



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Rocha Figueira, Taís; Ferreira e Ferreira, Efigênia; Torres Schall, Virgínia; Modena,
Celina Maria

Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na
atenção básica

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 937-943

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240180004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Taís Rocha Figueira^I

Efigênia Ferreira e Ferreira^{II}

Virgínia Torres Schall^{III}

Celina Maria Modena^{III}

Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica

Women's perceptions and practices regarding prevention and health promotion in primary healthcare

RESUMO

OBJETIVO: Analisar percepções e participação de usuárias de unidade básica de saúde em relação à prevenção e promoção de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo no qual foram entrevistadas 20 usuárias de uma unidade de saúde da família de Belo Horizonte, MG, em 2007. O roteiro da entrevista englobou questões sobre o processo saúde-doença e prevenção e promoção de saúde. Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na análise dos relatos.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: A percepção sobre prevenção apresentou influência da teoria de Leavell & Clark, expressa por ações que evitam o aparecimento, progressão ou agravamento de alguma doença. A promoção de saúde foi concebida como um nível de prevenção e associada à responsabilização individual e ao conceito positivo de saúde. As práticas de prevenção e promoção de saúde estiveram orientadas pelo conceito positivo de saúde, pela possibilidade de gerarem prazer/desprazer, pelas interferências que poderiam ocasionar no cotidiano, pela concepção de força de vontade e de valor conferido à vida.

CONCLUSÕES: O discurso sobre prevenção e promoção de saúde é marcado por concepções tradicionais. Contudo, houve a incorporação do conceito positivo de saúde que, aliado ao fator prazer e força de vontade, atuam como principais influenciadores do comportamento. São necessárias estratégias com abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios modernos da promoção de saúde.

DESCRIPTORIOS: Educação de Pacientes como Assunto. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Programa Saúde da Família. Promoção da Saúde. Pesquisa Qualitativa.

^I Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Laboratório de Educação em Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Celina Maria Modena
Av. Augusto de Lima, 1.715 – Barro Preto
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: Celina@cpqrr.fiocruz.br

Recebido: 28/4/2008

Revisado: 20/2/2009

Aprovado: 30/4/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the perceptions and participation of female basic health unit users with regard to prevention and health promotion.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative study with 20 users of a family health unit in the municipality of Belo Horizonte, Southeastern Brazil, in 2007. The interview script included questions about the health-disease process and prevention and health promotion. The content analysis technique was used to analyze the reports.

RESULTS ANALYSIS: The perception of disease prevention was influenced by Leavell & Clark's theory, which is expressed as actions that avoid the appearance, progression or worsening of disease. Health promotion was regarded as a level of prevention and associated with the individual responsibility and the positive concept of health. Prevention and health promotion practices were influenced by the positive health concept, the possibility of causing pleasure/displeasure, the way in which they might interfere in daily life, by the concept of will-power and the value attributed to life.

CONCLUSIONS: The discourse about disease prevention and health promotion is marked by traditional concepts. However, the inclusion of the positive health concept, allied to pleasure and will-power, are the main behavior determinants. Strategies based on a more comprehensive approach to the health-disease process are needed, thus reflecting the modern principles of health promotion.

DESCRIPTORS: Patient Education as Topic. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Family Health Program. Health Promotion. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

A prevenção de doenças foi definida por Leavell & Clark⁵ (1976) como uma “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”. Portanto, as intervenções preventivas teriam o objetivo de evitar a manifestação de agravos específicos (prevenção primária), de promover a cura, limitando-se os danos (prevenção secundária), e de reabilitar o indivíduo (prevenção terciária).⁵ A promoção da saúde é um dos componentes da prevenção primária, um conjunto de medidas para aumentar a saúde e o bem-estar geral, com enfoque no indivíduo, seu ambiente físico e estilo de vida.² Os programas de promoção de saúde baseados nessa concepção utilizam a lógica da racionalidade individual, na qual o indivíduo devidamente informado será capaz de escolher, entre muitas opções de ações, aquela que não lhe trará danos ou que contribuirá para obtenção de um estado ótimo de saúde.⁴

O significado da promoção de saúde tornou-se mais amplo e abrangente, para além de caracterizar o nível de atenção da medicina preventiva. Compõe-se de conjunto de estratégias transversais a todas as ações e níveis de atenção,⁷ resultando uma intervenção multi e intersectorial.² Assim, não se constitui em nível específico de atenção, não se situa em ações anteriores à prevenção e nem responsabiliza exclusivamente o indivíduo por seu estado e comportamentos para a saúde.⁷

Para ampliar e qualificar as ações de prevenção e promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e estratégias de organização por meio da Política Nacional de Atenção Básica^a e da Política Nacional de Promoção da Saúde.^b A primeira propõe a organização da atenção básica a partir da Estratégia da Saúde da Família, permitindo a reorientação do modelo biomédico, ao valorizar diferentes saberes e criar co-responsabilidades entre usuários, profissionais e gestores.

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006. [Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, 4]

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

A Política Nacional de Promoção da Saúde^a estabelece a operacionalização da promoção de saúde, propondo a articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/ outros setores, para compor redes de compromisso para que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Assim, a Política recomenda que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes. São consideradas ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e que visem o espaço para além das unidades e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar percepções e participação de usuárias de unidade básica de saúde em relação à prevenção e promoção de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizou-se estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo com mulheres usuárias de um centro de saúde de Belo Horizonte, MG, de março a maio de 2007. Esse serviço atendia população de alto índice de vulnerabilidade social (IVS), caracterizado por componentes como renda, moradia, infra-estrutura, escolaridade, trabalho, acesso a serviços de saúde, à garantia de segurança alimentar e à previdência social.^b

Foram adotados como critérios de inclusão do estudo: ser do sexo feminino, devido a maior responsabilidade conferida à mulher nas questões sanitárias no núcleo familiar; ter idade igual ou superior a 18 anos; ser usuária do centro de saúde e ter acompanhado a reorientação do modelo biomédico por meio da Estratégia Saúde da Família. As mulheres foram contatadas na sala de espera da unidade básica de saúde e convidadas a participar do estudo.

Em entrevista semi-estruturada,⁸ utilizou-se roteiro com questões relativas à percepção sobre o processo saúde-doença e prevenção e promoção de saúde. As entrevistas foram gravadas, transcritas e tiveram duração média de 45 min. A coleta de dados foi finalizada segundo o critério de saturação.⁹

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin.¹ Num primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante das

entrevistas, definindo-se as unidades de registro e de contexto. Posteriormente, definiram-se as categorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características em comum ou que se relacionavam entre si. Por fim, procedeu-se a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto.¹

Foram entrevistadas 20 mulheres, das quais oito haviam concluído o ensino médio e as demais tinham completado (n=2) ou interrompido (n=10) os estudos no ensino fundamental. A ocupação principal envolvia os afazeres do lar (n=13), seguida pela prestação de serviços (n=4) e atuação no comércio (n=3). A idade variou de 18 a 37 anos, havendo um predomínio da faixa etária entre 25 e 30 anos.

As categorias de análise identificadas foram: conceitos e medidas de prevenção; promoção de saúde: encontro do antigo com o novo; fatores motivadores e inibidores das práticas de promoção e prevenção; centro de saúde como referência para prevenção.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e conduzido dentro dos padrões da Declaração de Helsinque.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conceitos e medidas de prevenção

Para as entrevistadas a prevenção consistia na realização de cuidados que evitassem o aparecimento, progressão ou agravamento de alguma doença ou a ocorrência de gravidez. Esta concepção de prevenção mostra traços do modelo da história natural da doença, desenvolvido por Leavell & Clark² (1976), em que a ação preventiva é situada em duas fases: uma, pré-patogênica (promoção de saúde e proteção específica), na qual hospedeiro, agente patogênico e o meio encontram-se em equilíbrio e, outra, patogênica (diagnóstico e tratamento precoce, limitação dos danos e reabilitação), quando a doença já se encontra instalada. Neste primeiro momento, os relatos não trazem o enfoque da promoção de saúde situado dentro da fase pré-patogênica.

“Prevenção é você ter consciência das coisas que você pode evitar antes que elas aconteçam, como lidar com isso antes e depois. Lá em casa a gente faz tudo pra prevenir dengue, mas caso aconteça, a gente já sabe os sintomas, o que é, os remédios que você não pode tomar.” (E16)

^a Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

^b Nahas MIP. Experiência de construção e perspectivas de aplicabilidade de índices e indicadores na gestão urbana da qualidade de vida: uma síntese da experiência de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; 2001 [citado 2007 mar 10]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=19630&chPlc=19630&termos=%20%20%20Nahas>

Em alguns relatos, foi possível apreender o termo prevenção como sinônimo de exame ginecológico preventivo. Essa interpretação pode ser devida à similaridade morfológica entre as palavras prevenção e preventivo e também por algumas usuárias associarem prevenção à utilização de tecnologia médica e o exame ginecológico representar para elas a principal referência de exame diagnóstico realizado na unidade básica de saúde.

“Eu queria saber o que é isso porque minhas amigas falam: ‘vou fazer prevenção’.”

A gente só ouve falar, mas saber o que é, eu não sei. A minha amiga falou que é aquele negócio do útero. Acho que eles olham o útero, limpam, só isso.” (E11)

A doença mais freqüentemente relatada como alvo de prevenção foi o câncer de colo de útero e a medida preventiva recomendada e adotada pela maior parte das usuárias consistiu na realização do exame ginecológico para diagnóstico precoce. A recorrência de citações sobre o câncer uterino pode ser decorrente do medo, perceptível nas falas, de desenvolver uma patologia representada por suas consequências trágicas como a iminência da morte, discriminação e rejeição social e perda de capacidade laboral.⁹ Além disso, a realização do exame Papanicolaou consiste numa das principais metas das políticas de saúde direcionadas à mulher, estando presente nas diretrizes do Pacto pela Saúde-Consolidação do SUS^a e da Política Nacional de Atenção Básica.^b Essa priorização estimula a realização de campanhas educativas e a captação ativa das mulheres pelos centros de saúde para a consulta ginecológica, propiciando a vivência da prevenção e a incorporação do discurso médico.

Apesar da manifesta preocupação dessas mulheres em relação ao câncer uterino, parece que o seu conhecimento era restrito ao exame diagnóstico, não havendo relatos sobre cuidados para se evitar a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), seu principal agente etiológico.

“Eu acho assim, (prevenção) é doença no colo do útero, é câncer também. Eu me preocupo mais com isso. Prevenir. Daí tem que estar sempre olhando, sempre vindo no médico.” (E3)

Com exceção da Aids, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) foram citadas de forma genérica. Tal fato sugere uma lacuna de conhecimento dessas mulheres em relação às DST, as quais são referidas como um conjunto de doenças que elas não sabiam nem nomear. Assim, as DST tornam-se algo abstrato e, dessa forma, concebidas como doenças “dos outros”. As próprias campanhas educativas reforçam

esta generalização ao serem intituladas DST/Aids e enfatizarem questões relativas à segunda. Em relação às doenças transmitidas por via sanguínea, Deslandes et al⁴ (2002) também encontraram dificuldade de os entrevistados nomearem outra doença além da Aids.

As medidas recomendadas para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis foram o uso de preservativo masculino durante as relações sexuais e possuir um parceiro fixo. No estudo de Deslandes et al⁴ (2002), além desses cuidados, foi mencionado o não-compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas. Assim, as experiências cotidianas e a percepção do risco para a doença ajudam a direcionar aquilo que será incorporado do discurso científico. A camisinha também foi apontada pelas entrevistadas como método anticoncepcional, assim como a pílula e o dispositivo intra-uterino (DIU).

“Na Aids tem que prevenir porque se não usar camisinha, que está à solta. Ainda mais essas meninas novinhas que engravidam, não quer o filho, vão tirar.” (E5)

A dengue esteve presente nos relatos como fonte de apreensão para algumas entrevistadas, as quais se referiram à limpeza ambiental como forma de se evitar a doença.

“A dengue. Eu morro de medo. Lá no meu serviço duas pessoas já tiveram. Como eles falam, a dengue é na sua casa, é no seu vizinho. Aí a gente ajuda, nós limpamos o quintal, tiramos as garrafas, não tem essas coisas esparramadas, lixo, essas coisas.” (E16)

Na época da coleta dos dados, a comunidade estava participando de uma campanha educativa sobre dengue realizada pela UBS com distribuição de sacos de lixo e informações sobre os mecanismos de prevenção da doença. Entretanto, a dengue e seus meios preventivos foram menos citados do que patologias como o câncer de colo de útero, as DST e as medidas relacionadas à promoção de saúde. Chiaravalloti et al³ (2002) e Lefèvre et al⁶ (2004) verificaram uma saturação da população em relação às campanhas educativas centradas no repasse do conhecimento e ressaltaram que esse tipo de prática banaliza as medidas de prevenção, dificulta a receptividade dos usuários frente às mensagens educativas e reduz a rede de colaboradores na comunidade.

Promoção de saúde: encontro de antigas e novas concepções

A promoção de saúde surgiu nos relatos quando as entrevistadas foram questionadas sobre as medidas preventivas das quais possuíam conhecimento. Aquelas mais freqüentemente apontadas, com exceção

^a Ministério da Saúde. Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial União*. 23 fev 2006; Seção1:43.

^b Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília; 2006. [Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, 4]

do exame Papanicolaou, eram relacionadas ao fortalecimento da saúde e não ao combate de determinada doença. A adoção de uma alimentação equilibrada, a realização de exercícios físicos, evitar tabaco e álcool, ter higiene e lazer foram citadas pelas entrevistadas, principalmente, como medidas importantes para promover a saúde e o bem-estar.

A concepção de promoção de saúde apresentada pelas usuárias possuía características do conceito desenvolvido por Leavell & Clark⁵ e também da Carta de Ottawa.² Assim, da perspectiva mais conservadora, trouxe a noção de que representa um nível da prevenção e de que o estado e comportamento para saúde são de responsabilidade individual. Da abordagem mais moderna, defendida na Carta de Ottawa, aparece a visão positiva da saúde, identificando-a com bem-estar e qualidade de vida e não simplesmente com a ausência de doença. Nesse contexto, o foco das ações não se concentra em diminuir o risco de doenças, mas em alcançar gradativamente melhores níveis de saúde.^{2,7}

“Então eu vou procurar fazer mais caminhada. Não vou vir mais pro posto de ônibus. Venho a pé, volto a pé, pra tá melhorando a saúde.” (E1)

A dificuldade de operacionalização de intervenções que abarquem a perspectiva mais ampliada de promoção de saúde, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais, pode ter contribuído para a conjunção de conceitos antigos e modernos encontrados nos relatos. As experiências existentes são dispersas, desarticuladas e, portanto, pouco visíveis,¹¹ sendo escassas as metodologias avaliativas, as quais poderiam facilitar a sua divulgação e incorporação pelos serviços.¹² Como consequência, há o uso inadequado do termo promoção de saúde para designar programas com enfoque preventivo e individualista. Este uso inadequado faz com que prevenção e promoção de saúde se aproximem e o limite entre uma e outra se torne impreciso.

O conceito positivo de saúde e a empatia em relação às práticas destinadas à saúde, mostrados pelas usuárias, indicam o desenvolvimento de novas estratégias de ação cujo foco é a saúde e não a doença. Assim, torna-se necessário rever, por exemplo, a realização de grupos operativos centrados na doença como parte da política de saúde da família. Isso significa uma mudança no discurso, enfatizando-se o que pode ser feito para aumentar o bem-estar e não somente para se evitar a possibilidade de que algo ocorra. Enquanto para a saúde há um movimento de busca, para a doença, muitas vezes, há fuga e a ação se caracteriza como um movimento de reação, quando o agravo está instalado e é reconhecido como um problema. Essa forma reativa de lidar com a doença gera dificuldades para a adesão a comportamentos ditos preventivos.⁶

“[Entrevistador] O que faz com que você siga uma recomendação do médico, uma medida dessas?”

“Eu acho que é a vontade de ficar com saúde, de continuar com saúde.” (E13)

“Eu não gosto nem de pensar em doença. Deus me livre.” (E10)

Fatores motivadores e inibidores das práticas de promoção e prevenção

Dentre as medidas de promoção e prevenção mencionadas, foi possível observar uma preocupação em tentar incluí-las no seu cotidiano. Porém, isso nem sempre é possível, devido à carência financeira, falta de tempo, dificuldade em se obter atendimento, falta de estrutura de saneamento básico na comunidade com grande adensamento populacional, falta de colaboração dos vizinhos na realização de medidas coletivas e o desprazer que a adoção de algumas medidas acarreta.

“É difícil porque nem sempre a gente tem tudo. O que eles mandam a gente comer (não) tem em casa. Aí o que aparece lá eu tô comendo.” (E13)

Apesar de as participantes reconhecerem vários obstáculos à adoção de medidas de promoção e prevenção, estes são minimizados pela compreensão de que o determinante para a realização do cuidado consiste na força de vontade e no valor que conferem à vida.

“Se tiver força de vontade. Então, se colocar na cabeça, ‘eu vou evitar gordura, evitar sal, evitar doce’. Se colocar na cabeça que tem que prevenir pra saúde não só do corpo, mas também pra da mente, da boca, é fácil prevenir.” (E1)

“Tem gente que acha que se não fizer isso, vai morrer do mesmo jeito. Então eu acho que é mais ignorância da pessoa.” (E10)

Segundo Oliveira & Valla¹⁰ (2001), os governos delegam à população a responsabilidade pela promoção e prevenção ao trabalharem com medidas restritas ao comportamento individual. Conseqüentemente, os indivíduos são culpabilizados em relação aos seus estados de saúde, não sendo questionados os determinantes sociais, políticos e econômicos e a responsabilização dos governos, dos formuladores de políticas e dos profissionais de saúde.¹¹

Diante de ambientes não favoráveis à saúde, como é o caso da área de abrangência do centro de saúde, a responsabilização individual e a culpa decorrente de não conseguir adotar o estilo de vida prescrito originam um sentimento de fraqueza, de incapacidade, com conseqüente diminuição da auto-estima. Sentindo-se desvalorizadas, as pessoas não conseguem reagir

frente aos seus problemas e passam à passividade, determinando um ciclo de responsabilidade individual e incapacidade de mudança.

“Se tiver força de vontade, pára também de fumar. Sou fraca nesse ponto, qualquer dificuldade, fico estressada. Se tenho meu vício de cigarro, pego o cigarro, fumo e relaxo.” (E6)

Algumas medidas foram consideradas mais fáceis de serem seguidas, dependendo do tempo que a pessoa possui determinado hábito e das perdas que o novo comportamento poderia ocasionar, como interferências na rotina e perda de prazer. O prazer adquiriu posição central durante a avaliação da possibilidade de adesão de determinada conduta. Em geral, para as participantes do estudo, o prazer e o lazer foram usualmente representados pelo consumo de comidas gordurosas ou doces, de cigarro e de álcool, comportamentos proibidos ou altamente regulados pelas instituições de saúde.

“Pra quem tem o hábito de fazer sempre, eu acho que é difícil. Agora pra quem não tem, eu acho que é fácil aprender e fazer as coisas.” (E3)

“O doce você tenta, mas não consegue, porque é muito gostoso.” (E18)

Assim, torna-se necessário trocar a imposição pela negociação e apoio aos indivíduos, ao mostrar que a realização de determinadas ações também pode gerar prazer e bem-estar e, principalmente, de ofertar novas formas de lazer e prazer como a criação de espaços de convivência, esporte e cultura.

Centro de saúde como referência para prevenção

O centro de saúde foi concebido como um ambiente destinado à resolução de algum problema existente, exceto pelo acompanhamento ginecológico. Foi considerado uma forma de obter diagnóstico precoce e prevenção pela vacinação e pela oportunidade de

aprendizado, seja por meio de palestras, cartazes ou recomendações médicas para uma saúde melhor.

“Minha filha às vezes adoece, qualquer coisa assim, levo ela no posto. Mesmo eu, quando to sentindo alguma dor, então eu venho sempre ao posto. Venho trazer minhas filhas pra vacinar.” (E17)

“Eu acompanho esses negócios, essas palestras todas que tem no posto, igual a palestra antes d’eu colocar o DIU” (E15)

A partir das falas das usuárias, observou-se que a reorientação do modelo assistencial ocorre de maneira lenta, de forma que as ações de promoção e prevenção ficam restritas às campanhas educativas, influenciadas pela abordagem tradicional da educação em saúde, e a procedimentos considerados prioritários pelo Ministério da Saúde, como vacinação, exame Papanicolaou e métodos contraceptivos.

CONCLUSÕES

O discurso das entrevistadas sobre prevenção de doenças e promoção de saúde mostrou-se marcado por concepções tradicionais, as quais se mantêm presentes na prática médica. Contudo, houve a incorporação do conceito positivo de saúde que, aliado ao fator prazer e força de vontade, atuaram como principais influenciadores do comportamento. A ação, na maioria das vezes, teve como foco a saúde e o bem-estar e não a doença, a qual constitui o alvo do discurso oficial. Essa lógica aponta a necessidade de estratégias que permitam abordagens mais amplas sobre o processo saúde-doença, traduzindo os princípios atuais da promoção de saúde.

A reorientação das práticas tradicionais requer investimentos em infra-estrutura, recursos humanos e em pesquisas direcionadas à promoção, as quais identifiquem intervenções e criem metodologias avaliativas para verificação de seus limites e potencialidades.

REFERÊNCIAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
2. Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(1):163-77. DOI:10.1590/S1413-81232000000100014
3. Chiaravalloti VB, Morais MS, Chiaravalloti Neto F, Fiorin AM, Barbosa AAC, Ferraz AA. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1321-9. DOI:10.1590/S0102-311X2002000500025
4. Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):141-51. DOI:10.1590/S0102-311X2002000100015
5. Leavell S, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Scandar SAS, Yassumaro S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):405-14. DOI:10.1590/S0034-89102004000300011
7. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção de saúde. *Saude Soc*. 2004;13(1):5-13. DOI:10.1590/S0104-12902004000100002
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
9. Oliveira MM, Pinto IC. Percepção das usuárias sobre as ações de prevenção do câncer do colo do útero na Estratégia saúde da Família em uma distrital de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2007;7(1):31-8. DOI:10.1590/S1519-38292007000100004
10. Oliveira RM, Valla VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cad Saude Publica*. 2001;17(Supl):77-88. DOI:10.1590/S0102-311X2001000700016
11. Sícoti JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface (Botucatu)*. 2003;7(12):101-22. DOI:10.1590/S1414-32832003000100008
12. Souza EM, Grundy E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1354-60. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500030