, pois estamos acostumados a tratá-la como o espaço do afeto, da espontaneidade e das interações. Assim, o papel da família na produção da saúde fica subsumido ao espaço de intervenção médica que ocorre nas instituições e serviços de saúde. Uma concepção tão pobre de saúde e de cuidados resultou na exclu-

são da família como agência significativa de produção de cuidados. Temos diante de nós a tarefa de contribuir para descolonizar esse território, atentando para os modos como a família produz cuidados indispensáveis e específicos para a saúde e investigando como esses cuidados se somam aos produzidos pela rede de serviços, por vezes superando-os em importância.

No que diz respeito às políticas, observamos que a família tem recebido maior atenção nas formulações das políticas sociais a partir da década de noventa. No entanto, quase sempre, o discurso que fundamenta essas políticas parte da perspectiva da ação solidária de uma família idealizada que não conta com a necessária proteção social para que, ao ver-se protegida, possa proteger os seus membros¹.

Ao olharmos para os cuidados da saúde a partir das relações entre políticas sociais e funções atribuídas à família no âmbito da cultura, verificamos uma relação marcada por importantes flutuações. Historicamente, dentro do modelo do Estado de bem-estar, houve um esvaziamento das funções familiares com transferência de suas atribuições para outras instituições sociais². O pensamento gerado a partir de então sempre enfatizou a responsabilidade dos governos, o “dever do Estado”, deixando em segundo plano o papel dos indivíduos. Contrariamente, as propostas neoliberais que preconizam o Estado mínimo tendem a devolver à família e aos indivíduos a responsabilização pela educação, pela saúde e pela segurança. Certo equilíbrio, no caso do setor saúde, é retomado na Carta de Ottawa³, documento fundamental para orientação da promoção da saúde, onde os ministros da saúde reunidos pela Organização Mundial de Saúde em 1986 chamam atenção para o papel insubstituível das políticas públicas, mas ressaltam, com igual peso, a importância dos vários atores na construção dos cuidados e da qualidade de vida, enfatizando inclusive a adesão dos sujeitos a esses processos.

Na área da saúde, a emergência da “família” como foco de atenção específica se agiganta com o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa preconiza dois pontos fundamentais: a perspectiva de atenção básica descentralizada e local, substituindo o modelo hospitalocêntrico, e o reconhecimento do cuidado em saúde a partir do grupo familiar. Essa proposta, no que concerne à família, exige superar a perspectiva meramente individual para oferecer uma atenção sistêmica em que se integrem o estudo da cultura, das maneiras de fazer dos diferentes grupos sociais e das relações de gênero que operam dentro

das relações familiares. Mas, ainda que o PSF tenha representado um avanço à inflexão para a proposta de um novo modelo de atenção, a noção de família nele contida parece ser muito genérica, pouco clara e, portanto, de pouco valor operativo.

Observamos e ressaltamos que os estudos atuais e disponíveis não dão conta de descrever concretamente como as famílias cuidam e que critérios usam para o cuidado da saúde de seus membros. A questão é importante se considerarmos, como destacam Leite e Vasconcelos⁴, que a família é a primeira instância cuidadora dos doentes, de modo que a grande parte dos sintomas e episódios é tratada sem que sequer chegue à rede oficial de serviços de saúde.

Material e método

Realizamos uma pesquisa bibliográfica a partir da consulta às seguintes bases de dados: SciELO, MEDLINE e Lilacs, com a utilização das seguintes palavras-chave: cuidados de saúde na família, cuidador familiar, cuidado informal e cuidado domiciliar, considerando o período de 1995 a 2007, e outros materiais que localizamos de modo indireto a partir de referências encontradas na literatura da área. O material coletado consta de oitenta textos, que após seleção conforme nossos objetivos, resultou em um *corpus* para análise de 27 artigos, três capítulos de livro e uma tese de doutorado.

Optamos por trabalhar apenas com os textos que se referem aos cuidados que a própria família ministra a seus membros no ambiente doméstico, excluindo, portanto, os textos cujo foco recai sobre os cuidados dispensados por equipe profissional em domicílio ou centra a discussão sobre as consequências do cuidado para o cuidador. Nosso interesse aqui é entender como está a produção de conhecimento sobre o cuidado da saúde nesse espaço específico de relações e cuidados que é o cotidiano doméstico regido pela dinâmica familiar e contextualizado por elementos macroestruturais como a cultura, classe social e relações de gênero.

Após o aprofundamento dos textos por meio de fichamento, de análise de seu conteúdo e de comparação entre abordagens, decidimos pelo aprofundamento e discussão crítica dos seguintes aspectos: Qual a metodologia empregada pelo estudo? Quais as perspectivas assumidas nos referenciais teóricos? Qual a concepção de cuidados da saúde na família o texto apresenta? A cul-

tura aparece como elemento importante para a análise do tema? São consideradas as diferenças de classes sociais? As redes de apoio aparecem na discussão dos recursos das famílias? A perspectiva de gênero é integrada na discussão?

Privilegiamos esses recortes pelo fato de encontrarmos na literatura da área dos estudos sobre família e saúde a indicação bastante forte desses elementos como eixos estruturantes para a compreensão de vários fenômenos socioculturais que se produzem na família, entre eles a produção de cuidados em saúde.

Nossa análise e discussão assumem como referencial teórico-metodológico a perspectiva hermenêutica-dialética^{5,6}, que nos permite adotar uma postura interpretativa, buscando sentidos e significados do conteúdo dos textos coletados ao mesmo tempo em que nos permite submetê-los a uma revisão crítica na qual contradições, aproximações e distanciamentos possam ser mais bem dimensionados e abram novas perspectivas de entendimento.

Embora não constem do conjunto de textos selecionados para análise, nos chamou a atenção logo de início o grande número de artigos focalizando a sobrecarga vivida pelos cuidadores familiares no cuidado de pacientes crônicos com várias enfermidades que requerem acompanhamento contínuo e intenso. Neles, são discutidas de modo específico as necessidades dos cuidadores, os impactos da doença sobre a saúde do cuidador, bem como a importância de programas de intervenção psicossocial e políticas públicas para apoio destes.

De outro lado, verificamos a escassez de estudos sobre os modos de cuidar da saúde no âmbito da família, que explorem as ações efetivamente realizadas, as representações associadas a essas ações, bem como as negociações para distribuição das tarefas por seus diferentes membros.

Discussão dos resultados

Metodologias empregadas

Entendemos que a metodologia empregada pode nos revelar, entre outras coisas, como um fenômeno é apreendido pelo pesquisador e o grau de complexidade conferido ao mesmo. Ao examinar o material, a abordagem qualitativa predomina na grande maioria dos trabalhos, sendo utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados que incluem entrevistas semiestruturadas, observação participante, conversas informais, uso de

fotografias e estratégias etnográficas. A revisão ou reflexão teórica do tema aparece em textos que discutem os itinerários terapêuticos⁴ e as várias formas sociais de cuidar da saúde do idoso dependente^{7,8}. Apenas Serapioni⁹ centra a discussão sobre as políticas sociais voltadas à família e aos cuidados de saúde numa perspectiva crítica. A integração entre perspectivas qualitativa e quantitativa aparece na obra de Bronfman¹⁰, que apresenta uma sólida discussão qualitativa complementada por dados quantitativos e, com um nível ainda maior de integração, em Gerhardt¹¹, que adota claramente uma postura plurimetodológica.

Quanto aos interlocutores de campo, e independente da filiação metodológica, notamos que a maioria dos entrevistados é constituída de mulheres. Ou seja, a família é entendida a partir da perspectiva da mulher, uma vez que ela é eleita pelos pesquisadores como informante privilegiada. Desta forma, há uma exclusão – cômoda para os homens – da melhor figura masculina, muito poucas vezes questionada. As escolhas da mulher em detrimento do conjunto de interlocutores que compõem a família, por parte dos pesquisadores, reforçam tendências históricas e sociais de reproduzir a figura feminina como a principal responsável pelo cuidado da saúde no lar. Ao mesmo tempo, impossibilita a criação de espaço para dar voz a outros atores sociais que permanecem como figuras marginais.

Contrariamente, alguns estudos avançam no sentido de trazer visões mais abrangentes de família, envolvendo vários interlocutores sob forma de estudo de caso¹², estudo descritivo transversal¹³ e estudo exploratório de tipo etnográfico¹⁴.

Perspectivas teóricas

A maior parte dos artigos assume uma epistemologia compreensiva em oposição às posturas positivistas. Reconhecemos com isso que o tema “cuidados da saúde na família” envolve elementos complexos que não podem ser reduzidos a denominadores numéricos, nem entendidos a partir de uma ação analítica dentro de uma perspectiva de causalidade linear. A perspectiva compreensivista, que busca o significado simbólico e as representações ligadas à experiência de cuidados, seus sentidos e significados para as pessoas, é empregada articulada a vários tipos de abordagem teórica: construção sócio-histórica^{15,16}, interacionismo simbólico^{17,18}, materialismo histórico-dialético¹⁹, antropologia interpretativa⁴ e teoria sistêmica^{10,20}, fenomenologia e teoria bioecológica de Bronfenbrenner¹⁴, represen-

tações sociais^{21,22}. Somente um dos estudos assume uma postura mais positivista, a partir de abordagem epidemiológica²³. Outros trabalhos, independentemente de adotarem metodologia qualitativas ou quantitativas, não deixam clara a perspectiva teórica que norteia a discussão.

A discussão de aspectos afetivo-emocionais ligados às relações interpessoais aparece de modo bastante significativo na maioria dos textos, indicando o cuidado como noção que atinge várias dimensões das relações entre os seres humanos.

Conceitos de cuidado

O cuidado enquanto conceito relevante para a área da saúde surgiu da gerontologia para incluir o cuidado na família ao idoso em longo prazo; contudo, devido à sua importância, tem se difundido para diferentes domínios de atenção à saúde e gerado várias reflexões, porém, pensamos nós, ainda de modo insuficiente.

Dos textos examinados, alguns poucos trazem uma análise teórica do conceito de cuidado^{14,15,21,24,25}.

Em vários textos analisados, o conceito de cuidado utilizado não é explicitado. Dentre estes, porém, encontramos casos em que os autores discutem a noção por meio de categorias construídas a partir dos dados empíricos^{17,18,26,27}. Em Bocchi¹⁷, o cuidado é visto como a satisfação da necessidade do outro e pode ser produzido por duas modalidades distintas: incentivando o doente a recuperar sua autonomia; nesse caso, as atitudes de incentivo à autonomia e facilitação da participação do doente nas decisões, reconhecendo-o como sujeito de sua saúde, propiciam um melhor restabelecimento e um maior nível de autonomia para ambos, cuidador e pessoa cuidada. Ou o cuidado pode apresentar-se na modalidade não estimulando a autonomia do doente, através de atitudes de superproteção que dificultam o processo de reabilitação. O aspecto interacional do cuidado se evidencia e essa é uma adição importante, no fato dessas duas modalidades funcionarem de modo interdependente e condicionado pelo nível de reabilitação alcançada pelo paciente.

Em vários textos^{9,16,19,26,27}, o cuidado é tomado na acepção do senso comum, sem delimitação precisa de seu significado. Os dois últimos trabalhos mostram a dificuldade da família, sobretudo da mulher, de cuidar ou conter o doente mental. Ressaltam as contradições da implementação da reforma psiquiátrica que simplesmente devolve o paciente para seu lar, transferindo,

quase sempre, para a figura feminina, que já tem incontáveis atribuições domésticas, a tarefa de resolver problemas de subsistência e de atenção específica, antes ofertada por instituições.

Serapioni⁹ classifica os cuidados em saúde em formal e informal, incluindo nesses últimos os desenvolvidos pela família e pela comunidade. Dá ênfase ao cuidado comunitário, responsabilizando o mundo microssocial juntamente com o Estado.

Dentre os textos em que observamos mais claramente a discussão do conceito de cuidado, identificamos quatro propostas distintas e complementares. A primeira proposta apresenta um conceito existencial que abarca várias áreas da vida, como proposto em Boff²⁸. Aí encontramos estudos que entendem o cuidado como pertencendo à essência da humanidade, permitindo a sobrevivência física e abrangendo aspectos psicológicos, como afetos e sentimentos de confiança, conforto e segurança^{14,21}. Estes últimos retomam a proposta de Ayres, definindo cuidado num contexto em que cuidar ultrapassa ações técnicas e implica em compartilhar projetos de vida, processo que toma corpo através de uma preocupação legítima pelo outro. Já Azevedo²¹ retoma o significado etimológico da palavra “cuidado”, derivada do latim *cura*, cuja forma antiga *coera* era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando atitudes de cuidado, devoção, preocupação e, também, inquietação sobre o objeto amado/estimado. Inclui desse modo dois sentidos interrelacionados: (1) atitude de atenção e devoção e (2) preocupação, pois o cuidador sente-se emocionalmente envolvido com o objeto cuidado e sofre por este. Assim, o sentido original da palavra já traz em si elementos em contradição e conflito que sintetizam tensões, ao que nos parece, sempre presentes em qualquer relação de cuidado.

A segunda proposta dá ênfase aos cuidados físicos e materiais ligados aos que são oferecidos pelos serviços de saúde em seu sentido técnico. Aí encontramos vários autores que assinalam, igualmente, a existência do provimento da atenção doméstica com a saúde^{11,23,26,29,30}. Também Cecagno *et al.*¹² ressaltam o papel cuidador da família que mobiliza seus recursos concomitantemente aos cuidados técnicos dos profissionais de saúde. Atuam tanto na promoção e prevenção quanto na recuperação da saúde de seus membros: [...] **existe um verdadeiro processo de cuidado em grupo em que a observação e o cuidado das condições de saúde de cada integrante se fazem presentes, identificação de alterações no estado de**

saúde, tomada de decisões e solicitação de ajuda quando necessário e [...] o cuidado dispensado envolve ações de promoção, de prevenção e de recuperação do estado da doença, que são baseados em experiências anteriores, na cultura, nas crenças, nos valores e nas interações com a equipe de saúde.

A terceira proposta enfatiza os aspectos afetivos e relacionais e define cuidados como “função materna”, como paradigma do cuidar, no sentido de inclinar-se reverentemente para o outro, escutá-lo, compreendê-lo e ajudá-lo. A qualidade da relação é dada pela conjunção entre a substância oferecida no cuidado e o poder derivado da relação com a pessoa que o administra na acepção terapêutica e educativa³¹. Nesse sentido, a mãe desempenha mais que funções de cuidado físico, pois seu papel funciona como uma “película protetora” contra excitações intensas e desconhecidas do bebê – ou dos doentes ou dependentes – provendo proteção e segurança. As experiências de cuidado providas pela mãe servem de matriz afetiva e modelo relacional para todos os relacionamentos e em experiências futuras.

Nos cuidados de saúde, há uma valorização do tempo e do carinho nas interações entre os sujeitos. O cuidado no cotidiano implica um “tempo longo de permanência e afetividade ao invés de rapidez e técnica”³². Discordamos da autora quando diz que isso indicaria uma “superação por parte da população, da incorporação do modelo biomédico tecnicista”; a nosso ver, seria mais a expressão de um comportamento adaptado ao contexto da vida familiar, em que o cuidado acontece, envolvendo definição de trocas e vínculos afetivos. Concordamos, porém, quando afirma que estes mesmos elementos são utilizados pelas pessoas como critérios para avaliar o atendimento nos serviços de saúde, momento no qual o cuidado familiar-afetivo e profissional-técnico se aproximam e entrelaçam no mundo subjetivo dos sujeitos. Confirmando isso, Silva e Tonete²² afirmam que o cuidado envolve compreensão de aspectos relacionais e afetivos, seja no serviço, seja na família.

Finalmente, um quarto grupo de autores assume uma concepção de saúde integral que envolve corpo, ambiente, psiquismo e relações sociais, integrando fatores biológicos e materiais com aspectos mais psicossociais. Vemos isso em vários estudos que propõem uma definição ampla de cuidados da saúde, incluindo a perspectiva psicossocial e antropológica^{15,25,33,34}. Lyra *et al.*¹⁵ argumentam que [...] **esse conceito também está associado a diversas formas de prestação de serviços, como o trabalho em hospitais, creches, escolas e afa-**

zeres domésticos, como também a sentimentos de empatia, carinho, compaixão, etc. Desse modo, cuidar tanto pode ser uma característica fundamental na execução de determinados trabalhos, ficando vinculado à questão salarial, como uma disponibilidade para o outro, que independe do assalariamento. Exemplificam com o comportamento e as atitudes das mulheres nas famílias.

Silva²⁵ vai além, postulando que o cuidado na família deve ser visto como parte do processo de atenção à saúde e como tal merece mais atenção, desenvolvimento teórico e novas investigações. Os sistemas de saúde criados para apresentar respostas diagnósticas e terapêuticas às enfermidades envolvem a medicina biomédica, as medicinas alternativas, o cuidado na família e a autoatenção. A autora defende a tese de que a autoatenção e o cuidado familiar preservam as condições de saúde do doente, bem como facilitam a reconstrução identitária marcada pelo processo de adoecer. O cuidado seria assim uma resposta que envolve a atenção à doença e atenção ao doente. O cuidado como autoatenção se apresenta como “ação dirigida a assegurar a reprodução biológica e social de um enfermo crônico”, incluindo o nível individual, familiar de rede e comunitário.

Como a cultura aparece na definição dos cuidados em saúde

Padrões culturais definem não somente o que é saúde, mas também o que é cuidado adequado de saúde, formatando sentidos e condutas. Todo um conjunto de produções na área de antropologia da saúde indica com argumentos bastante fortes a necessidade de se conhecer as representações, valores e lógicas presentes nas práticas cotidianas, construídas pelas e nas interações sociais³⁵⁻³⁸. Isso é fundamental para que se entenda o modo como os grupos e pessoas reagem e organizam fazeres diante desse fenômeno complexo, unitário, porém tripartite, que é a saúde/doença/cuidado³⁹. O cuidado à saúde, como prática social, se insere nesse conjunto de elementos de um modo específico, uma vez que através dele se dá corpo às representações que atuam na construção do mundo concreto e são construídas a partir daí.

Em trabalho clássico na área, Kleinman⁴⁰ explora as fronteiras entre antropologia, medicina e psiquiatria e identifica três formas de cuidar da saúde nas sociedades complexas: cuidados informais que se referem ao autotratamento e medicalização, obtenção de conselhos com amigos ou

parentes – tendo na família seu principal agente e em intensa interação com a cultura do grupo. Nesta esfera, os sistemas de crenças sobre o corpo, origem e natureza das doenças, tratamento e prevenção atuam com muito vigor. O segundo são os cuidados formais ou profissionais, oferecidos pelos diversos serviços de saúde; e, por fim, os cuidados populares ou tradicionais expressos em práticas de curadores religiosos.

Em um número bastante significativo de trabalhos examinados, cerca de treze, a discussão sobre a cultura está ausente, não sendo, portanto, tomada como elemento relevante para a descrição e análise dos dados apresentados. Dois dos estudos indicam a necessidade de discussão da cultura, porém não a realizam^{25,32}. Outros a citam de passagem sob forma de crenças religiosas que subjazem a conceitos causais do sofrimento e que norteiam as práticas dos cuidadores familiares e dão sentido simbólico ao processo de adoecimento sem, no entanto, problematizar o tema^{16,18,21,22,27,33}. Estes últimos apontam a importância do contexto familiar e da construção e reconstrução da cultura operada na família, porém não dizem em que consiste essa preocupação.

Nos vários estudos que destacam a alta relevância da compreensão da “cultura do cuidar”, observamos heterogeneidade quanto a conceitos e dimensões analisadas. Os vários elementos simbólicos que habitam o mundo dos valores, normas e crenças são também tomados como conhecimentos que estruturam a percepção e induzem os comportamentos³².

A cultura opera de tal modo que os elementos cristalizados por ela passam a ser vividos de modo “natural”, como se tudo tivesse sido sempre assim, de modo que os ensinamentos incorporados dispensam questionamentos e explicações. Acioi⁴¹ refere que as práticas de cuidado de saúde são regidas por uma convenção tácita, ou seja, as coisas não precisam ser ditas. Assim sendo, existem códigos a decifrar, para que se entendam as formas de pensar, sentir e fazer das pessoas.

A cultura, enquanto elemento integrador, une fenômenos que se apresentam em vários níveis: individual, social e histórico, sendo, conforme esclarecem Oliveira e Bastos³⁴, uma “[...] intersecção de trajetórias e transições no desenvolvimento de indivíduos e famílias com o mundo mais amplo das mudanças sócio-históricas”.

Esses autores ressaltam em suas reflexões que as famílias e as pessoas com as quais se relacionam constroem e negociam significados para a provisão de cuidados. Sentidos culturais, coletivos e pessoais interagem para resultar em uma

determinada forma de cuidar de si e de outros. Essas relações entre aspectos culturais e coletivos são dialéticas, uma vez que famílias atuam como reprodutoras da ordem social e, ao mesmo tempo, nelas emergem aspectos individuais e relacionais inovadores, integrando a atuação criativa do indivíduo e sua forma de traduzir o que percebe do meio social/material¹¹. Da mesma forma, o cuidado transforma quem é cuidado, e quem cuida também se desenvolve e se modifica ao cuidar, tendo oportunidades de autodesenvolvimento e gratificação pessoal^{14,27}.

A família ganha destaque ao ser indicada como a microestrutura de maior peso para compreensão de representações e práticas relativas ao processo de saúde/doença/cuidado⁴. A família “[...] na nossa cultura, [...] é uma unidade de ‘cuidado de saúde popular’. Tem seu próprio ponto de vista sobre o processo saúde/doença, sobre suas próprias atitudes e sobre o modo de cuidar”¹².

Nessa discussão, repetidamente os autores são unânimes em apontar a mulher como a figura que, na história e na cultura, no Brasil e no mundo, tem incorporado funções de cuidar dos seus. Na maioria dos estudos, o pressuposto do cuidado feminino é tomado como um dado sem preocupação com maiores questionamentos e discussão das implicações dessa relação. Diferentemente da maioria dos autores, porém, Karsch⁸ indica de um maneira crítica o fato de que a figura da mulher-cuidadora tem tido pouca visibilidade social em suas relações com o campo da saúde. Porém, esse autor não chega a desenvolver seu questionamento.

Como são consideradas as diferenciações de classe

O cuidado, em suas diversas formas, varia dentro das diferentes classes sociais (modos de vida, renda, escolaridade). O nível de conhecimento sobre os processos evolutivos do homem e sobre os mecanismos das doenças, da mesma forma, deve ser considerado dentro do quadro de referência dado pela classe social.

Dos trabalhos investigados, vários não mencionam a questão da classe social^{4,9,16,18,19,25,42}. Outros falam de passagem, sem considerar a especificidade que pode existir do cuidar marcado por condições sociais diferenciadas^{8,12,21,26,33}. Uma parte dos textos apresenta discussões, demarcando indicadores como renda, educação e ocupação.

A maioria das pesquisas publicadas diz respeito aos participantes de classe popular, como vemos em Gerhardt¹¹, que descreve as condições

materiais e sociais das famílias pobres e relaciona aspectos macrosociais com práticas de busca de cuidados médicos nos serviços.

Muitos dos estudos que referem concepções de classe social não a incorporam como categoria analítica na discussão dos dados. Nesses casos, a questão da classe aparece somente de modo a caracterizar o grupo de participantes. É o que vemos em Silva e Tonete²², Caldas⁷ e Martin e Angelo²⁶, em que a classe é mencionada, porém não utilizada como conceito analítico. Na mesma linha estão os trabalhos que descrevem condições de risco pessoal e social de populações empobrecidas que teriam limitadas condições de responder adequadamente aos desafios de manter a saúde e oferecer cuidados adequados. Em Caldas⁷, é apontado que muitas famílias pobres têm o idoso e sua pensão como única fonte de sustento da família toda. De modo que cuidar do idoso pode significar ter sua pensão como única alternativa de renda para a família toda.

Encontramos duas pesquisas que de fato aprofundam a análise de classe social. Bronfman¹⁰ apresenta uma densa discussão da questão por meio da apresentação de aspectos socioeconômicos, quantitativa e qualitativamente. Também Oliveira e Bastos³⁴ abordam a influência da classe social a partir do próprio desenho da metodologia, comparando dois grupos de diferentes condições sociais e econômicas e estruturas familiares. A partir desse recorte, discutem aspectos culturais da noção de causalidade das doenças, indicando que os mais pobres atribuem a fatores ambientais, enquanto os de classe média tendem a interpretar a ocorrência de doenças em função de fatores psicológicos, o que nos pareceu bastante simplificador. Em 1989, Minayo⁴³ já apresentava estudos mostrando que a etiologia das doenças concebida pelas classes populares brasileiras é complexa e coerente. Também em relação ao manejo das doenças, os pobres utilizam as prescrições médicas de modo adaptado, mesclando-o com o conhecimento popular, enquanto a classe média tende a assumir a proposta da medicina biomédica e segue as prescrições médicas com maior rigor. Oliveira e Bastos³⁴ encontraram ainda que o uso dos serviços também se mostra de modo diferencial. A mãe pobre usa o sistema só para os filhos, cuidando de si com a automedicação. Já a mãe de classe média usa o sistema para os filhos e para si. Para cuidar dos filhos, a mãe pobre recorre ao sistema para curar, já a mãe de classe média usa o sistema de modo mais preventivo. Porém evidenciam que, independentemente da camada so-

cial, a mãe não só cuida como se mostra competente ao cuidar.

A capacidade de cuidar da saúde dos filhos pequenos é variável mediada por fatores sociais permeados pelas condições de vida. Carvalhaes e Benício²³ discutem os aspectos sociais juntamente com outros elementos, apontando os seguintes fatores de risco à desnutrição infantil: estrutura familiar com a falta do companheiro, internação materna durante a gravidez, precária saúde mental materna, estresse familiar, baixa escolaridade materna, mães desempregadas e a idade da criança quando do retorno da mãe ao trabalho.

Redes de apoio e de cuidados

A consideração das redes sociais de apoio como elemento importante no provimento de cuidados da saúde aparece em um número expressivo de estudos^{4,8-12,23,34}.

Sua importância é afirmada pelo fato de entender-se que a família quando cuida não o faz sozinha, mas amparada por uma rede de relações sociais espontâneas e mobilizadora de recursos que estão além das circunstâncias imediatas e servem de apoio em momentos de necessidade e de crise. A rede é considerada, portanto, como um valioso recurso e como a principal fonte de ajuda, principalmente pela família pobre. As redes constituem o contexto social em que o apoio fornecido é mútuo em situações em que os necessitados alternam favores e ajudas e verdadeiras redes de reciprocidade.

Quando essa rede de relações está extremamente restringida, ou é inexistente, as consequências são bastante graves, especialmente em grupos de classe popular, em que os outros recursos são exíguos, como mostra fortemente o estudo de Bronfman¹⁰. Caldas⁷ e Silveira *et al.*²⁷ discutem que, por causa da carência de redes formais de suporte ao idoso, as redes informais se tornam vitais. Também para o paciente psiquiátrico, muitas vezes os recursos informais complementam serviços deficitários e a igreja se torna um importante grupo de suporte para família e doente¹⁶.

Serapioni⁹ aborda e dá importância às redes solidárias de ajuda dentro da família extensa, fortalecida por vizinhos e amigos. Lembra, no entanto, que a solidariedade muitas vezes não está na “comunidade” como um todo abstrato, mas sim na ajuda específica de parentes, vizinhos e amigos.

Embora a importância das redes seja incontestável, é preciso que se diga que, se de um lado a relação entre as pessoas na trama das redes sociais se constitui em valioso recurso protetor em

tempos de crise, de outro pode também significar conflitos e tensões na medida em que esse contato implica controle social e confrontação com estigmas e preconceitos vigentes no grupo que acompanham muitas enfermidades, como é o caso dos portadores de aids e sofrimentos psíquicos^{13,16,19}.

Integração da perspectiva de gênero

A maioria dos estudos abrange as relações entre homem e mulher como elemento organizador fundamental das interações familiares. Mas, na maioria deles, não há uma concepção muito clara de gênero e nem o movimento de construção social do masculino e do feminino. Uma vez que muitos autores não explicitam a concepção de gênero, essa é pressuposta em sua forma mais elementar, confirmando e reafirmando os papéis tradicionais de homem e mulher. Um grupo de trabalhos sequer menciona relações de gênero no interior da família^{12,16,20,21,42}.

Ao discutir cuidados da saúde no âmbito da família, a figura da mulher-mãe como principal cuidadora aparece quase como um consenso. Vários autores ressaltam que o cuidado pela mulher é um fenômeno mundial. Esposas e filhas são as cuidadoras mais frequentes. Noras e irmãs são as menos frequentes⁸.

Isso significa que cuidado é quase sinônimo de mulher. Os trabalhos pouco exploram os cuidados oferecidos por outros membros. Silva²⁵ e Leite e Vasconcelos⁴ destacam o papel das mães nas doenças infantis. Mães e avós cuidam de crianças e de outras mulheres, enquanto as esposas e filhas cuidam dos idosos.

Há um pressuposto dos gestores públicos de que em cada lar há condições de estabilidade e disponibilidade das mulheres cuidarem de doentes crônicos e idosos, o que nem sempre é verdade^{8,9}. Nesse sentido, se recomenda que se investiguem as condições ligadas à estrutura familiar na sociedade e na cultura em que os cuidados devem ser produzidos, tomando em conta que os principais fatores ligados ao cuidador do idoso dependente são as relações de parentesco (cônjuge), as relações de gênero (mulher), a proximidade física (mora junto) e a proximidade afetiva (esposa, mãe e filha).

A situação da mulher se agrava no caso do cuidado dos idosos doentes quando se observa que a maioria das cuidadoras realiza essa atividade sozinha e, muitas vezes, são pessoas também idosas, geralmente com mais de cinquenta ou sessenta anos que ainda possuem relativa independência^{7,8}.

Martin e Angelo^{26,33}, mostrando a centralidade da figura feminina no cuidado, esclarecem que os cuidados envolvem várias ações desenvolvidas no cotidiano, como verificar alimentação, sono e outras condições psicológicas dos membros da família. No entanto, mostram que a capacidade feminina de cuidar de filhos adolescentes está na dependência de uma função de apoio a ser exercida pelos companheiros e pais. Referem-se ainda à clássica figura do “pai ausente”, mostrando que, quando a função paterna está ausente, a mulher exerce sua autoridade de modo frágil e precário.

A relação mulher-cuidado assume uma naturalidade exatamente por se tratar de fazeres pertencentes à esfera dos trabalhos domésticos⁷. Acio-li⁴¹ esclarece dizendo que “O espaço cotidiano se apresenta como o mundo da intimidade da confiança, da familiaridade”, onde as práticas são naturalizadas como sendo de atribuição feminina.

A participação relativa da figura feminina é adaptada em famílias matrifocais nas quais a liderança e o cuidado dos filhos costumam ser compartilhados entre a mãe e os irmãos mais velhos³³.

Mulheres, através de suas habilidades comunicativas, culturalmente desenvolveram redes de contato e apoio mútuo, o que lhes possibilita cuidar com mais eficiência. Mobilizam apoio através de grupos religiosos e outros espaços sociais, como as relações com vizinhanças e comércio local⁴¹.

No contexto da reforma psiquiátrica no Brasil, Gonçalves e Sena¹⁹ enaltecem a importância do papel social da mulher cuidadora, uma vez que frequentemente cabe a ela o acompanhamento e cuidado do portador de sofrimento mental desinstitucionalizado. No entanto, a posição dos autores reifica o lugar da mulher, não problematizando sua função social e não abrindo espaço para o questionamento do peso que recai sobre ela.

Diferentemente da posição dos autores citados, Lyra *et al.*¹⁵ fazem uma forte discussão de gênero, apresentando propostas inovadoras e de mudança das mentalidades e fazeres de homens e mulheres, de modo que os cuidados sejam incorporados na vivência familiar de ambos.

Considerando o tempo do ciclo vital da família, Caldas⁷ mostra as relações entre estrutura familiar e cuidado quando afirma que quem cuida no domicílio unigeracional é a esposa. Já no domicílio multigeracional, a filha tem uma função importante. Mas a figura cuidadora é sempre a mulher.

Se de um lado o contexto sociocultural aponta a mulher como cuidadora por excelência, de

outro as próprias mulheres se autodefinem como cuidadoras, vendo-se na posição de responsabilidade pelos cuidados da família. Presas a essa função, não se permitem sequer adoecer, pois “[...] quem cuida não pode ficar doente”³². Porém, a capacidade de cuidar depende de uma série de habilidades e capacidades ligadas à escolarização, ao estado de saúde física e mental, à autoconfiança e à autonomia²³.

A centralidade da mulher enquanto representante dos cuidados na família traz consequências paradoxais. Ao focar na figura feminina, os autores ratificam a cultura tradicional. É como se eles próprios se acomodassem em retirar dela sua liberdade de escolha. Desta forma, precisamos lembrar que a centralidade conferida à mulher tem importantes implicações políticas, pois traz consigo (a) a justificação social da ausência e da desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados com a saúde e (b) o aprisionamento da mulher em suas atividades tradicionais, o que é uma forma de permanência da opressão feminina e seu enclausuramento na cena doméstica.

Garcia *et al.*²⁴ vão além e, de forma crítica, dizem que “cuidar se escreve em feminino”, pois gênero, convivência e parentesco são as variáveis determinantes de quem será o cuidador na família. Denuncia o espaço dos cuidados familiares como um espaço social em que se produzem dois tipos e desigualdades: (1) desigualdade de gênero, pois “[...] o cuidado da saúde das pessoas que necessitam é ‘coisa de mulher’”. Mulheres são as principais cuidadoras, assumem tarefas mais pesadas e exigentes, por mais tempo com alto custo em termos de saúde, qualidade de vida, acesso ao emprego, desenvolvimento profissional, relações sociais, disponibilidade do próprio tempo e repercussões econômicas várias; e (2) desigualdade de classe, a desigualdade na capacidade de escolha e acesso a recursos e serviços de acordo com nível socioeconômico e educativo, pois não é qualquer mulher que cuida, é a mulher sem educação formal, desempregada, pobre, sem ajuda extra.

Ademais, como destaca Santolaria *et al.*⁴⁴, ***Mulheres cobrem a escassez de serviços públicos destinados ao cuidado das crianças e dos idosos ou dependentes e realizam o trabalho de cuidadoras informais sem o reconhecimento social, o qual as impede de ter acesso a um posto de trabalho ou sua manutenção e limita de forma decisiva as possibilidades de desenvolvimento e progresso profissional.***

A partir dessas considerações, vemos como os conceitos de cultura, classe, redes e gênero se interpenetram e contribuem para configurar o

espaço social dos cuidados familiares. Entendemos os cuidados familiares como uma realidade que não pode ser mistificada, como o ambiente do acolhimento paradisíaco e livre de conflitos, panacéia de poderes e possibilidades, com pouca reflexão sobre seu lugar dentro dos sistemas sociais e de saúde, como aponta Silva²⁵; nem subestimado ou excluído, como se não houvesse nada a contribuir para a atenção à saúde das pessoas.

Conclusão

A problematização do tema cuidados em saúde na família merece mais atenção na literatura acadêmica e no campo das discussões em saúde pública. Os estudos específicos são bastante escassos e insuficientes para entendermos as diferentes formas de cuidar de grupos peculiares, especialmente num país como o nosso, que abarca grande diversidade e combinação de processos culturais.

Como pudemos constatar, o que mais falta nas pesquisas publicadas às quais tivemos acesso é um rigor conceitual quanto aos temas que compõem o campo semântico que trata dos cuidados no seio da família. A maioria dos traba-

lhos ou desconhece ou focaliza de forma naturalizada e acrítica, tanto as questões de classe como as de gênero, o que seria imprescindível, tendo em vista a força das condições materiais e culturais nas situações de vida e nos estilos de cuidar e prover cuidados.

Assumimos também como necessário problematizar a concepção de que a família tem que cuidar a qualquer preço, bem como desafiar a associação acrítica, naturalizada e essencializada entre mulher e cuidado, presente nos estudos, para fazer frente aos efeitos adversos dessa parceria histórica, porém danosa às mulheres. Pensamos em fazê-lo, não para diminuir a contribuição da mulher, mas para compartilhá-la com outros membros da família.

Por isso, entendemos como de essencial importância pensar em cuidados da saúde na família a partir de dois movimentos contrários. O primeiro, que consiste em diminuir o foco da família como entidade abstrata para concentrá-lo na participação das mulheres e homens enquanto agentes concretos, e o segundo, que aumenta o foco para abarcar as parcerias femininas e masculinas nas redes de relações tecidas, incluindo a comunidade.

Colaboradores

DMD Gutierrez e MCS Minayo participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

- Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho MCB, organizadora. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 15-22.
- Bilac ED. Família: algumas inquietações. In: Carvalho MCB, organizadora. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 29-38.
- Carta de Ottawa. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
- Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** 2006; 13(1):113-128.
- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 83-107.
- Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saude Publica** 2003; 19(3):773-781.
- Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad Saude Publica** 2003; 19(3):861-866.
- Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Cien Saude Colet** [periódico na Internet] 2005 [acessado 2006 out 04];10:[cerca de 11 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500025&lng=en&nrm=iso
- Bronfman MNP. **Multimortalidade e estrutura familiar – Um estudo qualitativo das mortes infantis nas famílias** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
- Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saude Publica** 2006; 22(11):2449-2463.
- Cecagno S, Souza MD, Jardim VMR. Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences** 2004; 26(1):107-112.
- Cazenave GA, Ferrer SGX, Castro BS, Cuevas S. Health decision making in AIDS family caregiver. **Rev. chil. infectol.** 2005; 22(1):51-57.
- Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: Um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Cien Saude Colet** 2007; 12(5):1175-1184.
- Lyra J, Leão LS, Lima DC, Targino P, Crisóstomo A, Santos B. Homens e cuidado: Uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. **Família – redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez; 2005.
- Vecchia MD, Martins STF. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia** 2006; 11(2):159-168.
- Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004; 12(1):115-121.
- Machado ALG, Freitas CHA, Jorge MSB O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev. bras enferm.** 2007; 60(5):530-534.
- Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem** 2001; 9(2):48-55.
- Melo MCB, Lorenzato FRB, Cabral-Filho JE, Melo ZM, Cardoso SO. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. **Psicologia em Estudo** 2005; 10(3):413-419.
- Azevedo GR, Santos VLGC. Cuidador (D) eficiente: As representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006; 14(5):770-780.
- Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: Compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006; 14(2):199-206.
- Carvalhoes MABL, Benício MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Rev. Saude Publica** 2002; 36(2):188-197.
- Garcia-Calvente MM, Mateo-Rodriguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. **Gac Sanit** 2004; 18(Supl.1):132-139.
- Silva LR. El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: Un sistema de autoatención. **Cad Saude Publica** 2004; 20(2):618-625.
- Martin VB, Angelo M. Organização Familiar para o Cuidado dos Filhos: Percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev Latino-am Enfermagem** 1999; 7(4):89-95.
- Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad Saude Publica** 2006; 22(8):1629-1638.
- Boff L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Rodrigues MR, Almeida RT. O papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio - um estudo de caso. **Acta Paulista de Enfermagem** 2005; 18(1):20-24.
- Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VL. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm** 2007; 16(1):63-70.
- Volich RM. O cuidado e o sonhar: Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. [acessado 2007 Mar 07]. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/gruposvirtuais/volich_rubens-o_cuidar_e_o_sonhar.shtml
- Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ/ABRASCO; 2006.
- Martin VB, Angelo M. O significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. **Rev Latino-am Enfermagem** 1998; 6(5):45-51.

34. Oliveira MLS, Bastos ACS. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: Um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [periódico na Internet] 2000 [acessado 2006 out 04];13(1):[cerca de 11p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=iso
35. Queiroz MS, Canesqui AM. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. *Rev. Saude Publica* 1986; 20(2):152-164.
36. Caprara A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde – doença. *Cad Saude Publica* 2003; 19(4):923-931.
37. Alves PC. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cad Saude Publica* 1993; 9(3):263-271.
38. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença significações e perspectivas em mudança. [acessado 2006 jul 5]. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm
39. Oliveira FJA. Concepções de doença: O que os serviços de saúde têm a ver com isso? In: Duarte LFD, Leal OF, organizadores. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
40. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press; 1980.
41. Acioli S. Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001.
42. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2006; 40(4):493-500.
43. Minayo MCS. Saúde e doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saude Publica* 1989; 4(4):363-381.
44. Santolaria E, Fernandez A, Daponte A. The productive sector. *Gac Sanit* 2004; 18(Suppl. 1):24-30.

Artigo apresentado em 03/09/2007

Aprovado em 14/12/2007