

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE FEIRANTES DIANTE DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DOS FAMILIARES

THERAPEUTIC ITINERARIES OF MARKET TRADERS TO THE NEEDS OF FAMILIES HEALTH

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LOS FERIANTES ANTE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LOS FAMILIARES

Paulo Roberto Lima Falcão do Vale¹
Tamires Pereira dos Santos²
Milena Nascimento Saturnino³
Maria Geralda Gomes Aguiar⁴
Evanilda Souza de Santana Carvalho⁵

O conceito de itinerários terapêuticos designa as trajetórias empreendidas pelos indivíduos na tentativa de solucionar problemas de doença, preservar e recuperar a saúde. Objetivou-se descrever os itinerários terapêuticos percorridos por feirantes diante das necessidades de saúde de seus familiares. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, realizado em 2012, mediante observação sistemática e aplicação de entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo. Os resultados mostram que, ao surgirem sinais e sintomas de adoecimento, o subsistema popular e o oficial são utilizados conjuntamente; diante do agravamento da doença buscam-se serviços de saúde da atenção secundária do sistema oficial e a rede de apoio social é acionada. Concluiu-se que prevaleceram, nos itinerários terapêuticos percorridos pelos feirantes, dois subsistemas de cuidado – o popular e o oficial –, mas a acessibilidade e a flexibilidade do subsistema de cuidado popular são aspectos favoráveis para que este seja o primeiro a ser buscado.

PALAVRAS-CHAVE: Processo saúde-doença. Medicina de família e comunidade. Saúde da família.

The concept of therapeutic itineraries designates the trajectories undertaken by individuals in the attempt to solve issues related to illness, preserve and recovering health. The objective was to describe therapeutic itineraries taken by market traders facing health needs of their families. A qualitative, explorative study performed in 2012, through systematic observation and application of semi-structured interviews. The data was submitted to content analysis. The results demonstrated that, when signs and symptoms of illness, the popular and official subsystems are jointly used, and in the deterioration of the illness secondary health services of the official system are pursued and the social support network is activated. It was concluded that two healthcare subsystems prevail in the therapeutic itineraries covered by the market traders – popular and official – but accessibility and flexibility of the popular healthcare subsystem are favorable aspects for it to be the first one to be pursued.

KEY WORDS: Health-disease process. Family practice. Family health.

¹ Residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia. Enfermeiro. Membro do Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. falcaoenfermeiro@gmail.com

² Enfermeira. Membro do Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. tamy.saantos@gmail.com

³ Enfermeira. Membro do Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado, Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. mila_saturnino@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. geaguiar@uefs.br

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. evasscarvalho@yahoo.com.br

El concepto de itinerarios terapéuticos designa las trayectorias emprendidas por los individuos en la tentativa de solucionar problemas de enfermedades, preservar y recuperar la salud. Se objetivó describir los itinerarios terapéuticos recorridos por feriantes delante de las necesidades de salud de sus familiares. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, realizado en 2012, mediante observación sistemática y aplicación de entrevista semi-estructurada. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido. Los resultados muestran que, al surgir señales y síntomas de enfermedad, el subsistema popular y el oficial son utilizados conjuntamente; delante del empeoramiento de la enfermedad buscan servicios de salud de la atención secundaria del sistema oficial y la red de apoyo social es accionada. Se concluye que prevalecieron, en los itinerarios terapéuticos recorridos por los feriantes, dos subsistemas de cuidado – el popular y el oficial – pero la accesibilidad y la flexibilidad del subsistema de cuidado popular son aspectos favorables para que este sea el primero a ser buscado.

PALABRAS-CLAVE: *Proceso salud-enfermedad. Medicina familiar y comunitaria. Salud de la familia.*

INTRODUÇÃO

Na atualidade, observa-se um crescente interesse em compreender a cultura de cuidados de grupos específicos de indivíduos, para subsidiar ações dirigidas às suas necessidades. Nesse sentido, o conceito de “itinerários terapêuticos” foi elaborado no âmbito das ciências sociais para designar as trajetórias empreendidas pelos indivíduos na tentativa de solucionar problemas de doença, preservar e recuperar a saúde. Nesse processo são mobilizados diferentes recursos, que incluem desde os cuidados caseiros e as práticas religiosas até os dispositivos biomédicos predominantes, envolvendo planos e ações que se mesclam ou se sobrepõem (CABRAL et al., 2011; PINHO; PEREIRA, 2012).

Os itinerários percorridos pelos indivíduos perpassam pelo sistema de cuidado em saúde constituído pelos subsistemas popular, *folk* e o profissional ou oficial, os quais são interligados por redes sociais e envolvem componentes subjetivos, como a inserção do indivíduo nessas redes (CABRAL et al., 2011; GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

O modelo de sistema de cuidado em saúde foi proposto por Kleinman e corresponde a uma construção social e cultural, que abrange três subsistemas interligados: o subsistema popular, que equivale ao conhecimento leigo, não especializado e não profissional, envolvendo família, comunidade, amigos e rede de apoio; o subsistema *folk*, representado pelos sujeitos que empregam meios de cura sagrados ou seculares; e o subsistema oficial, que compreende os

profissionais de saúde e os serviços organizados e regulamentados (KLEINMAN, 1980).

O subsistema popular e o oficial são buscados nas primeiras tentativas de resolução dos problemas de saúde, devido aos conhecimentos, experiências e costumes da rede familiar. Faz parte das prerrogativas dessa rede diferenciar se é uma “doença de médico” ou “doença espiritual” e logo após discernir qual agência de cura deverá acionar, se a farmácia ou as casas de rezas, ou ambas (TRAD et al., 2010)

Durante a realização da pesquisa “Práticas de Cuidados no Cotidiano de Feirantes em Feira de Santana” (AGUIAR et al., 2014), percebeu-se que os feirantes estabelecem formas de cuidar de si mediadas por fatores econômicos, sociais e culturais específicos e singulares relacionados ao trabalho na feira livre.

Os feirantes desenvolvem suas atividades laborais em contato direto com uma diversidade de pessoas e produtos, com uma jornada de trabalho de dez horas por dia, sem férias ou folgas semanais e, muitas vezes, em precárias condições de higiene ambiental. Essas condições de trabalho podem contribuir para agravos à sua saúde, envolvendo as relações existentes no sistema familiar e no grupo social ao qual pertencem (AGUIAR et al., 2014).

O levantamento da produção científica sobre feiras livres e feirantes, realizado em 2012 nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical

Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) com as palavras-chave “feira livre; feiras livres; feirantes, atenção à saúde de feirantes”, evidenciou uma lacuna no que tange à abordagem do processo saúde-doença e das necessidades de saúde desses trabalhadores informais. Assim, justifica-se um estudo que se debruce sobre as trajetórias desses trabalhadores informais e suas famílias em busca de cuidados à saúde.

Nesse sentido, definiu-se como objeto de investigação os itinerários terapêuticos de feirantes que atuam em uma feira livre da cidade de Feira de Santana (BA) diante das necessidades de saúde da família. Partiu-se do pressuposto de que os itinerários terapêuticos desses trabalhadores diante das necessidades de saúde de seus familiares são divergentes no que se refere ao gênero. Culturalmente, a mulher exerce a função de “cuidadora”, como resultado de uma construção social e cultural, a exemplo da educação doméstica, que a inseriu na cena dos afazeres domésticos e no cuidado à família, ao mesmo tempo em que preparou os homens para a vida na esfera pública, portanto fora do domicílio (SANTOS, 2010).

As formas como os indivíduos experenciam e buscam solucionar seus adoecimentos e de seus familiares, bem como os modos de organização da família para a prestação de cuidado interconectam-se e constituem uma rede de apoio. A rede de apoio social está sempre alojada nas práticas preventivas e terapêuticas no campo da saúde, uma vez que sinaliza para a existência de um conjunto de pessoas inseridas em um contexto no qual interagem regularmente (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Com base nessas reflexões, este estudo buscou responder à seguinte questão norteadora: Quais os itinerários terapêuticos de feirantes que atuam em uma feira livre diante das necessidades de saúde da família? O objetivo foi descrever os itinerários terapêuticos percorridos por feirantes diante das necessidades de saúde de seus familiares.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, que contempla um dos objetivos do projeto de pesquisa matriz intitulado “Práticas de Cuidado no Cotidiano de Feirantes em Feira de Santana – BA”, na abordagem qualitativa, pois se configura como uma investigação de um fenômeno social, no qual estão envolvidos valores, crenças, costumes e práticas de cuidado, aspectos construídos culturalmente e capazes de definir os modos de resolução de um adoecimento na rede familiar.

A pesquisa foi realizada em 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o protocolo n. 190/11 (CAAE 0187.0.059.000-11), respeitando as recomendações da Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os feirantes foram convidados a participar do estudo em um momento no qual se apresentou o tema e o objetivo da pesquisa e foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicitando riscos e benefícios, além de participação voluntária, assegurando-se a confidencialidade e o anonimato, por meio do uso de pseudônimos escolhidos pelos próprios depoentes.

Participaram dez feirantes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser adulto, atuarem em uma das feiras livres da cidade de Feira de Santana (BA), em qualquer um dos turnos. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: ser comerciante atacadista e menor de 18 anos.

A feira livre, situada na região norte da cidade às margens da BR-116 Norte, constituiu-se campo empírico do estudo. Conta com um quantitativo de 900 feirantes cadastrados, funciona em dois galpões de alvenaria, nos quais se encontram boxes onde são comercializados gêneros alimentícios e outros produtos para a população dos bairros circunvizinhos, além de espaços para a satisfação de necessidades de hidratação e eliminação. Percebeu-se que a feira é um espaço dinâmico, onde o movimento dos fregueses é

dependente de variáveis, como o dia da semana, o horário, o clima, entre outros.

Dentre os dez participantes do estudo, cinco eram homens e cinco eram mulheres, com idades entre 39 e 59 anos, baixa escolaridade, embora quatro deles tivessem mais de nove anos de estudo. Nove participantes eram casados e um solteiro; oito se declararam católicos, um evangélico e um referiu não ter religião definida. Eram procedentes de Feira de Santana e outras cidades do estado, além de Alagoas, Pernambuco e São Paulo.

Todos referiram a atividade na feira livre como única ocupação. O tempo de atuação nessa atividade variou entre 2 e 40 anos. Nove dos participantes relataram que residiam com mais duas ou três pessoas e um referiu que vivia com mais seis pessoas. A renda familiar considerada abarcou os ganhos obtidos por todos os membros economicamente ativos, variando de um a dez salários mínimos.

Para a produção dos dados empíricos foram realizadas observação sistemática com registros em diário de campo e entrevistas do tipo semiestruturadas conduzidas por um dos pesquisadores, tendo lugar nas próprias barracas e boxes no final do expediente, por ser considerado um momento de pouco movimento pelos feirantes, o que assegurou a privacidade. Tomou-se por referência, para a finalização das entrevistas, o critério de saturação teórica, com base na avaliação de que os dados obtidos apresentavam certa redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Os relatos foram gravados e transcritos, em seguida submetidos à técnica de análise de conteúdo, seguindo-se três fases, como orienta Bardin (2011): pré-análise, momento em que foram escolhidos os documentos a serem analisados; exploração do material, que consistiu na classificação dos dados; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os resultados foram organizados em categorias seguidos de inferência e discussão fundamentada nos estudos sobre itinerários terapêuticos.

Da análise dos dados emergiram três categorias: Experiência de adoecimento de um familiar;

O cuidado oferecido face ao adoecimento de um familiar; e Itinerários Terapêuticos de feirantes.

RESULTADOS

As categorias apreendidas trazem elementos sobre as percepções dos feirantes em torno das alterações de saúde de um familiar, as quais orientam suas escolhas terapêuticas pelos subsistemas de saúde, o que permitiu descrever os itinerários percorridos.

Experiência de adoecimento de um familiar

Esta categoria evidenciou que o enfrentamento das alterações que envolveram o processo saúde-doença de um dos entes da família e exigiram medidas específicas requereu a articulação da rede sociofamiliar para a oferta de cuidado. Foram descritas situações de adoecimento por virose, alergia, crise hipertensiva, apendicite, dengue e infecção urinária, nas quais o subsistema popular e o oficial foram buscados de forma concomitante, isolada ou sequenciada.

Os participantes relataram situações de adoecimento na rede familiar envolvendo diversos membros, como filho, neto, marido e esposa. Ao perceberem que um familiar está adoecendo, os feirantes tornam-se mais observadores em relação às alterações físicas, sendo capazes de identificar os sinais e sintomas clássicos de uma virose, por exemplo.

O relato de Luis evidencia seu entendimento em relação a aspectos do processo saúde-doença, dentre eles, a causa da patologia que permitiu chegar a “um diagnóstico empírico”, de modo que ele considerou como uma possível virose o contato com “bactérias”. “É causado mais pela poeira. Porque a gripe é causada mais pela bactéria da poeira.” (Luis).

Na experiência de Maria Dantas, a virose foi interpretada como um problema de saúde comum, pouco complexo e, para a qual, frequentemente se obtém resolubilidade por meio dos recursos provenientes do subsistema popular. No entanto, ela relata uma situação em que se

buscou resolver o padecimento decorrente da virose inicialmente no domicílio, recorrendo a remédios caseiros, mas, ao observar a persistência do problema, decidiu buscar o subsistema oficial. “Toma um chá, um chá de alho, limão, essas coisas em casa. O melhor é levar para a policlínica, porque já vai aplicando injeção, tomando soro...” (Maria Dantas).

Ainda que o uso de recursos do subsistema popular, inicialmente considerado, possa parecer mais acessível e cômodo, a fala de Maria Dantas sugere que a família procedeu a uma reinterpretação dos sintomas iniciais, ponderando então as potencialidades dos recursos ofertados pelo subsistema oficial e mesclando as escolhas.

Ao identificarem os prováveis motivos das queixas dos familiares adoecidos, os feirantes interpretam o padecimento como resultante da exposição a ambientes diversos e contaminados da feira livre e/ou outros espaços nos quais transitam. “É porque ele viaja. Trabalha muito [...] viaja. A pessoa que trabalha fora sempre acontece de pegar as bactérias que estão soltas.” (Maria Dantas).

As tentativas de explicação inicial das mudanças percebidas no processo saúde-doença de um familiar são permeadas por sentimentos de tristeza, que levam ao medo e à preocupação.

Um dos participantes, do sexo masculino, afirmou que, com a independência e a saída dos filhos de casa, aumentou sua preocupação e responsabilidade no cuidado com sua companheira. Esses sentimentos ocorrem entre cônjuges e também são vividos quando o adoecimento ocorre com as crianças, como no relato de Maria. “A gente fica triste, porque a criança pequena daquele jeito já nasce com problema de infecção urinária. A gente fica perguntando assim o porquê.”

Evidenciou-se que os feirantes vivem o processo de cuidado de um familiar adoecido com sentimentos de preocupação e responsabilização frente aos problemas de saúde e ao seu possível desfecho. É também no momento inicial da descoberta de uma alteração no processo saúde-doença que os feirantes se prontificam para participar dos cuidados. Assim, a pessoa adoecida

encontra suporte para a tomada de decisões na própria família. Além disso, são fortalecidas as relações interpessoais pela participação em redes de apoio.

O cuidado oferecido face ao adoecimento de um familiar

A categoria evidenciou que a mulher feirante é a pessoa que acompanha o familiar em situação de adoecimento, prestando cuidados desde o momento em que são percebidos os primeiros sinais e sintomas até o estabelecimento do tratamento e reabilitação da saúde. A mulher assume os cuidados de seu ente, apesar da extensa carga horária de trabalho na feira livre somada às atividades domésticas.

Salienta-se que essa mulher projeta uma trajetória a ser percorrida na busca por cuidados e acompanha o familiar em todo o trânsito pelos subsistemas; comunica a situação aos demais membros da família; assume a vigilância do comportamento do adoecido, visando assegurar a adesão ao tratamento; produz chás e alimentos, além de promover ações educativas.

Merece destaque o protagonismo das avós no cuidado às crianças em situação de adoecimento, em especial, os recém-nascidos. Na situação relatada por Maria, foi a avó materna quem percebeu os sinais e sintomas do neto, propondo os recursos a serem buscados, e a avó paterna levantou uma suspeita quanto ao diagnóstico e o acompanhou até a chegada ao hospital. “[...] a mãe da criança foi junto também, não saiu de perto quando eu vim para casa e a mãe ficou lá ainda.” (Maria). “Quem primeiro percebeu foi a outra avó, porque ele saiu do hospital e foi para a casa da outra avó.” (Maria).

Para viabilizar tais ações, as mulheres, seja na condição de avó, mãe, irmã, tia, sobrinha, filha ou companheira, fazem revezamento para acompanhar o familiar.

A participação dos homens no itinerário terapêutico do familiar relaciona-se ao cuidado indireto. Nessas trajetórias, cabe aos homens, principalmente ao pai, transportar os membros da família até os serviços de saúde e comprar os

medicamentos prescritos na farmácia. Os feirantes justificam a não participação do homem em outras ações e momentos do processo de cuidar em razão de se encontrar imbuído de garantir o sustento da família. “A mãe dele [é quem cuida] porque o pai está direto no trabalho, mas, quando chega, vai direto comprar o remédio. Meu papel é conduzir até a policlínica, que a gente bota no carro e vai conduzir até o posto, para que faça o diagnóstico.” (Carlos Augusto).

Nas situações em que o pai não está presente, a responsabilidade de transportar o membro da família que necessita de cuidado é atribuída ao avô, que assume, então, a condição de provedor, o que parece estar relacionado com a sua disponibilidade de tempo, pois geralmente está aposentado.

A mobilização da família para participar do itinerário terapêutico envolve outros membros, como filhas, tias e tios. Embora esses não atuem diretamente no processo de cuidar, mantêm-se atentos à situação de saúde do familiar adoecido, realizando visitas, procurando informações e articulando a rede de apoio, mesmo que à distância.

Itinerários Terapêuticos de feirantes

As primeiras ações de cuidado diante de uma situação de adoecimento são realizadas no domicílio com o uso de chás e automedicação. Quando os resultados com o uso de tais recursos são interpretados como insatisfatórios, os participantes ingressam no subsistema oficial por meio dos serviços de saúde mais próximos das residências.

Um dos participantes informa que a feitura de chás foi iniciada pela esposa do adoecido, após perceberem os primeiros sinais e sintomas de apendicite, utilizando-se de ervas cultivadas no domicílio. Concomitantemente, esse fez automedicação, com o uso regular de um antiinflamatório. Contudo, a não resolução do problema levou-o a suspeitar da não eficácia dos recursos utilizados e motivou-o a procurar um hospital. “Olha, dava chá, dava chá, que a gente tem muitas ervas lá, dava chá, às vezes aliviava, mas não

resolvia o problema. Aí, foi quando teve que levar para o hospital de qualquer jeito, para ver o que era que estava acontecendo.” (Hermínio).

Evidencia-se que as escolhas terapêuticas reúnem elementos dos diversos subsistemas, ora prevalecendo práticas populares, a exemplo da utilização de chás, ora os recursos terapêuticos da biomedicina, revelando-se uma interseção de saberes.

O subsistema oficial foi utilizado por todos os feirantes, evidenciando-se a policlínica como porta de entrada, buscada quando os problemas de saúde eram considerados de pouca complexidade, e para o hospital, quando considerados de maior complexidade. Nas situações em que os problemas de saúde não foram solucionados com medidas de cuidados populares e se expressavam por sinais e sintomas intensos e progressivos de dor, os participantes buscavam atendimento hospitalar. Entretanto, a trajetória de Maria é marcada por dificuldades de acesso aos serviços de saúde na busca por atenção para seu neto.

“Ele nasceu no domingo, porque foi parto cesárea e teve alta na terça-feira. Na mesma terça-feira, assim que nós chegamos em casa, nós retornamos para o médico novamente. Do hospital de onde ele nasceu retornamos para lá, só que não tinha pediatria. Aí fomos ao hospital da criança. Chegou lá é que fez o acompanhamento [...] constatou que ele estava com infecção urinária [...] retornamos e está dando medicamento e ele já está bem melhor.” (Maria).

“Aí é levar na policlínica, comprar o remédio, o medicamento e tomar.” (Luis).

Carla relata que, diante do primeiro episódio de alergia vivido por sua filha, elas procuraram a policlínica do bairro, seguindo para a farmácia, a fim de comprar o medicamento, que foi administrando conforme a prescrição médica e solucionou o padecimento. Todavia, diante da recorrência da alergia, Carla adotou a

automedicação, ao repetir a prescrição médica, por considerar que o medicamento havia sido eficaz.

“Toma por que já é de costume o remédio que ela toma. Já é passado pelo médico, sempre que atacar a alergia ela toma. Aí, às vezes, nem precisa ir ao médico. Porque, geralmente, quando acontece, ela passa. Se não melhorar em um dia ou dois, aí eu procuro um médico.” (Carla).

“Não, remédio caseiro não tem isso. Remédio caseiro, você toma assim e não passa. O certo mesmo é o médico.” (Luis).

Os participantes tecem seus comentários sobre o subsistema oficial, destacando a segurança e confiança ao observarem a eficácia do tratamento prescrito. As respostas obtidas evidenciaram que os feirantes assimilam saberes próprios do subsistema oficial, o qual oferece explicações que os fazem elaborar novas interpretações acerca do adoecimento e, conseqüentemente, ficam mais seguros quanto às suas escolhas.

Os depoentes consideraram satisfatório o cuidado recebido dos serviços de saúde oficiais, sobretudo quando o desfecho consistiu no restabelecimento da saúde. No entanto, nessa experiência, elaboraram uma diversidade de opiniões quanto à qualidade do cuidado recebido. Alguns o consideraram inadequado e demonstraram insatisfação e descrença com a qualidade da atenção prestada.

DISCUSSÃO

Os feirantes reconheceram que as experiências de adoecimento anteriores os auxiliaram na identificação e interpretação dos sinais e sintomas e de um provável diagnóstico da situação vivida por um membro da família. O diagnóstico do problema de saúde e o itinerário terapêutico a ser seguido eram construídos de acordo com as maneiras de cuidar partilhadas culturalmente e das quais tinham algum domínio, seja oriundo do próprio adoecimento, seja decorrente da participação no cuidado de um ente familiar.

Buscaram compreender a experiência de adoecimento, atribuindo uma explicação etiológica para os problemas. Uma virose, por exemplo, pôde ser entendida como uma afecção ocasionada tanto por bactérias quanto por vírus encontrados no ar. A explicação que os feirantes elaboraram parece supor uma apreensão do ambiente como lugar em que habitavam os vetores que transmitiam as patologias. Desse modo, entendiam que a doença é veiculada pelo contágio dos micróbios presentes no ambiente, os quais se alojam no corpo da pessoa adoecida (JUNGES; BARBIANI, 2013).

Além de explicar o padecimento, parte da tarefa assumida pelas famílias na etapa diagnóstica está em buscar instruir-se sobre o mal-estar que afeta a saúde de seu ente. Para que tomem a decisão de investigar o tema e elaborar um olhar mais independente daquele proposto pelos médicos, não é preciso que se trate de uma enfermidade pouco conhecida (VENTURIELLO, 2012).

A busca por subsistemas de cuidado evidencia a não existência de uma hierarquia de recursos. Por conseguinte, a medicina oficial representa uma fonte de recursos que não é acionada de forma incondicional, representando uma dentre as alternativas a serem usadas, que dependerá da interpretação dada ao padecimento quanto ao agravamento, persistência ou solução do problema. Destaca-se o acesso concomitante ou intermitente aos subsistemas de cuidado, na medida em que se alcança a resolubilidade das necessidades de saúde (VENTURIELLO, 2012).

Assim, essa busca pode ter continuidade nos dois subsistemas, caracterizando uma forma de utilização dos recursos terapêuticos na qual o subsistema popular e o oficial são utilizados conjuntamente e os recursos oferecidos são complementares, e pode ainda ocorrer o trânsito apenas em um dos subsistemas de cuidado, fazendo-se o uso de seus recursos exclusivamente.

O cuidado prestado a um ente adoecido é bem definido pelos papéis de gênero, cabendo às mulheres as ações de cuidado direto e de educação em saúde e, aos homens, proverem os recursos materiais de existência (GUTIERREZ;

MINAYO, 2010). No entanto, supõe-se que, em determinadas situações de adoecimento, no caso desta pesquisa, a própria mulher não consegue estabelecer o cuidado eficiente para si, por ter que exercer atividades na feira livre e no âmbito doméstico, sem poder contar com o companheiro.

O zelo pelas condições de saúde, pelo bem-estar e pela harmonia da família são algumas das responsabilidades assumidas pelas mulheres, pois elas conhecem as necessidades do cotidiano familiar, identificam as primeiras alterações do processo saúde-doença e buscam acesso aos subsistemas de cuidado (AGUIAR et al., 2014).

Uma das maneiras de interpretar a proeminência de mulheres no papel de cuidadoras é relacionando-as à posição social subordinada das mulheres, fenômeno recorrente, desde a Antiguidade. Devido a seu *status* menor na hierarquia social, às mulheres eram atribuídas tarefas menos valorizadas socialmente, por não serem produtoras de valor de troca ou, reciprocamente, por não produzirem valor de troca. Por serem atividades desempenhadas por mulheres, já socialmente discriminadas, essas tarefas teriam tido seu valor social reduzido, completando uma circularidade de significados culturais (CARVALHO et al., 2008).

Neste estudo, observou-se que as mulheres buscam apoiar-se na família estendida, recorrendo às irmãs ou à mãe para assegurar o cuidado. Enquanto isso, o homem, provedor da família, dedica-se mais ao trabalho, para fazer frente aos gastos acrescidos pelo adoecimento e tratamentos, o que, conseqüentemente, diminui o tempo disponível para as atividades domésticas e de cuidado direto.

Para Santos et al. (2014) existem relações complementares entre os papéis de mulheres e homens. Ambos são autoridades no sistema familiar, no qual os homens exercem a posição de chefe de família e as mulheres, de donas de casa. Para garantir sua autoridade, não basta aos homens apenas prover o sustento familiar; é preciso assegurar o respeito que deve mesclar com o ganho econômico.

Neste estudo, evidenciou-se que as avós assumem a posição de cuidadoras das crianças, devido às mães jovens estarem trabalhando. Marques et al. (2011) afirmam que as avós representam segurança para as famílias cujos pais e mães trabalham, não somente pela experiência acumulada para identificar alterações no processo saúde-doença, mas também por pertencerem à família. Pressupõe-se que a avó cuide com afeto, além de representar economia de recursos, na medida em que prepara alimentos, presta cuidados higiênicos e demais cuidados diários sem nada cobrar.

Percebeu-se que, diante do adoecimento de um de seus membros, no caso, o de uma criança, a família costuma mobilizar os diversos membros numa expressão de solidariedade e partilha de responsabilidades no cuidado. Nesse sentido, tanto mães e pais como avós e tios marcam um protagonismo em prol da recuperação da saúde da criança. Evento semelhante fora encontrado por Barbosa, Sousa e Leite (2015), ao analisarem as experiências de familiares de crianças com doenças crônicas. Segundo as autoras, a reorganização familiar para o cuidado de um ente exige o realinhamento das perspectivas dos seus membros, bem como mudanças das suas condutas. Esse processo encontra-se marcado por sentimentos e atitudes, como a afetividade, a atenção e a dedicação que favorecem as interações no sistema familiar.

Quando há um comprometimento intenso e prolongado da saúde de um membro da família, a responsabilidade do cuidar foge da alçada da família nuclear, tanto pela necessidade de ter outros membros presentes durante a situação de hospitalização quanto pela inexperiência em cuidar, por exemplo, de um recém-nascido, fazendo com que os pais reportem-se aos membros mais experientes da família, a exemplo de avós e tios. Desse modo, pôde-se entender que as relações intersubjetivas na rede de apoio social estão interligadas por vínculos e são intensificadas quando são demandados cuidados contínuos ao sistema familiar. Assim, a rede atua positivamente nas condições de saúde, gerando

segurança, apoio emocional e material para a família (NÓBREGA et al., 2010).

Neste estudo, os feirantes expressaram um senso de segurança e de confiança no subsistema oficial de saúde cujas intervenções foram evidenciadas como cuidados iniciais para os problemas de saúde interpretados como mais graves, tendo em vista a eficácia do tratamento médico. Isto reflete a crença da sociedade na medicina curativista, embora os cuidados oferecidos assumam a forma de ações e procedimentos técnicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos itinerários terapêuticos percorridos pelos feirantes prevaleceram dois subsistemas de cuidado: o popular e o oficial. A acessibilidade e a flexibilidade do subsistema de cuidado popular são aspectos favoráveis para que seja o primeiro a ser buscado. Embora os feirantes não tenham explicitamente apontado as facilidades de acesso e o baixo custo dos recursos oferecidos pelo subsistema popular, infere-se que essas sejam as razões para a sua escolha, ainda que se considere tal subsistema pouco capaz de confrontar com a segurança atribuída ao subsistema oficial quanto aos desfechos esperados.

A policlínica e o hospital foram os serviços de atenção secundária referidos e mais procurados no subsistema oficial, talvez pelo fácil acesso geográfico e rápido atendimento.

Diante do adoecimento de um de seus familiares, os feirantes experienciam sentimentos de tristeza e preocupação que, conseqüentemente, lhes causa medo em relação ao desfecho do padecimento. Confirmou-se que os problemas de saúde mais graves e que envolvem crianças mobilizam um número maior de membros da família, como apontado na literatura.

Evidenciou-se o protagonismo das mulheres no contexto de famílias de feirantes, seja ao prestar o cuidado direto, seja na tomada de decisões para escolhas terapêuticas, favorecendo o trânsito entre os subsistemas. Essas ainda zelam pela organização e harmonia da rede familiar, assumindo posições de cuidadoras e educadoras,

enquanto que a ação dos homens centra-se no apoio logístico e financeiro, evidenciando as diferenças de gênero.

Os resultados possibilitados por este estudo podem subsidiar o planejamento de ações de Enfermagem e de outras profissões, no contexto da saúde coletiva, para a organização da rede de atenção à saúde que abarque as questões evidenciadas pelos feirantes enquanto grupo em situação de vulnerabilidade.

Destaca-se como limitação deste estudo a impossibilidade de escuta de todos os membros das famílias dos feirantes, o que resultou numa visão parcial acerca da realidade vivida por esses. Os resultados apontam para a necessidade de realização de estudos que explorem as práticas de cuidado, a organização da rede de apoio aos feirantes, além de se compreender como se dá o acesso desse grupo de trabalhadores ao subsistema oficial de cuidados à saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Maria G.G. et al. *Práticas de cuidado no cotidiano de feirantes em Feira de Santana*. Relatório de Pesquisa do Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar/Cuidado (NUPEC), Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2014.
- BARBOSA, Daniele C.; SOUSA, Francisca G.M.; LEITE, Josete L. Scoring interventions in family relations regarding the care for the child with a chronic condition. *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 87-95, mar. 2015.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Resolucao_196_de_10_10_1996.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.
- CABRAL, Ana Lúcia L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

- CARVALHO, Ana Maria A. et al. Mulheres e cuidado: bases psicobiológicas ou arbitrariedade cultural? *Paidéia*, Ribeirão Preto, SP, v. 18, n. 41, p. 431-444, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/paideia>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- FONTANELLA, Bruno José B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- GUERIN, Giliane D.; ROSSONI, Eloá; BUENO, Denise. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, nov. 2012.
- GUTIERREZ, Denise M.D.; MINAYO, Maria C. de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, jun. 2010.
- JUNGES, José R.; BARBIANI, Rosângela. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Rev. bioét.*, Brasília, v. 21, n. 2, p. 207-217, 2013.
- KLEINMAN, Arthur. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- MARQUES, Fernanda R.B. et al. A presença das avós no cotidiano das famílias de recém-nascidos de risco. *Ciênc. cuid. saúde*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 593-600, jul./set. 2011.
- NÓBREGA, Vanessa M. et al. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev. eletr. enf.*, Goiânia, v. 12, n. 3, p. 431-440, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a03.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.
- PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo G. Therapeutic itineraries: paths crossed in the search for care. *Interface - comunic., saúde, educ.*, Botucatu, SP, v. 16, n. 41, p. 435-447, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n41/aop2612.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2015.
- SANTOS, Alessandra C.B. dos et al. Violência por parceiro íntimo: a versão da mídia impressa e as contribuições para a Enfermagem. *Rev. baiana enferm.*, Salvador, v. 28, n. 1, p. 50-60, jan./abr. 2014.
- SANTOS, Lígia P. dos. Deficiência e maternidade: uma análise feminista na APAE-CG. In: MACHADO, Charlton J.S.; SANTIAGO, Idalina M.F.L.; NUNES, Maria L.S. (Org.). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande, PB: EDUEPB, 2010. p. 221-230.
- TRAD, Leny A.B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.
- VENTURIELLO, María P. Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1063-1083, 2012.
- Artigo apresentado em: 22/4/2015
Aprovado em: 26/10/2015
Versão final apresentada: 4/11/2015