

**Pesquisa em andamento**

Necessidades, práticas e apoio social: dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde

DOI: 10.3395/reciis.v2i2.124pt

**Deise Lisboa
Riquinho**Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Porto
Alegre, Brasil
deiselis@terra.com.br**Tatiana Engel
Gerhardt**Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Porto
Alegre, Brasil
tatiana.gerhardt@ufrgs.br

Resumo

O papel do indivíduo frente às desigualdades sociais e de saúde não se dá passivamente; existem estratégias, muitas vezes desconhecidas pelos serviços de saúde, que motivam a busca de cuidados. Acredita-se que os grupos sociais estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais definem práticas terapêuticas e colaboraram no enfrentamento de situações cotidianas. Assim, o objetivo desta pesquisa é o de conhecer e compreender as necessidades em saúde, as práticas terapêuticas e o apoio social na comunidade de Rincão dos Maia, Canguçu, RS, tendo como pano de fundo as desigualdades sociais. Para tanto, utilizou-se uma metodologia quanti-qualitativa, por meio de formulário, entrevista semi-estruturada, observação participante e diário de campo. Ao considerar que as necessidades de saúde são heterogêneas, as práticas empreendidas para satisfazê-las corresponderam a diferentes estratégias como mobilização de recursos por meio de apoio social das práticas terapêuticas adotadas. A aproximação destas dinâmicas levará à compreensão das necessidades de saúde, incorporando as realidades locais, com vistas a contribuir para a formulação de políticas públicas descentralizadas que dêem conta das demandas dos cidadãos.

Palavras-chave

apoio social; desigualdade social; população rural; saúde pública; pobreza

Acredita-se que o papel do indivíduo frente às desigualdades sociais e de saúde não se dá passivamente; existem estratégias, muitas vezes desconhecidas pelos serviços de saúde, que motivam a busca de cuidados, seja no estabelecimento de vínculo com as redes de apoio na comunidade ou na mobilidade em busca de práticas terapêuticas e de serviços que satisfaçam sua necessidade de saúde. Nesse sentido, observa-se que a população vem desenvolvendo movimentos, muitas vezes imperceptíveis, mas que, no entanto, compreendem

experiências construídas a partir de sua lógica de ação, que podem ser identificadas no movimento e nas práticas de saúde dos sujeitos. Dessa forma, torna-se necessário conhecer as “maneiras de fazer” desse coletivo, identificando as práticas relacionadas direta e indiretamente com suas experiências com a saúde e a doença e que podem sinalizar um caminho para a incorporação de outros olhares na lógica dos serviços de saúde, a partir das concepções e necessidades identificadas pelos usuários (Acioli 2006).

Este estudo busca explorar um contexto de vida para se compreender as necessidades de saúde e as práticas utilizadas no seu enfrentamento, em uma comunidade rural, tendo como pano de fundo as desigualdades sociais e de saúde, expressas nas dimensões materiais e imateriais da vida social, considerando-se as diferentes capacidades individuais e as redes sociais. Tal proposta contempla uma observação aprofundada da relação entre as necessidades de saúde, identificada pelas famílias, as práticas e as redes sociais de apoio formal e informal. Portanto, o objetivo desta pesquisa é o de conhecer e compreender as necessidades em saúde, as práticas terapêuticas e o apoio social na comunidade de Rincão dos Maia, Canguçu, RS, tendo como pano de fundo as desigualdades sociais.

As desigualdades sociais e de saúde representam grande contribuição às disparidades entre os diferentes grupos sociais e podem ser compreendidas como a privação das pessoas em desenvolver suas capacidades de vida e de saúde (CSDH 2005). Para Graham (2004) as desigualdades em saúde se referem às disparidades sistemáticas de saúde em grupos e comunidades que ocupam diferentes posições na sociedade, sendo observadas nas taxas de mortalidade entre grupos socioeconômicos traduzidos no risco de morte prematura dos indivíduos. Para as autoras os fatores sociais influenciam a saúde, como o padrão habitacional, a influência ambiental e comportamentos relacionados à saúde.

O panorama mundial de desigualdades na distribuição de renda, nas condições de vida e saúde, bem como no acesso a serviços de saúde, inspirou a OMS, na Assembleia Mundial da Saúde, no ano de 2004, por meio do seu Diretor Geral, Lee Jong-Wook, a propor a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e intersetoriais, com vistas a intervenções que melhorem as condições de vida e diminuam as desigualdades entre as pessoas. Para esse fim foi criada, em março de 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) (CSDH 2005), para a qual esses determinantes são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Os mesmos apontam para as características específicas do contexto social que podem afetar a saúde, bem como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto.

No Brasil, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) foi criada por meio de um Decreto Presidencial, em 13 de março de 2006, integrada por dezesseis destacadas personalidades da vida social, cultural, científica e empresarial, contando também, com um Grupo de Trabalho Intersetorial representado por 16 ministérios das áreas econômicas e sociais. Os principais objetivos da Comissão são os de produzir conhecimento sobre os DSSs, apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e a mobilização da sociedade civil para a tomada de consciência e atuação sobre os DSSs (Buss & Pellegrini Filho 2007).

Acredita-se que a união de esforços entre pesquisadores, gestores e sociedade civil seja um importante passo para um conhecimento mais aprofundado das desigualdades vividas pelas pessoas e apontem alter-

nativas para que as mesmas possam ser reduzidas ou remediadas, levando em conta outras variáveis para além das socioeconômicas.

Nesse sentido, a importância de incorporar as dimensões subjetivas para qualificar as desigualdades sociais está na compreensão de que o apoio social colabora no enfrentamento dessas disparidades (Nguyen et al. 2003). As autoras consideram que o apoio social é produzido local e historicamente, revelando-se como um importante fator no enfrentamento de situações de adoecimento, as quais não se restringem apenas ao campo biológico e material. Para tanto, tais dimensões precisam ser consideradas em uma ampla análise geopolítica do Sistema de Saúde.

As trocas estabelecidas na rede social vão desde a ajuda material e prestação de serviços ao aconselhamento e companhia nas atividades de lazer. As redes sociais permitem acesso a recursos não proporcionados pelo Estado ou pelo mercado, utilizando-se de um princípio de dádiva e de reciprocidade (Portugual 2006). As autoras salientam o modo como se processa o acesso a recursos de diversos tipos, os quais estão intimamente relacionados com a forma das redes - redes constituídas por laços fortes ou laços fracos, por laços de parentesco, restrito ou alargado - implicando diferentes resultados no acesso a recursos, na satisfação de necessidades e no enfrentamento de dificuldades ou situações de risco. As reflexões e análise em relação ao apoio social serão posteriormente aprofundadas.

Em relação às necessidades de saúde deve-se levar em conta a pluralidade dos espaços nos quais as pessoas vivem, bem como contemplar a diversidade de escolhas dos indivíduos. Segundo Stotz (1991) as necessidades de saúde configuram-se como categorias sociais e são construídas historicamente. Ao considerar as necessidades de saúde e a sua construção histórica, recorre-se ao conceito de saúde formulado pela OMS em 1948, o qual se revela um tanto utópico, mas ainda é utilizado, e expressa que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de enfermidade”. Acredita-se assim, como Dejours (1986), que o mais completo bem-estar seja ele físico, mental, social ou espiritual, inexistente. O autor relaciona saúde com esperança, como algo proveniente do interior de cada um, não sendo assunto exclusivo de uma Instituição ou classe profissional. Nesse sentido, “saúde é uma coisa que se conquista, que se enfrenta e que se defende” (Dejours 1986:6).

Ao contribuir para uma concepção ampliada de saúde, Melo (2005) complementa que ela pode ser entendida como um direito social, ultrapassando as ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da mesma, pois sua determinação envolve as condições de vida, de trabalho, ambientais, emocionais, bem como as demais condições necessárias ao prosseguimento da vida com um mínimo de qualidade.

A análise das práticas ou dos itinerários terapêuticos permite a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, as quais se moldam a partir do contexto em que as pessoas vivem, bem como dos aspectos

econômicos, sociais e culturais que organizam a vida coletiva e a vida biológica, resultantes de um espaço de ação e interação social (Gerhardt 2000).

Nesse sentido, as autoras relatam que a escolha por determinada prática terapêutica sofre influência de diversos fatores, dentre eles destacam-se idade, sexo, categoria social, profissão, etnia, família e interação social, bem como as características do problema de saúde enfrentado e suas percepções; o fato de ser uma situação crônica, aguda, grave ou benigna; o entendimento do que significa doença e a disponibilidade dos serviços, traduzidos no acesso, no vínculo e na qualidade. Todos esses fatores influenciarão a escolha terapêutica, resultando num pluralismo pela busca do cuidado, que resultará na escolha por um curandeiro, religioso, profissional da saúde, automedicação ou até mesmo nenhum tratamento (Gerhardt 2000).

Dessa forma, acredita-se que os grupos sociais estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, as quais definem práticas terapêuticas e colaboram no enfrentamento de situações cotidianas. A equipe de saúde poderá participar dessa rede, na medida em que, inserida em uma comunidade partilha de seu cotidiano e representa um apoio nas situações de enfermidade. No entanto, para ampliar essa atuação se faz necessário desenvolver laços de apoio coletivo e compartilhar das necessidades dos usuários.

Esta pesquisa constitui um Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A proposta integra um projeto-base intitulado “Determinantes Sociais e Interfaces com a Mobilidade de Usuários: Análise de Fluxos e Utilização de Serviços de Saúde”, desenvolvido por uma equipe de pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GESC) dessa Escola e do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento (GRIMAD) do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, da mesma Universidade, financiado pelo Edital 026/2006 MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT.

O estudo está sendo desenvolvido por meio de uma abordagem quantitativa e qualitativa, com perspectiva metodológica híbrida. Minayo e Minayo-Gómez (2003), referindo-se a essa combinação, relatam que são duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para a mesma meta, aproximando-se, o máximo possível, da realidade que se propõem a discutir. Briceño-León (2003) demonstra quatro modelos para a realização de estudos de natureza quanti-qualitativa. O presente estudo se enquadra no segundo modelo, que o autor intitula “a investigação quantitativa ao início” (Briceño-León 2003: 171). Segundo o autor, este modelo permite analisar estatisticamente os dados para avançar no conhecimento e elaborar hipóteses. A investigação qualitativa, por sua vez, permite interpretar os dados quantitativos quando estes deixam de ser apenas números e passam a ser atores. A dimensão qualitativa é de grande utilidade para que seja atribuído um sentido aos dados estatísticos (Briceño-León 2003).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: na primeira todas as famílias foram visitadas, num total de 241; as variáveis exploradas nessa etapa foram as socio-demográficas, morbidade referida e condições de vida. Na segunda, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com questões referentes às concepções de saúde e doença, práticas terapêuticas e apoio social. A amostra foi aleatória e o seu tamanho definido pela saturação dos dados, que foi obtida com 18 entrevistados. Após foi observada a participação de um número menor de famílias em relação às suas práticas terapêuticas e ao apoio social.

Em relação à análise, realizou-se uma tipologia de três extratos sociais a partir das informações das condições de vida. As informações individuais estão ocorrendo por análises de frequência univariada e bivariada. Para a realização da análise bivariada foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. A análise dos dados qualitativos seguiu a categorização temática. Nas redes de apoio social foram utilizados o genograma e o diagrama das relações, os quais permitem descrever a estrutura de rede, vínculos e as formas de troca entre um grupo de pessoas. O projeto possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, reunião de nº. 2 ata nº. 82, de 1/3/2007A.

A região escolhida para o desenvolvimento de pesquisas do GRIMAD é conhecida como a “Metade Sul” do Estado do Rio Grande do Sul, a qual vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica quando comparada a outras do Estado, o que torna visível a disparidade regional. No entanto, devido ao tamanho da área, surgiu a necessidade de reduzi-la a oito municípios: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul. Estes municípios foram escolhidos em função de diferentes elementos: área de estudo em fase de estagnação e em declínio do ponto de vista econômico, apresentando fatores que indicam a existência de fortes impactos ambientais devido às atividades do plantio de arroz e fumo e da extração mineral; do ponto de vista social, sua justificativa se dá pela existência de uma diversidade de grupos sociais e sistemas produtivos; presença de remanescentes de quilombos e, mais recentemente, de vários assentamentos rurais (UFRGS 2005). O estudo desses elementos e a relação dos dados demográficos, sociais e econômicos da região de estudo, sugeriram a existência de dois grandes espaços que aglutinam situações de dinamismo e de estagnação, representados respectivamente por Camaquã e Canguçu (UFRGS 2005).

Ao considerar Canguçu como pólo estagnado, pensa-se em quais dinâmicas sociais permeiam as situações de empobrecimento e enriquecimento no município, sendo que essas dinâmicas são compostas por diferentes elementos que influenciam nos determinantes sociais agindo sobre a saúde. Diante das condições materiais de desigualdade, a população reage ou não por meio de estratégias que podem contribuir para seu enfrentamento, superação ou conformidade. A escolha desse município para o desenvolvimento do estudo ocorreu para se compreender a transversalidade das situações de vida no campo da

saúde. Portanto, o contexto das desigualdades sociais e de saúde vividos influenciará as necessidades e a forma como as mesmas serão percebidas pelas pessoas, assim como as práticas terapêuticas adotadas vão no sentido de responder a essas necessidades. Desta forma, o apoio social compreende uma estratégia no enfrentamento das situações cotidianas que se apresentam; assim este estudo poderá revelar muito do modo de viver desta comunidade.

O município de Canguçu possui uma população total de 51.427 residentes dos quais 17.685 (34,4% da

população) residem na zona urbana e 33.742 (65,6% da população) residem nas áreas rurais e é dividido em cinco distritos e 120 localidades. A localidade de Rincão dos Maia (Figura) localiza-se no primeiro distrito, com uma população de 814 pessoas e 241 famílias. Por meio da tipologia das condições de vida, foram identificados três extratos: inferior com 100 famílias, médio com 103 e superior com 38 famílias. As variáveis definidoras foram em relação as condições de habitação, presença de sanitário e destino de efluentes.



Localização do município Canguçu, RS – Brasil e comunidade de Rincão dos Maia. Fonte: Fialho, 2005.

A etapa da caracterização sociodemográfica das famílias foi um momento importante para a primeira aproximação, quando foi possível perceber a descon-fiança e a preocupação com a finalidade da pesquisa. No entanto estes sentimentos foram substituídos, com o passar dos dias, por narrativas de histórias de vida, desejos, dores e esperança. A concepção de saúde para essas pessoas está muito próxima da força e da energia para o trabalho, assim como a doença se relaciona com o excesso de exposição ao sol, chuva e ventos durante o labor. As práticas terapêuticas estão relacionadas com a busca de cuidados de saúde que amenizem o sofrimento físico ou psíquico. O apoio social que as famílias recebem é esporádico, deflagrado por algum pedido de ajuda.

Ao considerar que as necessidades de saúde são heterogêneas e que as práticas empreendidas buscam atendê-las por meio da mobilidade geográfica ou de re-

ursos como o apoio social, vê-se na aproximação e compreensão dessas dinâmicas a oportunidade de contribuir para a formulação de políticas públicas que gerem ações incorporando as realidades locais. McCarthy (2002) corrobora com essa idéia ao incentivar o investimento na Saúde Pública em nível local, para que os profissionais de saúde conheçam e trabalhem mais em conjunto com as pessoas de uma localidade e região, bem como, no exercício da intersectorialidade.

Referências bibliográficas

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. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj, Abrasco, 2006a; p.157-166.

Briceño-León R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas ciências sociais. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.157-183.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saú Col.* 2007; 17(1):77-93.

CSDH-Comission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on social determinants of health. 2005. Disponível em: <[www.http://determinantes.fiocruz.br](http://determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em: 15 mar. 2007.

Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Rev Bras Saú Ocup.* 1986;14(54):7-11.

Fialho MAV. Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo. [Tese, doutorado em Sociologia Rural] Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

Gerhardt TE. *Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire – pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil.* [Tese, docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle] Université de Bordeaux 2. Bordeaux; 2000.

Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly.* 2004; 82(1):101-24.

Mccarthy M. Urban development and health inequalities. *Scand J Pub Health.* 2002; 30(3):59-62. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713684341>>. Acesso em: 5 maio 2007.

Melo EM de. Ação comunicativa, democracia e saúde. *Ciêns Saú Col.* 2005;10, Supl.:167-78.

Minayo MCS, Minayo-Gómez C. Dífceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003:117-42.

Nguyen VL, Peschard K. Anthropology, inequality, and disease: a review. *Ann Rev Anthropol.* 2003;32:447-74.

Portugual, S. Quanto vale o capital social? o papel das redes informais na provisão de recursos. In: Fontes B, Martins PH, organizadores. *Redes, práticas associativas e gestão pública.* Recife: Editora da Universitária da UFPE; 2006:51-75.

Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito, contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teóricometodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. [Tese, doutorado em Saúde Pública] Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1991.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio rural e desenvolvimento sustentável em municípios da planície costeira e do planalto sul do Rio grande do Sul: uma abordagem interdisciplinar. Diagnóstico geral da área de estudo. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.



Sobre os autores

Deise Lisboa Riquinho

Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Tatiana Engel Gerhardt

Doutora em Antropologia; Professora do PPG em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.