

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

**DEISE LISBOA RIQUINHO**

**A OUTRA FACE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: subjetividades  
na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural.**

**Porto Alegre**

**2009**

**DEISE LISBOA RIQUINHO**

**A OUTRA FACE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: subjetividades  
na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

**Porto Alegre**

**2009**

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP  
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS, Porto Alegre, BR-  
RS**

---

R594o Riquinho, Deise Lisboa

A outra face dos determinantes sociais de saúde :  
subjetividades na construção do cotidiano individual  
e coletivo em uma comunidade rural [manuscrito] /  
Deise Lisboa Riquinho. – 2009.  
211 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa  
de Pós-graduação em Enfermagem, BR-RS, 2009  
Orientação: Tatiana Engel Gerhardt.

1. Saúde da população rural. 2. Desigualdade social  
–Saúde. 3. Saúde pública – Comunidade rural de Rincão  
dos Maia – Canguçu (RS). I. Gerhardt, Tatiana Engel. II.  
Título.

NLM: WA390

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

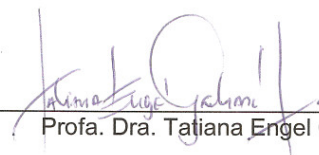
DEISE LISBOA RIQUINHO

**A OUTRA FACE DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE:  
subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma  
comunidade rural.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como  
requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de março de 2009.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Presidente



Prof. Dra. Elida Azevedo Hennington

Membro –IPEC/ENSP/FIOCRUZ



Prof. Dra. Marta Júlia Marques Lopes

Membro - UFRGS



Prof. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Membro – UFRGS

*Dedico este trabalho ao meu amado  
Kiko companheiro de todas as horas,  
pela paciência e apoio incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

Ao finalizar essa dissertação de Mestrado sinto-me imensamente agradecida a todas as pessoas que colaboraram, de uma forma ou de outra, para sua realização; foram gestos, sorrisos, palavras, presenças e ausências que me fortaleceram; por isso quero expressar essa gratidão:

- a Deus, pela oportunidade do aprendizado e convívio com pessoas tão especiais quanto as que encontrei nesta caminhada;
- a minha família, meu pai Faustino (*in memorian*) e minhas irmãs Regina, Rejane (*in memorian*) e Laci com quem, desde cedo, aprendi o valor da leitura; meus irmãos Irio, Itamar e Neimar, pelo amor e cuidado; minha mãe Faustina, brava mulher que soube tirar lições valiosas das dificuldades enfrentadas, mantendo serenidade e a alegria de viver;
- a família do meu companheiro a qual me sinto fortemente ligada por laços de amizade e pelas muitas vezes em que disse: “não posso, tenho que trabalhar na dissertação”;
- à Professora e orientadora Dr<sup>a</sup>. Tatiana Engel Gerhardt que me apresentou, de maneira apaixonante, as contribuições das Ciências Sociais, em especial da Antropologia à Saúde, despertando em mim o desejo e a disposição de pesquisar. Nessa parceria, minha admiração cresceu a cada dia, por sua generosidade, amizade, confiança e respeito;
- à Professora Dr<sup>a</sup>. Marta Julia Marques Lopes, por suas contribuições e apoio, sempre acolhedora e amiga. Professora Dr<sup>a</sup>. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira pelo incentivo e apoio, assim como a Professora Dr<sup>a</sup>. Elida de Azevedo Hennington;
- à Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Programa de Pós Graduação em Enfermagem, pelo ensino público e de excelente qualidade. A todos os docentes do Mestrado em Enfermagem, nesta trajetória de construção do conhecimento. Aos colegas, pelas discussões enriquecedoras, fossem em aula ou nos momentos de descontração. Às bibliotecárias Maria Laura e Jacira por sua disponibilidade e contribuições. Aos funcionários da Escola de Enfermagem pelo carinho, cafezinho e bom humor;
- ao Grupo em Estudos de Saúde Coletiva; pelo exemplo de trabalho em parceria, na busca da construção de um conhecimento coletivo;

- ao Programa de Desenvolvimento Rural e ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento, pelo engajamento com as questões ligadas ao desenvolvimento sustentável e ao conhecimento interdisciplinar;
  - as amigas, Juliana, que me acompanhou nas primeiras visitas a campo e com quem dividi inquietações e esperança na construção de um mundo melhor; Adriana, Aline, Lívia, Martinha, Sandra, Elisiane, Marcele, José Luís e Graciliana, pessoas especiais que muito contribuíram para esta realização;
  - a D. Helena, por ajudar-me a colocar os “pingos nos is” e por seu imenso carinho;
  - aos gestores da cidade de Canguçu, pelo recebimento e apoio. Ao Cléo, pela disponibilidade e presteza;
- E à população do Rincão dos Maia, por dividirem comigo seus sonhos, perspectivas e histórias de vida.

A todos, **MUITO OBRIGADA!!!!**

## RESUMO

Com este estudo procurou-se conhecer e compreender as necessidades de saúde constitutivas das práticas e do apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes na Comunidade rural de Rincão dos Maia, Canguçu/RS. Utilizou-se a triangulação de métodos por meio de um estudo quantitativo e qualitativo com diferentes técnicas de coleta de dados. Na análise quantitativa utilizaram-se a estatística descritiva no software *SPSS 13.0* e a associação entre variáveis de interesse do estudo. A população foi composta por 814 pessoas e 241 famílias. Os dados foram coletados em um inquérito domiciliar, contendo questões sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde. Para a etapa qualitativa utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temático. A amostra para as entrevistas semi-estruturadas foi intencional, com 20 famílias ilustrativas das características socioeconômicas encontradas, explorando as concepções de saúde e doença; a observação participante foi realizada com seis famílias, ilustrando as práticas em saúde. Os resultados apontaram para uma população de 51,2% do sexo masculino, 48,0% no grupo etário de 25-59 anos de idade, 42,6% possuíam de 1 a 4 anos de estudo, 45,0% tinham a ocupação de agricultor, 48,5% das famílias eram de composição nuclear e 63,6% referiram à pressão alta como morbidade. Em relação aos níveis de condições de vida, 34,8% das famílias estavam no nível inferior, 42,7%, no médio e 22,4%, no superior. Observou-se marcante desigualdade nesses níveis em relação às condições de domicílio, escolarização, ocupação e saúde. Apesar das diferenças socioeconômicas, esse grupo de trabalhadores rurais apresentou coesão social, especialmente em sua matriz cultural, evidenciada nas concepções de saúde e doença, incluindo dimensões físicas e subjetivas, nas quais as concepções biológicas incorporam conceitos de doenças com seus parâmetros biomédicos, e de enfermidade, como um processo vivido no cotidiano individual e coletivo. Os itinerários terapêuticos percorridos foram plurais, associando os três setores: informal, popular e profissional. Os recursos circulantes na rede de apoio social foram predominantemente mobilizados por elos familiares e de vizinhança, que procuravam atenuar os problemas sentidos e expressos em relação à reprodução física e social. Diante da complexidade da vida, conclui-se que os aspectos materiais traduzidos nas condições de vida precisam ser pensados na formulação de políticas públicas e de saúde, sem perder de vista a interação com os



desejos e sonhos construídos em um contexto social e cultural local, pois os mesmos constituem e são constituídos nessa interação, entre material e imaterial, conjugando as dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde.

**DESCRITORES:** Saúde da População Rural; Apoio Social; Condições Sociais; Saúde Pública; Desigualdade Social; Desigualdade em Saúde.

## **RESUMEN**

Con este estudio se buscó conocer y comprender las necesidades en salud, las prácticas terapéuticas y el apoyo social en la comunidad de *Rincão dos Maia, Canguçu/RS*, teniendo como tema principal las desigualdades sociales. Se utilizó la triangulación de métodos por medio de una pesquisa cuanti-cualitativa con diferentes técnicas de colecta de datos. En el análisis cuantitativo se utilizaron la estadística descriptiva en el software *SPSS 13.0* y la asociación entre variables de interés de la pesquisa. La población fue compuesta por 814 personas y 241 familias. Los datos fueron colectados en una averiguación domiciliar, con cuestiones socio demográficas, socioeconómicas y de salud. Para la cualitativa se utilizó el análisis de contenido del tipo temático. La muestra fue intencional, con 20 familias ilustrativas de las características socioeconómicas encontradas para las entrevistas semiestructuradas, explorando las concepciones de salud y enfermedad; la observación participante fue realizada con seis familias, ilustrando las prácticas terapéuticas. Los resultados apuntaron para una población donde 51,2% eran del sexo masculino, 48,0% en el grupo etario de 25-59 años de edad, 42,6% poseen de 1 a 4 años de estudio, 45,0% tenían la ocupación de agricultor, 48,5% de las familias eran de composición nuclear y 63,6% refirieron presión alta. En relación a los niveles de condiciones de vida, 34,8% de las familias estaban en el inferior, 42,7%, en el medio y 22,4%, en el superior. Se observó tajante desigualdad en esos niveles en relación a las condiciones de domicilio, escolarización, ocupación y salud. A pesar de las diferencias socioeconómicas, ese grupo presentó una cohesión social, especialmente en su matriz cultural de trabajador rural, evidenciada en las concepciones de salud y enfermedad, incluyendo dimensiones físicas y subjetivas, en la cual las concepciones biológicas incorporan conceptos de enfermedades con sus parámetros biomédicos, y de enfermedad, como un proceso vivido en el cotidiano individual y colectivo. Los itinerarios terapéuticos recorridos fueron plurales, asociando los tres sectores: informal, popular y profesional. Los recursos circulantes en la red fueron predominantemente movilizados por eslabones familiares y de vecindad, que buscaban atenuar los problemas resentidos y expresados en relación a la reproducción física y social. Delante de la complejidad de la vida, se concluye que los aspectos materiales traducidos en las condiciones de

vida precisan ser pensados en la formulación de políticas públicas y de salud, sin perder de vista la interacción con los deseos y sueños construidos en un contexto social y cultural local, pues los mismos constituyen y son constituidos por esa interacción, entre material y inmaterial, conjugando las dimensiones subjetivas de los determinantes sociales de salud.

**Descriptor:** Salud Rural; Apoyo Social; Condiciones Sociales; Salud Pública; Inequidad Social; Desigualdad en Salud.

## **ABSTRACT**

The purpose of this study was to know and understand the needs in health, the therapeutic practices and social support in the community of Rincão dos Maia, Canguçu/RS, having social inequities as a background. Triangulation of methods was adopted by means of a quantitative and qualitative study with different data collection techniques. For quantitative analysis, descriptive statistics in the software *SPSS 13.0* and the association of variables of interest were used. Population was composed by 814 subjects and 241 families. Data were collected through a domestic inquiry questioning sociodemographic, socioeconomic and health issues. For qualitative analysis, thematic content analysis was applied. The sample was intentional. 20 families portraying the socioeconomic features found participated in the semi-structured interviews, which explored the concepts of health and illness. Participant observation was performed with six families illustrating therapeutic practices. Results pointed to a population of 51.2% male; 48.0% aged 25-59 years old; years of study ranging from 1 to 4 years in 42.6%. 45.0% were agriculturists. 48.5% of families presented nuclear composition. 63.6% referred to high blood pressure. With regards to levels of life conditions, 34.8% of families were in low; 42.7% in middle and 22.4% in high levels. Marked inequity was observed among those levels concerning housing conditions, educational background, occupations and health. In spite of the socioeconomic differences, the group showed social cohesion, especially in the cultural matrix of rural worker, evidenced through its health and illness conceptions including physical and subjective dimensions. Biological conceptions incorporated illnesses concepts with their biomedical and infirmity parameters as a process lived both individually and collectively. The therapeutic itineraries were plural and associated with three sectors: informal, popular and professional. Circulating resources in the social net were predominantly mobilized by family and neighbors, which tried to attenuate problems resented and grieved with respect to physical and social reproduction. In face of life complexity, it is concluded that material aspects translated into life conditions must be considered in the formulation of public and health policies, without losing sight of their interaction with wishes and dreams build within a social and local culture context for they

constitute and are constituted by such interaction between materiality e immateriality and conjugate the subject dimensions of social health determinants.

**Descriptors:** Rural Health; Social Support; Social Conditions; Public Health; Social Inequity; Health Inequalities.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

*AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome*

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CDSS – Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNDSS – Comissão Nacional dos determinantes Sociais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CONASEMS – Conselho de Secretarias Municipais da Saúde

*CSDH – Commission on Social Determinants of Health*

DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia

DM – Diabetes Mellitus

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EMATER – Associação Riograndense de Empreendimentos de Assistência  
Técnica e Extensão Rural

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FEE - Fundação de Economia e Estatística

GESC - Grupo de Estudos em Saúde Coletiva

GRIMAD – Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Meio Ambiente e  
Desenvolvimento

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDESE - Índice de Desenvolvimento Socioeconômico

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

INSS – Instituto Nacional da Previdência Social

MC – Média Complexidade

MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PROINTER – Programa Interdisciplinar de Pesquisa

PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar

SCTIE – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDESUL – Programa de Desenvolvimento de Comunidade pela Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> –	Categorias e subcategorias empíricas geradas no processo de análise dos dados.....	74
<b>Figura 2</b> –	Morbidade referida e não referida na população total pesquisada. Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	84
<b>Figura 3</b> –	Níveis das condições materiais de vida das famílias estudadas no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	92
<b>Figura 4</b> –	Imagem fotográfica ilustrando moradia de alvenaria de família com condições de vida de nível superior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	97
<b>Figura 5</b> –	Imagem fotográfica ilustrando moradia de alvenaria sem reboco, piso ou forro de família com condições de vida de nível inferior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	97
<b>Figura 6</b> –	Imagem fotográfica ilustrando moradia de madeira de família com condições de vida de nível inferior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	98
<b>Figura 7</b> –	Imagem fotográfica ilustrando um poço raso em que há encanamento da água para o interior do domicílio no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	98
<b>Figura 8</b> –	Níveis de mobilização de recursos sociais das famílias estudadas no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.....	107
<b>Figura 9</b> –	Família 156, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	144
<b>Figura 10</b> –	Família 03, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	151



<b>Figura 11</b> – Família 72, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	154
<b>Figura 12</b> – Família 19, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	159
<b>Figura 13</b> – Família 120, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	164
<b>Figura 14</b> – Família 06, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.....	169

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – População do Rincão dos Maia segundo características sociodemográficas. Canguçu, RS, 2008.....	79
<b>Tabela 2</b> – Famílias do Rincão dos Maia segundo classificação, sexo e grupo etário do responsável. Canguçu, RS, 2008.....	84
<b>Tabela 3</b> – Morbidade referida pela população pesquisada do Rincão dos Maia Canguçu, RS, 2008.....	86
<b>Tabela 4</b> – Famílias do Rincão dos Maia segundo características socioeconômicas. Canguçu, RS, 2008.....	88
<b>Tabela 5</b> – Características socioeconômicas segundo os níveis das condições materiais de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	94
<b>Tabela 6</b> – Associação entre anos de estudo e condições de nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	100
<b>Tabela 7</b> – Associação entre ocupação e nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	101
<b>Tabela 8</b> – Associação entre tipos de famílias e nível de condições de vida, Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	103
<b>Tabela 9</b> – Associação entre sexo do chefe da família e tipo de família do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	103
<b>Tabela 10</b> – Associação entre faixa etária do chefe da família e tipo de família do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	104
<b>Tabela 11</b> – Associação entre doenças e nível de condição de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	105
<b>Tabela 12</b> – Associação entre o nível de mobilização de recursos sociais e as variáveis que compõem as famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	108
<b>Tabela 13</b> – Associação entre nível de mobilização de recursos sociais e índices de nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.....	110
<b>Tabela 14</b> – Distribuição do número de famílias de acordo com o tipo de situação de vida.....	110

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Revisão de Literatura.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.1 Desigualdades Sociais e de Saúde.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.2 Como Interagem as Desigualdades e os Determinantes Sociais em Saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>2.1.3 Desigualdades Sociais e de Saúde no Meio Rural.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.4 Necessidades em Saúde: Dimensões Subjetivas dos Determinantes Sociais em Saúde.....</b>	<b>37</b>
<b>2.1.5 Pluralidade e Mobilidade na Busca de Saúde.....</b>	<b>44</b>
<b>2.1 Problematizando a Temática em Estudo .....</b>	<b>53</b>
<b>2.2 Desigualdades Sociais, Determinantes e Necessidades de Saúde no Município de Canguçu e a Comunidade de Rincão dos Maia.....</b>	<b>53</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>62</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>62</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>62</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2 Local de estudo.....</b>	<b>65</b>
<b>4.3 População e amostra em estudo.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4 Coleta de dados.....</b>	<b>66</b>
<b>4.4.1 Compartilhando as Experiências Vivenciadas no Desencadeamento da Pesquisa.....</b>	<b>67</b>
<b>4.4.2 Produção dos dados.....</b>	<b>70</b>
<b>4.5 Análise dos dados.....</b>	<b>72</b>
<b>4.5 Considerações éticas.....</b>	<b>75</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>76</b>
<b>5.1 O Município de Canguçu: regionalização, estrutura e oferta de serviços de saúde.....</b>	<b>76</b>
<b>5.2 Caracterização da População Rural do Rincão dos Maia.....</b>	<b>78</b>

5.2.1 Características Socioeconômicas e Condições de Vida da População do Rincão dos Maia.....	92
5.3 Concepções de Saúde e Doença das Famílias do Rincão dos Maia.....	113
5.3.1 Concepção de Saúde das Famílias do Rincão dos Maia.....	113
5.3.1.1 Concepção Biologicista: a pessoa não pode ter doença ou enfermidade.....	114
5.3.1.2 Hábitos Cotidianos: saúde, pra mim é higiene, a casa tem que ser bem organizada e se alimentar bem .....	117
5.3.1.3 Harmonia entre Indivíduo, Sociedade e Natureza: conversar com as pessoas, ter amizade, se dar bem, ter prazer de sair.....	120
5.3.2 Concepção de Doença das Famílias do Rincão dos Maia.....	122
5.3.2.1 Incapacidade: doença, deus me defenda, mas é um atraso da vida.....	123
5.3.2.2 Comportamento Cotidiano: a doença vem da própria saúde, tu vais te estressando, tu vais te esmagando, tu vais fazendo as plantações e não dá certo. ....	126
5.3.2.3 Presença de Doença: deixa a gente completamente desorientado, parece que o mundo nem é o mesmo .....	129
5.3.3 Autopercepção do Estado de Saúde dos Entrevistados na Comunidade do Rincão dos Maia.....	132
5.3.3.1 Saudável: tive meus problemas, mas me considero muito saudável...133	
5.3.3.2 Adoecido: agora eu me considero que eu sou doente, porque eu mudei a minha vida.....	135
5.3.3.3 Alternância de Estado: tem dias que eu acho que não estou normal, tem dias que eu acho que estou com boa saúde.....	138
5.4 Práticas em Saúde e Doença das Famílias do Rincão dos Maia.....	141
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	174
REFERÊNCIAS .....	180
APÊNDICE A – Instrumento para caracterização da população do Rincão dos Maia .....	199

<b>APENDICE B – Instrumento para coleta de dados qualitativos.....</b>	<b>200</b>
<b>APÊNDICE C – Instrumento para observação participante .....</b>	<b>204</b>
<b>APÊNDICE D – Variáveis sociodemográficas: categorias e agrupamentos ....</b>	<b>205</b>
<b>APÊNDICE E – Variáveis utilizadas para compor a representação do nível de vida das famílias entrevistadas.....</b>	<b>207</b>
<b>APÊNDICE F – Variáveis utilizadas para compor a representação do nível de mobilização de recursos sociais.....</b>	<b>208</b>
<b>APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>208</b>
<b>ANEXO A – Localização geográfica do Município de Canguçu.....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXO B – Mapa ilustrativo do Município de Canguçu .....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto-Base.....</b>	<b>212</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa denominada Políticas e Práticas de Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GESC) dessa Escola e no Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Meio Ambiente e Desenvolvimento (GRIMAD) do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, da mesma Universidade. Visou ao estudo das necessidades de saúde constitutivas das práticas e do apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes em uma comunidade rural.

O interesse em desenvolver tal temática adveio do período em que atuei na Residência Integrada em Saúde Coletiva e Atenção Básica, o qual me propiciou dois anos de convívio em uma Comunidade pobre, na periferia de Porto Alegre, cuja origem de antigos moradores é rural, assim como possibilitou a observação de estratégias criadas na busca de superação das limitações econômicas, por meio da constituição de redes sociais.

A proposta de pesquisa integra um projeto-base, desenvolvido por uma equipe de pesquisadores do GESC e do GRIMAD, financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e do Departamento de Ciência e Tecnologia (MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT) edital de número 026/2006, na temática dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Esse projeto-base denomina-se “Determinantes Sociais e Interfaces com a Mobilidade de Usuários: análise de fluxos e utilização de Serviços de Saúde”, no qual é proposto o estudo das interfaces entre os determinantes sociais e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e utilização de serviços da Atenção Básica e de Média Complexidade de alguns Municípios da “Metade Sul do Rio Grande do Sul”. Tal proposta contempla a análise da oferta e da demanda por esses serviços, considerando as condições de vida e as necessidades de saúde dos usuários, bem como uma análise da organização da rede de serviços e das ações por ela desenvolvida (GERHARDT, 2006a). Esta proposta parte da participação dos pesquisadores da equipe em um Programa de Pesquisa Interdisciplinar

(PROINTER<sup>1</sup>), e dos resultados obtidos na dissertação de Mestrado intitulada “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS” (ROESE, 2005).

Estabeleceu-se no projeto do PROINTER uma área empírica formada por um conjunto de oito Municípios com características visivelmente diferentes e dimensões compatíveis com a possibilidade de realização da pesquisa: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, São Lourenço do Sul e Santana da Boa Vista. O diagnóstico inicial dessa área indicou heterogeneidades nas relações entre a sociedade e o meio natural, especialmente no meio rural (VERDUM *et al.*, 2008).

No entanto, os resultados preliminares da dissertação que deu origem ao projeto-base evidenciaram a necessidade de aumentar o número de Municípios, de oito para treze, em decorrência de suas proximidades geográficas, e do fato de sua dinâmica de serviços de saúde estar imbricada aos demais Municípios supracitados. Portanto agregaram-se os municípios de Amaral Ferrador, Dom Feliciano, Piratini, Sentinela do Sul e Tapes (GERHARDT, 2006a).

A combinação de uma série de fatores econômicos que se reflete no ambiente e no quadro social da área de estudo, representada pelos oito Municípios, deve-se à diversidade de situações, entre as quais se destaca estados de estagnação e declínio, do ponto de vista econômico, apresentando fatores que indicam a existência de fortes impactos ambientais ligados às atividades produtivas de arroz, fumo e mineração; do ponto de vista social, ressalta-se a existência de uma diversidade de grupos sociais e sistemas produtivos em interação, como os remanescentes de quilombos e, mais recentemente, a presença de vários assentamentos. Portanto, a escolha desses Municípios encontra sua justificativa nesses diferentes elementos (VERDUM *et al.*, 2008).

As dinâmicas dessa área são transversais, como fundamentam os estudos já realizados (VERDUM *et al.*, 2008), oferecendo elementos que contribuem para o entendimento da problemática da área de estudo para o Campo da Saúde.

---

<sup>1</sup> O PROINTER é proveniente de um acordo de cooperação inter-universitário franco-brasileiro CAPES-COFECUB nº 330/2000, entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem, por meio do GESC e Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná (PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO RURAL - PGDR, 2005), as quais se reuniram em torno da elaboração e desenvolvimento desse programa de pesquisa. Constitui um conjunto de competências científicas voltadas para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais e naturais, na perspectiva de analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida. Para tanto, buscou-se um espaço geográfico, onde as características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo, numa ótica interdisciplinar (VERDUM *et al.*, 2008).

A partir desses elementos, as reflexões teóricas empreendidas pela equipe do programa de pesquisa, mostram que as populações da área de estudo são afetadas por processos diferenciados de geração de desigualdade implicando uma relação dialética de empobrecimento e enriquecimento. Esses processos são mudanças nas condições de existência dos indivíduos, as quais não se reduzem às modificações de seu nível de renda ou de seu poder aquisitivo, mas envolvem uma variedade de outras dimensões de sua existência, como as oportunidades e capacidade de formular projetos para si e para sua descendência, de se reproduzirem social e fisicamente, por meio da participação de organizações sociais e da satisfação das necessidades básicas e de saúde (VERDUM *et al.*, 2008).

A análise desses elementos e da 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 (VERDUM *et al.*, 2008).

Portanto, em decorrência dessas características contextuais, este estudo buscou explorar o contexto de vida, na compreensão das necessidades de saúde e das 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 envolvidas.

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 os determinantes sociais, agindo sobre a saúde. Diante das condições materiais de desigualdade, a população reage, ou não, por meio de estratégias que poderão contribuir para seu enfrentamento, superação ou conformidade. Portanto, as necessidades, as práticas e o apoio social são dimensões dos determinantes sociais em saúde, podendo contribuir para a compreensão das desigualdades sociais.

Diante do exposto, esta pesquisa realizou-se no município de Canguçu, na localidade de Rincão dos Maia, tendo em vista a influência das desigualdades sociais sobre a saúde, assim como as estratégias que as pessoas utilizam para superá-las.



Acredita-se que este estudo contribui para o conhecimento e reflexão de enfermeiras (os) e demais integrantes da equipe de saúde, no que se refere às necessidades na Área da Saúde, às práticas terapêuticas no enfrentamento de problemas relativos ao binômio saúde/doença, assim como a sua relação com redes de apoio social de famílias de uma localidade rural de Canguçu. A compreensão dessas dinâmicas em um micro espaço, pode ajudar na efetivação de políticas públicas voltadas à integralidade em Saúde.

Observa-se que a população, por sua vez, vem desenvolvendo movimentos, muitas vezes imperceptíveis, que, no entanto, compreendem experiências construídas a partir de sua lógica de ação, as quais podem ser identificadas na existência de redes, no movimento e nas práticas cotidianas dos sujeitos. Portanto, torna-se necessário conhecer as “maneiras de fazer” desse coletivo, identificando as práticas relacionadas direta e indiretamente às suas experiências com a saúde e a doença que conformam os itinerários terapêuticos. Tais práticas podem sinalizar um caminho para a incorporação de outros olhares na lógica dos serviços de saúde (ACIOLI, 2006a).

Dessa forma, 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 da comunidade, ou na mobilidade em busca de práticas e de Serviços que satisfaçam sua necessidade de saúde. Portanto, a tentativa de conhecer o que as pessoas relacionam a suas necessidades de saúde, como escolhem suas práticas e como interagem com o apoio social, constituem o objeto deste estudo.

A partir dessas considerações iniciais e motivações, apresenta-se, na seqüência, a contextualização do problema de pesquisa, os questionamentos e reflexões que levaram à formulação dos objetivos, à escolha do caminho metodológico a ser seguido, referências, apêndice e anexos.

## **2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

Neste capítulo são apresentados elementos para a contextualização teórica, por meio da revisão de literatura e descrição da Área empírica, as quais possibilitaram a construção do problema de investigação.

### **2.1 Revisão de Literatura**

Os tópicos desenvolvidos serão: Desigualdades Sociais e de Saúde; Como Interagem as Desigualdades e os determinantes Sociais em Saúde; Desigualdades Sociais e de Saúde no Meio Rural; Necessidades em saúde: Dimensões Subjetivas dos Determinantes Sociais de Saúde e Pluralidade e Mobilidade na Busca de Saúde.

#### **2.1.1 Desigualdades Sociais e de Saúde**

As desigualdades sociais e de saúde representam grande contribuição às disparidades entre os diferentes grupos sociais no que se refere à privação das pessoas em desenvolver suas capacidades de vida e de saúde (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE – CDSS, 2005). Anand (2004) entende que a desigualdade nega a igualdade de oportunidade, acarretando prejuízo à saúde. Ao serem classificadas, as desigualdades podem ser descritas como naturais e sociais; as primeiras se referem às diferenças individuais, como sexo, raça e idade: as sociais relacionam-se à estruturação de uma sociedade, nas formas de ocupação das posições na organização social, no sistema de produção e no acesso a bens de consumo (SILVA; BARROS, 2002). Em relação às desigualdades naturais, isto é, as diferenças inerentes ao sexo, raça e idade, elas precisam ser consideradas em suas especificidades nos processos de saúde e doença.

Diferentemente, iniquidade representa o fracasso para evitar ou superar as desigualdades em saúde, as quais infringem as normas de direitos humanos e são injustas. A iniquidade pode ser compreendida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder (CDSS, 2005). As iniquidades em saúde, entre grupos e indivíduos, representam aquelas desigualdades que, além de sistemáticas e relevantes, são

também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000). Por sua vez, equidade na saúde pode ser definida como ausência das diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis de populações ou grupos definidos por meio de critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos (CDSS, 2005).

A reflexão a respeito das desigualdades sociais e de saúde foram objeto de investigação desde os séculos VI e VII a.C., na Grécia, onde a preocupação era legitimar as diferenças entre pessoas destinadas a comandar e os que deviam obedecer (SILVA; BARROS, 2002). Com enfoque diferente, em 1847, na epidemia do tifo, na Alemanha, Virchow evidenciou as causas econômicas, sociais e políticas como colaboradoras da epidemia. Da mesma forma, na Inglaterra, Chadwick, elaborou um relatório sobre as precárias condições sanitárias vividas por algumas pessoas, na época, as quais eram relacionadas aos processos de adoecimento e morte. Entre bairros com as piores condições e os que possuíam as melhores, a diferença na expectativa de vida era de 25 e 43 anos de idade, respectivamente (ROSEN, 1994).

Desigualdades de saúde, portanto, relacionam-se à distribuição desigual de fatores de exposição ao risco de adoecer ou morrer, assim como ao acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos. Os padrões de desigualdade na saúde variam segundo os dados demográficos, ambientais e as intervenções de políticas públicas (DUARTE *et al.*, 2002).

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, que traduzem o risco de morte prematura dos indivíduos que a eles pertencem. Para a autora, os fatores sociais influenciam a saúde, como o padrão habitacional, a influência ambiental e comportamentos relacionados à saúde. Historicamente, o relatório Lalonde, no Canadá, creditado como sendo o primeiro relatório do governo a identificar outros fatores, além do sistema de saúde, como condutores da saúde da população, estimulou a estratégia da Organização Mundial da Saúde - OMS na abordagem dos determinantes sociais, para desenvolver e cumprir as políticas públicas de saúde (LALONDE, 1974).

Nesse sentido, vários modelos foram desenvolvidos para traduzir o conceito de determinantes sociais; um dos mais conhecidos é o modelo de Dahlgren e Whitehead (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). Apesar de os modelos diferirem no

estilo e complexidade, a maioria representa a saúde como resultado da influência da rede social, da economia e cultura de uma sociedade, nas características do contexto social, de família e comunidade (GRAHAM, 2004).

No entanto, as medidas clássicas da desigualdade de saúde estão relacionadas à mortalidade infantil, expectativa de vida ao nascer, escolaridade e renda dentre outros indicadores (NUNES *et al.*, 2001). Considera-se o conhecimento dos mesmos uma etapa importante na avaliação da saúde, porém, ao utilizar somente essa perspectiva, perde-se de vista a capacidade do indivíduo de interação com essas condições.

Neste sentido, Gerhardt (2007a) também ressalta que existe praticamente um consenso de que as pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde, mas tal construção não considera o papel dos atores sociais na mediação das suas condições de vida e saúde.

Dessa forma, analisar o cenário socioeconômico por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma das maneiras de conhecer as dinâmicas que colaboram na produção das desigualdades sociais e de saúde.

Desde o ano de 1990, o Relatório do Desenvolvimento Humano publica, anualmente, o IDH, que procura estender-se além do Produto Interno Bruto - PIB, para uma definição mais ampla de bem-estar. O IDH fornece uma medida composta de três dimensões do desenvolvimento humano: expectativa de vida; alfabetização, por meio de matrículas no Ensino Fundamental, Médio e Superior; bem como semelhança no poder de compra, representado pela renda. No entanto, o índice não mede toda a dimensão do desenvolvimento humano, pois não inclui indicadores referentes aos direitos humanos e às liberdades políticas. Por meio dele é fornecida uma visão ampliada do progresso humano e da complexa relação entre a renda e o bem-estar. No IDH do ano de 2007, que se refere a 2005, são realçadas as profundas lacunas existentes em termos do bem-estar e das oportunidades de vida que continuam a dividir o mundo, cada vez mais interligado e ameaçado pelas alterações climáticas (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME - UNDP, 2006 PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2007).

Tais alterações são observadas por meio da precipitação da temperatura dos sistemas climáticos e aquecimento global. Os quais afetarão todos os países, de

forma mais imediata as populações mais pobres do mundo, cujas perdas na produção agrícola, levarão a uma crescente subnutrição e a escassas oportunidades para a redução da pobreza (PNUD, 2007).

Lopes (1999) argumenta que a idéia central do desenvolvimento é a de propiciar aos seres humanos uma vida de boa qualidade, e a respeito do modelo de desenvolvimento sustentável, ressalta a sua possibilidade de considerar os indivíduos em sua complexidade, incluindo não apenas a esperança de vida, ao nascer, mas também aspectos econômicos, tecnológicos, culturais e éticos, num processo de respeito e responsabilidade na manutenção da vida em um planeta saudável. Em contraponto, o sistema capitalista, preza os interesses comerciais e a exploração de trabalhadores, prevalecendo a ideia da mais valia. Tal modelo de desenvolvimento produz uma crescente desigualdade na distribuição de renda, impondo uma economia concentrada e excludente (ESTENSSORO, 2003).

Acredita-se que a idéia de desenvolvimento ou o ato de desenvolver deva ser acompanhado por todas as pessoas, no direito de usufruir de condições que lhes permitam uma vida sem privações.

Para Sen (2001) o desenvolvimento deve permitir a todos os indivíduos a capacidade de exercerem uma das funções mais importantes e elementares para o padrão de vida, o de serem capazes de ter uma vida longa e saudável. O autor salienta que freqüentemente tais condições divergem do fator renda *per capita* de um modo realmente impressionante; a Costa Rica, considerada um país pobre, com um PIB *per capita* de somente 1.780, atinge uma esperança de vida de 75 anos, comparado aos Estados Unidos da América, que, com um PIB *per capita* de 20.910, possui uma esperança de vida, ao nascer, de 76 anos. Essa diferença parece relacionar-se, em maior medida, com as desigualdades nas condições sociais, educacionais e epidemiológicas do que propriamente nas diferenças de renda (SEN, 2001).

A ideia de desenvolvimento não se restringe apenas ao crescimento econômico, regiões desenvolvidas podem não ser aquelas que fazem uso de eficientes fatores de produção. A superação da dicotomia espacial entre o rural versus urbano ou o campo versus cidade, oportunizará olhar a diversidade de ações, estratégias e trajetórias que os atores adotam visando sua reprodução social e econômica. Trata-se, portanto, de respeitar e viabilizar a heterogeneidade social e econômica dos territórios, em direção ao desenvolvimento (SCHNEIDER, 2004).

Nesse sentido, pensa-se o desenvolvimento para além dos índices econômicos, que são importantes de se conhecer, mas nem sempre traduzem a realidade vivida por toda a população. O Brasil, por exemplo, na relação de 177 países ocupava, em 2005, o 70º lugar com IDH de 0,800 e 9º lugar no PIB. Todos os países que estão incluídos no IDH são classificados em três grupos, de acordo com as suas realizações no desenvolvimento humano: alto desenvolvimento humano (IDH igual ou superior a 0,800), que é o caso do Brasil; médio desenvolvimento humano (IDH de 0,500 a 0,799) e baixo desenvolvimento humano (IDH inferior a 0,500) (PNUD, 2007).

Uma medida usada para representar a desigualdade na distribuição de renda é o coeficiente Gini, graduado numa escala de 0 (igualdade perfeita) a 100 (desigualdade perfeita); esse índice, no Brasil, estava em 57, no ano de 2005, evidenciando a concentração de renda existente no país e seus desafios em superá-la (PNUD, 2007).

Conforme referido anteriormente, as desigualdades que atingem as pessoas, ao longo de sua vida, são resultantes de uma complexa cadeia de múltiplos fatores que se devem, em parte, à relação entre os padrões de distribuição de renda e os níveis de pobreza. O Brasil tem uma renda média, considerando a alta desigualdade em sua distribuição, três vezes mais elevada do que no Vietnã, onde essa desigualdade é baixa. Dessa forma, a renda dos 10% mais pobres, no Brasil, é inferior aos 10% mais pobres, do Vietnã. As altas disparidades de renda são prejudiciais para o crescimento e afetam a taxa que é traduzida em redução da pobreza. As desigualdades presentes na distribuição de oportunidades para o desenvolvimento humano são visíveis nas disparidades regionais. No Brasil, por exemplo, isso se evidencia na taxa de mortalidade infantil, enquanto no Nordeste são 52 mortes por 1.000 nascidos vivos, no Sudeste esse índice caiu para 20 mortes (PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO – PNUD, 2005). Essa ocorrência de extrema diferença nos padrões de mortalidade impede as pessoas que nascem nas regiões menos favorecidas de viverem uma vida longa e saudável.

No Brasil, apesar de avanços, em termos de políticas compensatórias de renda, como a utilização do programa bolsa família, faz-se necessário aumentar a renda *per capita* permanente dos indivíduos pela transferência de capital produtivo, por meio da qualificação da educação pública, políticas de micro-crédito, reforma

agrária e investimento na saúde pública (NÉRI; SOARES, 2002; MAGALHÃES, BURLANDY; SENNA, 2007). Acredita-se que tais investimentos podem contribuir para a autonomia e desenvolvimento de comunidades locais.

Ao considerar o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico do Rio Grande do Sul, este ocupa o quarto lugar no ranking nacional, com o IDESE de 0,761, com o PIB de R\$ 193,5 bilhões e o PIB per capita de R\$ 17.281,00. O IDESE é um índice inspirado no IDH, que abrange quatro blocos temáticos: educação, renda, saneamento, domicílios e saúde. Seu valor varia de zero a um e, permite assim como o IDH, permite que se classifique o Estado ou os Municípios em três níveis de desenvolvimento: baixo (índices até 0,499), médio (entre 0,500 e 0,799) ou alto (maiores ou iguais a 0,800). As Macroregiões Nordeste e Metropolitana apresentaram índices significativamente superiores às demais, com relação à economia, o IDESE é maior em Municípios mais dependentes da indústria do que da agropecuária (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE, 2009).

Na busca de contextualizar os índices de desenvolvimento e as condições de vida das pessoas, apresentar-se-ão dois estudos que contemplam situações de desigualdade social: o primeiro, moldando o atendimento de saúde e o segundo, impedindo crianças de desfrutarem de condições favoráveis para sua nutrição e saúde.

A pesquisa intitulada “Condições de saúde das mulheres: estudo de base populacional na região do Vale do Rio dos Sinos” investigou mulheres de 20 a 60 anos de idade, residentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo, RS. O objetivo desse estudo foi identificar o nível de cobertura do exame clínico de mamas e características associadas à não-realização do exame. Observou-se que as mulheres inseridas em classes econômicas mais baixas (C, D e E) apresentaram menor probabilidade de serem examinadas. Ao incluir outros fatores em estudo, como o acesso aos serviços de saúde, o número de consultas médicas, o tipo de serviço e presença de fatores de risco para o câncer de mama, não foi evidenciada alteração no resultado. Em relação à cor da pele, as mulheres brancas têm maior probabilidade de serem examinadas; tais achados apontam para problemas no acesso e iniquidades na assistência (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2007).

Acredita-se que esta pesquisa sinaliza que as desigualdades não se dão apenas em uma esfera macroeconômica, elas são repetidas ou reafirmadas em alguns contextos dos Serviços de Saúde; no caso citado, os profissionais não

consideram a necessidade de saúde da paciente e utilizam critérios preconceituosos para encaminhar seu atendimento.

No outro estudo, dez Municípios do Estado da Bahia foram avaliados quanto à associação entre condições sociais, econômicas, estado de saúde e nutrição, entre crianças de até cinco anos de idade (pré-escolares) das áreas urbana e rural. Observou-se que as desigualdades sociais e econômicas diminuíam o acesso às condições básicas de sobrevivência, deixando marcas no estado de saúde e nutrição das crianças. As autoras do estudo apontam que apesar da melhora dos indicadores de saúde, dos avanços tecnológicos, da prevenção de doenças por meio de vacinação, do tratamento de doenças infecto-contagiosas e das políticas compensatórias, o risco de adoecer e morrer continua mais alto entre as crianças das áreas mais pobres do Brasil. Tal cenário foi constatado em áreas urbanas e rurais, no entanto, o estudo conclui que na área rural as crianças pertencem em maior número ao estrato mais pobre. O resultado é consistente, levando em conta as informações disponíveis sobre o Nordeste rural, onde se registram as mais elevadas taxas de mortalidade infantil (ASSIS *et al.*, 2007).

Como evidencia esse estudo, as desigualdades que algumas crianças sofrem durante seu processo de desenvolvimento acarretam conseqüências muitas vezes fatais, ou podem deixar marcas ao longo de suas vidas. Em determinadas áreas geográficas as desigualdades socioeconômicas e em saúde chamam mais a atenção, desafiando a formulação de políticas públicas que contemplem as diferentes realidades regionais do Brasil.

Em grande parte dos estudos que consideram as desigualdades sociais e de saúde são utilizadas abordagens quantitativas, por meio de dados secundários, e enfocam mais as populações residentes em áreas urbanas (TRAVASSOS *et al.*, 2000; BARROS *et al.*, 2006; DACHS, 2002). Diante disso, acredita-se que estudos qualitativos contribuem para o conhecimento e compreensão desses processos de desigualdades em uma dimensão mais aprofundada, considerando tanto o meio urbano quanto o rural como espaços diferentes.

### 2.1.2 Como Interagem as Desigualdades e os Determinantes Sociais em 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 Assembléia 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, diminuindo, dessa forma, as desigualdades entre as pessoas.

Para esse fim foi criada, em março de 2005, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS) (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH – CSDH, 2005), para a qual esses Determinantes são 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.

Após um longo período em que o foco era o indivíduo, estimulado pelas descobertas da Microbiologia, o conceito dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) ressurgiu no final dos anos 70 e no início dos 80, apontando as limitações dessas intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. As críticas eram formuladas no sentido de que, para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar não apenas o indivíduo, mas o coletivo, por meio de pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades nas quais esses indivíduos se inserem (CDSS, 2005).

Apesar disso, em alguns contextos os DSSs continuam a ser compreendidos como características do indivíduo; no entanto, estudar a formação das redes de apoio social, e o modo como ocorre a inserção e a participação das pessoas na sociedade, de uma forma geral, poderá oferecer subsídios para a compreensão dos processos vividos ou das estratégias para superá-los (CDSS, 2005).

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 16 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, mais o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), o Conselho de Secretarias Municipais da Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). 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, 2007; BUSS, 2006).

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 aponte alternativas para que as mesmas possam ser reduzidas ou remediadas, levando em conta outras variáveis além das socioeconômicas. Corroborando essa idéia, Santos (2006), ao analisar a produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciou que o foco se mantém nas dimensões biológicas, desconsiderando a influência dos diversos fatores que agem nas situações de desigualdade, e concluiu enfatizando que num processo complexo de desigualdades sociais e de saúde é indispensável que se congreguem variáveis de outros campos do conhecimento, como o político, o social, o ambiental e o cultural.

Diante da complexidade entre as relações de desigualdades sociais e de saúde a CSDH (CSDH, 2005) propôs um modelo conceitual, incluindo as principais categorias do DSS, sendo elas os determinantes estruturais, intermediários e o contexto sóciopolítico. Os determinantes estruturais se referem àqueles que geram a estratificação social, incluindo os fatores tradicionais ligados à renda e à educação e também os que estão ligados ao gênero, etnicidade e sexualidade. Os intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social, colaborando para a determinação das diferenças na vulnerabilidade e exposição às condições que comprometem a saúde. Estão incluídas nessa categoria as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável.

O sistema de saúde é compreendido como determinante intermediário, reunindo as diferenças de exposição e vulnerabilidade relacionadas aos modelos de organização e de fornecimento de serviços de saúde. Nesse sentido, o Sistema de Saúde pode tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados de saúde, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o status da mesma (CSDH, 2005).

Em relação ao contexto sóciopolítico, insere-se um amplo grupo de aspectos estruturais, culturais e funcionais, cujo impacto sobre os indivíduos dificulta a quantificação, mas exerce uma grande influência na formação de padrões de estratificação social e, portanto, sobre as oportunidades de saúde das pessoas. Ainda nesse contexto, são encontrados vários mecanismos sociais e políticos que são constituídos e constituem as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o

sistema educacional e as instituições políticas, bem como o nível de participação dos atores em âmbito nacional e local. A CSDH considera também os efeitos da globalização por meio dos acordos comerciais internacionais interferindo nos DSSs (CSDH, 2005).

Observa-se que, para a CSDH, os Serviços de Saúde assumem uma posição estratégica na identificação e encaminhamento das disparidades em saúde, mediante sua organização e potencialidade para a articulação intersetorial. Donabedian (2003) reforça a marcante relação entre desigualdade e Serviços de Saúde, referindo-se ao acesso aos cuidados, que denomina de “acessibilidade”, a facilidade com que as pessoas podem obter o cuidado, e isso dependerá de alguns fatores, como os espaciais, organizacionais, econômicos, sociais e culturais. Em relação aos fatores espaciais estes encontram-se na distância das fontes de cuidado e na disponibilidade de custo e transporte, eles referem-se aos dias e horas em que os Serviços de Saúde estão abertos para receber os pacientes. Os econômicos incluem renda e posse de um plano de saúde, os fatores sociais e culturais relacionam-se à etnia ou preferência religiosa daqueles que procuram cuidados ou de quem os proporciona.

Dessa forma, compreende-se que os Serviços de saúde podem realmente interferir no processo de desigualdade social e de saúde; no entanto, é preciso proporcionar aos usuários acesso aos mesmos, o que está além da simples entrada do usuário, volta-se para a forma como ocorre a interação de quem busca e quem oferece o cuidado. Acredita-se que para a compreensão dos DSSs não basta olhar para a organização da oferta e da demanda sob a ótica dos Serviços, é necessária a interlocução com os usuários ou os potenciais usuários, por meio do entendimento das práticas terapêuticas que se estruturam a partir dos conceitos de saúde e doença e da construção das necessidades de saúde.

### 2.1.3 Desigualdades Sociais e de Saúde no Meio Rural

Algumas disparidades ficam ainda mais evidentes quando são analisadas as zonas rurais ao redor do mundo: dois terços de todas as pessoas que sobrevivem com menos de um dólar por dia encontram-se no meio rural. A Agricultura, por sua vez, representa uma área de preocupação especial, pois as perspectivas para os trabalhadores saírem da pobreza são diretamente afetadas pelas regras que regem o comércio agrícola, muitas vezes direcionadas aos grandes produtores e à monocultura (PNUD, 2005; 2007).

O sustento destes trabalhadores depende da agricultura de subsistência e do trabalho no campo, sendo que as avaliações globais do impacto das alterações climáticas na agricultura revelam variações extensas, mesmo dentro dos países, aumentando os riscos de reduzir a produtividade da agricultura dos países em vias de desenvolvimento (PNUD, 2007).

No Brasil, as desigualdades sociais foram fortemente marcadas pelas transformações pelas quais o país passou na segunda metade do século passado, entre 1950 e 1980, juntamente com outros países da América Latina, quando o país experimentou uma rápida transição de uma sociedade agrária para uma sociedade urbana, nos moldes capitalistas (GOODMAN, 1986).

Esse processo de mudança ancorava-se na produção agrícola extensiva, baseada no latifúndio e orientada para o mercado externo. Em relação à estratificação social, a dependência ao setor primário exportador implicava não só uma elevada concentração fundiária, como também a existência de uma sociedade rural dividida. De um lado, um pequeno grupo de grandes proprietários agrícolas constituía-se como o núcleo do poder da elite nacional; de outro lado, tinha-se uma extensa massa de trabalhadores rurais, formada tanto por aqueles envolvidos na pequena produção familiar, por conta própria, como por trabalhadores assalariados e por aqueles inseridos em formas tradicionais de relação produtiva, tais como a parceria e a meação (SILVA, 2003).

De acordo com este autor as características mais relevantes para a compreensão do caso brasileiro são de naturezas distintas e se inter-relacionam. A exportação de recursos naturais implicou em desenvolver um sistema agropecuário apoiado no emprego extensivo de mecanização, fertilização e no uso de defensivos químicos. O alto custo social de tais procedimentos propiciou o aprofundamento da

concentração fundiária e a intensificação do êxodo da mão-de-obra rural em direção às áreas urbanas, num processo de proletarização e assalariamento dos trabalhadores que permaneceram nas áreas rurais. Dessa forma, a pequena produção familiar e a agricultura de subsistência foram reduzidas.

O modo distinto com que se deu a exploração da terra pelos diferentes grupos sociais assinalou as diferenças do meio rural: enquanto um grupo utilizava-se da produção em grande escala, com predomínio da monocultura, por meio da mecanização e defensivos agrícolas, o outro se utilizava de técnicas mais simples e da diversificação do plantio, que permitia a subsistência da família e a comercialização do excedente. Esses dois grupos ainda se diferenciavam nas questões comerciais locais, pois o grande proprietário investia seus lucros normalmente em outra cidade, com maior valorização imobiliária, centros universitários para os filhos etc., enquanto o pequeno produtor investia localmente seus poucos recursos.

Portanto, pode-se dizer que as formas como as pessoas vivem, trabalham, organizam-se social, econômica e politicamente, refletem em suas condições de vida e saúde. As condições econômicas desfavoráveis dificultam o acesso a bens de consumo que poderiam melhorá-las, no entanto, não há uma relação linear entre as piores condições econômicas e as de vida e saúde. Gerhardt (2007a) afirma a importância de aprofundar o conhecimento sobre os aspectos de cada realidade social, num processo de identificação das desigualdades e suas complexas relações com saúde.

Em relação ao meio rural, dois estudos exemplificam questões de saúde e desigualdade em zonas rurais e urbanas, com enfoque quantitativo, evidenciando a falta dos estudos que explorem outro enfoque metodológico.

Ao utilizar dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, de 1998, Kassouf (2005) traçou um panorama geral da saúde e do atendimento dos indivíduos nas áreas urbana e rural, adultos de 40 a 60 anos de idade. Em relação à auto-avaliação do estado de saúde, as pessoas do meio rural o avaliaram como ruim e muito ruim, em maior número do que na área urbana. Quanto ao Sistema Público de Saúde, no meio rural uma proporção maior de indivíduos o utiliza, em comparação ao urbano. A maior proporção de pessoas na área urbana procura atendimento à saúde para exames de rotina ou de prevenção, enquanto, no meio rural, o principal motivo é por doenças. A autora salienta a necessidade do enfoque

preventivo, assim como acesso facilitado aos serviços de saúde para essa população rural.

No Chile, foram investigados diferentes Serviços de Saúde nas zonas rurais e urbanas, considerando os problemas enfrentados pelas populações, como diabetes, hipertensão, gravidez na adolescência, causas de mortalidade, mortalidade infantil, dentre outros. Montoya-Aguilar (2007) concluiu que, dependendo da localização dos Serviços de Saúde no meio rural, o nível de saúde da população era melhor do que o urbano. No entanto, mesmo no interior do meio rural, o estado de saúde difere de uma localidade para outra: em uma, foi constatado baixo índice de hospitalização, enquanto, em outra, maior índice de mortalidade por trauma. O autor chama a atenção para a importância de se levarem em conta os fatores sociais, culturais e de pobreza, ao analisar a saúde nas comunidades, pois existem componentes nas realidades rurais que se mostram relevantes para a atividade do Sistema de Saúde, como a distância, o transporte, a comunicação e as condições de vida.

Observa-se que, em ambos os estudos, os moradores de zonas rurais apresentam peculiaridades em relação aos da zona urbana; sendo assim, é fundamental que os Serviços de Saúde tenham presente as singularidades dos usuários atendidos, fazendo-se necessário, portanto, considerar aspectos culturais, a organização social, as crenças e valores para que exista uma aproximação com as necessidades que eles apresentam ao procurarem por serviços de saúde. Dessa forma, evidencia-se a necessidade de estudos que permitam conhecer as dinâmicas existentes no meio rural, aprofundando o conhecimento dos aspectos socioeconômicos e de saúde, a partir do cotidiano vivido por grupos específicos.

#### 2.1.4 Necessidades em Saúde: Dimensões Subjetivas dos Determinantes Sociais em Saúde

A compreensão das necessidades de saúde deve 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 considerá-la, bem como a sua construção histórica, recorre-se ao conceito de saúde formulado pela OMS, em 1948, que se revela um tanto utópico, mas ainda utilizado, e expressa que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico,

mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Acredita-se, como Dejours (1986), que inexistente o mais completo bem-estar, seja físico, mental ou social. No entanto, contextualizando essa definição, sabe-se que expressa o desejo dos movimentos sociais do pós-guerra, de que a saúde deveria exprimir o direito a uma vida plena e sem privações (SCLIAR, 2007). Ampliando essa compreensão-desejo, Dejours (1986) relaciona saúde com esperança, como algo proveniente do interior de cada um, não a compreendendo como 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 p.6).

No Brasil, a compreensão do que é saúde “como desejo” foi expressa de forma ampla na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986, mediante a participação de profissionais, usuários e gestores:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É ainda, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grande desigualdade nos níveis de vida (CNS, 1986 p.12).

Apesar de ser um conceito amplo, sua aplicabilidade ainda é um desafio, pois o modelo de sociedade capitalista na qual se vive, impõe desafios ao acesso à alimentação, habitação, organização social e aos demais elementos que colaboram para boas condições de vida. Outro fator é a preponderância na visão da saúde do modelo médico hegemônico, no qual a dimensão biológica é supervalorizada, em detrimento das dimensões subjetivas.

Melo (2005), ao contribuir para uma concepção ampliada de saúde, complementa que ela pode ser entendida como um direito social, ultrapassando as ações específicas de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação, 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.

Em um estudo na cidade de Volta Redonda, no Estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo era levantar as possibilidades e limites na construção da integralidade nos Serviços de Saúde, por meio da relação entre oferta e demanda no cotidiano dos atores, constatou-se que a percepção, tanto de usuários quanto de profissionais, referente à saúde extrapolava as alterações biológicas, incluindo as dimensões

resultantes de aspectos socioeconômicos, culturais, de trabalho, moradia e lazer. No entanto, as percepções da doença se referiam a fatores biológicos e não sociais (PINHEIRO, 2006).

Nessa perspectiva, observa-se que na definição de saúde se recorre a uma conceituação mais ampla, visando explicar a interação do indivíduo na sociedade por meio de conhecimentos da área de Ciências Sociais. Em relação à doença, no entanto, predomina a noção biológica. Pinheiro (2006) salienta que adotar essa explicação para a doença denota a resistência em incorporar elementos do meio social nesse contexto. Além disso, há uma preponderância do poder médico hegemônico na formação dos profissionais de saúde, e, conseqüentemente, na construção da oferta e demanda dos serviços. Constata, então, a necessidade de trabalhar-se com outras abordagens tais como as da Antropologia e Sociologia, e não apenas a restrita aos conceitos normativos do funcionamento do corpo humano.

Nesse sentido, conhecer o significado de saúde e doença é um importante passo para a aproximação da construção social dessas categorias. Segundo Helman (2003), esses significados variam entre as pessoas, famílias, grupos culturais e classes sociais. Para o autor, a saúde, na maioria dos casos, está para além da ausência de sintomas orgânicos desagradáveis; relaciona-se a aspectos físicos, psicológicos e comportamentais. Nas sociedades menos industrializadas ela é compreendida como uma relação harmônica entre as pessoas, natureza e mundo sobrenatural.

Helman (2003) utiliza-se de teorias leigas sobre enfermidade, que denotam concepções abrangentes para explicar o funcionamento do corpo, assim como diversas origens dos desconfortos, por considerar que o conhecimento das mesmas auxiliará no diálogo entre usuários e profissionais de saúde, bem como na compreensão das múltiplas formas de interpretar o sofrimento humano. Nesse sentido, as teorias leigas sobre enfermidade localizam a etiologia dos problemas de saúde como sendo influenciada pelo indivíduo, pelo mundo natural, social e sobrenatural. Na teoria leiga do indivíduo, a responsabilidade recai na pessoa doente, relacionando sua alimentação e hábitos de vida; no mundo natural, que inclui aspectos do meio ambiente e condições climáticas; no mundo social, quando os infortúnios se justificam pelo mau olhar ou bruxaria; e no mundo sobrenatural, em que os agentes seriam entidades ancestrais, como deuses e espíritos.



A definição da doença, portanto, passa pela desarmonia dos fatores citados e por uma série de experiências subjetivas da pessoa que está doente, assim como das demais de seu convívio. Dentre elas destacam-se: percepção na mudança da aparência corporal, por meio da perda de peso ou queda do cabelo; mudança nas funções orgânicas, como urina ou ritmo cardíaco; sintomas físicos desagradáveis que podem ser descritos por febre ou dor; e mudança de comportamento em relação a outras pessoas, dentre outras.

Dessa forma, a doença representa um processo social, envolve outras pessoas além do doente, que cooperarão para que o mesmo assuma seu papel, um papel socialmente construído, no qual ele se coloca temporariamente livre de obrigações e as pessoas que o cercam poderão ver-se no compromisso de cuidá-lo. Essa situação é potencializada se for validada por um profissional da saúde. No entanto, na maioria das vezes, o cuidado ocorre em casa, onde os sintomas são avaliados pela existência ou não de uma doença e como, então, será tratada (HELMAN, 2003).

Ao conhecer essas diferentes dimensões, espera-se respeito à diversidade dos modelos explicativos que, para além das teorias científicas, explicam e interpretam o sofrimento humano, da mesma forma que sinalizam as formas de alívio. Porém, não se espera que os profissionais de saúde abandonem seu conhecimento, que também foi construído socialmente; o que se espera é que a aproximação dos diferentes saberes contribua para uma melhor leitura das necessidades que as pessoas apresentam e que as mobilizam para procurarem um serviço de saúde.

Considerar que tanto a saúde como a doença possuem dimensões objetivas e subjetivas, é aceitar que existem alguns parâmetros objetivos, como, por exemplo, o exame físico ou laboratorial, e outros subjetivos, que abarcam as experiências e percepções que as pessoas construíram individual ou coletivamente (SOUZA, 2005). Trata-se de considerar que essas dimensões interagem, constantemente. Ayres (2007) complementa essa idéia, exemplificando que o estar ou sentir-se saudável não consiste, necessariamente, na presença ou ausência de uma doença; é possível que uma pessoa portadora de uma enfermidade, ao ser questionada sobre sentir-se saudável dirá que sim, enquanto outra, mesmo que não possua qualquer enfermidade, dirá não se sentir saudável. Ao aceitar que saúde e doença possuem sentidos mais amplos, admitimos que ter saúde não é o mesmo que dizer que não

há doença e vice-versa. Portanto, o que se busca é diminuir a assimetria e a oposição que há entre o discurso médico hegemônico e as experiências vividas em relação à saúde e à doença (AYRES, 2007).

A partir dessas considerações, as concepções de saúde ocorrem de forma diferente para as pessoas, conforme o modo de vida, os aspectos sociais, econômicos e culturais. Assim, também, as situações de adoecimento são influenciadas pelas experiências vividas pelo indivíduo e pelo coletivo em que está inserido. Compreender tais concepções poderá colaborar para o processo de interação entre equipe de saúde e usuários, para uma aproximação entre o que as pessoas buscam e o que os profissionais desejam oferecer.

Ao considerar que as necessidades variam entre pessoas, os recursos para satisfazê-las exige o encontro e a escuta. Cecílio (2006) avalia esses componentes de interação entre usuários e equipe de saúde, como subsídios para uma maior aproximação das necessidades que as pessoas apresentam. E acrescenta que a demanda por Serviços de Saúde muitas vezes configura uma adequação das necessidades, tendo em vista o que é ofertado nos Serviços.

Nesse sentido, a prática da integralidade oferece a oportunidade de compreensão das necessidades que influenciaram o usuário a procurar determinado Serviço. Congrega-se a essa idéia, os Serviços em rede, privilegiando todos os espaços como locais de escuta das necessidades singulares de cada pessoa (CECÍLIO, 2006).

A noção do cuidado em saúde requer essa dimensão ampliada da compreensão das condições e situações de vida, remetendo ao conceito de integralidade como pressuposto do olhar sobre os aspectos nos quais a vida transcorre. Para Pinheiro e Mattos (2005), integralidade, em sua expressão, reúne os valores que as pessoas em geral defendem: todas desejam ser bem-tratadas, assim como ter acesso aos serviços de saúde de qualidade e, ao mesmo tempo, que sejam respeitadas as experiências vividas por cada uma. Dessa forma, a noção de integralidade incorpora a necessidade de considerar a individualidade dos atores, sem perder de vista o coletivo, ou seja, o meio social em que os mesmos vivem e se identificam. Considera-se condições de vida o que remete ao material, e situações o que remete ao imaterial, contemplando as estratégias que as pessoas utilizam para adaptar-se às condições de vida ou para modificá-las (GERHARDT, 2007b).

No entanto, essa situação não é estática, o material é modelado pelo imaterial e vice-versa, num sistema circular; a reprodução física, biológica é representada pelo material, o qual se relaciona com o imaterial por meio das representações, valores e relações sociais (RAYNAUT, 2006). Portanto, tal interação é visualizada a partir da constatação das condições de vida de um indivíduo e da maneira como as representações construídas direcionam suas ações. É o que leva uma pessoa a adquirir um eletrodoméstico, por exemplo, uma geladeira, mesmo que ela passe a maior parte do tempo desligada, por não haver alimentos para guardar no seu interior. Na situação inversa, ao apresentar um problema de saúde (uma dimensão do real), o indivíduo busca explicações, além das científicas, utilizando-se de percepções e conhecimento que dêem sentido a sua experiência, neste caso o adoecimento.

Mattos (2005) proporciona um exercício nessa dimensão do material e imaterial ao enfatizar a distinção entre as necessidades de saúde, que dizem respeito a adequadas condições de vida e as necessidades de acesso e consumo de tecnologias supostamente capazes de melhorar ou prolongar a vida. Responder a essas necessidades de saúde requer uma compreensão articulada desses dois conjuntos de necessidades (MATTOS, 2005). Em relação às condições de vida, o acesso à habitação, à água de qualidade e a condições de trabalho interferem no processo de vida das pessoas, da mesma forma que acessar os Serviços de Saúde, quando for preciso.

A expressão necessidades de saúde também é utilizada nos Serviços de Saúde, em especial na área do planejamento para traçar metas e ações que serão empreendidas para a população; no entanto, a simplificação das necessidades de saúde na ótica dos Serviços, segue uma lógica biomédica de instituir saberes e técnicas que dêem conta dessas necessidades (CAMARGO JÚNIOR, 2005). A iniciativa do usuário de procurar um Serviço de Saúde é influenciada por suas experiências anteriores ou a de familiares na tentativa de aliviar um desconforto; porém, o autor chama a atenção para o fato de que, atualmente, a mídia e o apelo crescente ao uso de medicamentos, cuja promessa é de felicidade e perfeita saúde, tende a gerar “dependência” desses cuidados, pois há uma apropriação de saber pelas elites que desvaloriza o saber popular, o qual utiliza elementos do cotidiano e do mundo sobrenatural para explicar processos de adoecimento e cura (CAMARGO JÚNIOR, 2003; 2005; 2007).

Dessa forma, revisitar Foucault (2006) no livro *Microfísica do Poder* é oportunizar uma leitura crítica sobre a noção de necessidade e saber.

Ora, o que os intelectuais descobriram recentemente é que as massas não necessitam deles para saber; elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que eles; e elas o dizem muito bem. Mas existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade (FOUCAULT, 2006, p.71).

Nessa perspectiva dar voz ao saber popular é aceitar que as necessidades não são naturais nem iguais, assim como são desiguais os saberes e as práticas produzidas, a partir das necessidades de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2005).

Campos e Mishima (2005) evidenciaram, como tendo sentidos distintos, as definições sobre as necessidades de saúde, na perspectiva dos usuários e dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na periferia de São Paulo. Os usuários relacionavam necessidades de saúde à necessidade da presença do Estado, de reprodução social e de participação política. No sentido do exercício da cidadania, elegiam o Estado como provedor de políticas de bem-estar e como intermediador na produção de condições de trabalho, colocando nele a oportunidade de levar uma vida digna. Em relação ao atendimento da UBS, os usuários referiram que a mesma atende às doenças e realiza as ações propagadas pelo Ministério da Saúde (MS). Os profissionais, por sua vez, vêm em seu trabalho os problemas de saúde que os moradores apresentam na demanda espontânea da Unidade, não os relacionando muito ao contexto de vida. Ao que se refere às ações de saúde, as mais citadas foram as consultas médicas e os programas determinados pelo MS. As autoras chamam a atenção para a necessidade de conhecer os grupos sociais do território de abrangência da UBS e colocam como um desafio para a Saúde Coletiva entender o coletivo como portador de necessidades heterogêneas.

Assim, concorda-se com Dejours (1986) ao dizer que a noção de saúde passa por experiências pessoais, que vão na direção do bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, a aproximação das necessidades de saúde, ocorre por meio do conhecimento do que significa saúde e doença para as pessoas, e esse significado será diferente em função de suas experiências de vida e interação com o coletivo. Da mesma forma, entende-se que as práticas de saúde adotadas por diferentes atores deverão ir na direção de promover a satisfação de suas necessidades de

saúde, mesmo que compreendam sua mobilidade geográfica, na busca de cuidados que correspondam às necessidades apresentadas.

#### 2.1.5 Pluralidade e Mobilidade na Busca de Saúde

As práticas em saúde, segundo Helman (2003), são escolhas terapêuticas para reduzir um desconforto físico ou emocional, sendo elas próprias influenciadas por um amigo, familiar ou vizinho, e que compreendem desde um descanso, o uso de remédio caseiro, a procura de um curandeiro local ou de Serviços de Saúde. Todas essas medidas poderão ser usadas em qualquer ordem, apenas uma ou duas delas, desde que resultem no alívio do seu sofrimento.

Gerhardt (2000) complementa que a análise dessas escolhas, por meio dos itinerários terapêuticos, permite a compreensão do enfrentamento das questões de saúde e doença, que 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.

Compreender as práticas em saúde visa entender a dinâmica cultural e social de uma determinada sociedade ou grupo, pois algumas concepções populares em torno da classificação de doenças poderão levar a diferentes escolhas terapêuticas. Helman (2003) exemplifica alguma dessas situações a partir de estudos antropológicos, nos quais são descritas enfermidades como resfriado, febre, hipertensão, ansiedade ou nervosismo como problemas leves. Entre os problemas descritos como graves destacam-se aqueles difíceis de prevenir, tratar ou controlar, como o câncer, doenças cardíacas e Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA).

A procura pelo Serviço de saúde, nem sempre segue a correlação com a gravidade da enfermidade, pois alguns fatores podem tanto facilitar quanto dificultar essa procura; dentre eles estão: disponibilidade e capacidade financeira do usuário de custear o tratamento, fracasso ou sucesso de tratamentos anteriores, percepção do problema enfrentado, seja pela própria pessoa ou pelas que a cercam (HELMAN, 2003). O autor acrescenta que para alguns grupos com poder socioeconômico menor, sintomas como cansaço freqüente, dores nas costas, dentre outros, não evidenciam razões para procurar os Serviços de Saúde, a não ser quando esses

sintomas comprometem sua capacidade de realizar as atividades diárias (HELMAN, 2003).

As práticas em saúde desenvolvidas pelos diferentes sujeitos contemplam uma dinâmica social na busca pelo bem-estar físico e mental, as quais estão relacionadas com o significado variável de saúde e doença. Portanto, o sistema de assistência à saúde de uma sociedade é influenciado por sua organização social, cultural, religiosa, política e econômica, as quais evidenciam seus valores e visão de mundo. Nesse sentido, Helman (2003) apresenta a complexidade dessa relação entre sociedade e sistema de saúde ao identificar três setores que se interligam, o setor informal, o popular e o profissional.

No setor informal encontra-se o domínio leigo, em que depois de reconhecido o desconforto se iniciam os cuidados de saúde, que podem ser o de automedicação, tratamento recomendado por pessoas próximas, atividade de cura de igreja e grupo de auto-ajuda, assim como consulta com pessoas leigas que têm experiência com problemas de saúde. Esse setor concentra sua assistência na família, onde as mulheres são as maiores provedoras do cuidado, cuja crença se estrutura no funcionamento do corpo, origem e natureza da doença, remédios da tradição popular, mudanças de dieta e comportamento e remédios industrializados.

O setor popular é formado por curandeiros, espiritualistas, clarividentes, dentre outros, que, na maioria das vezes, compartilham os mesmos valores culturais e visão de mundo da comunidade em que estão inseridos, utilizando modos familiares para explicar as questões de saúde e a sua relação com o mundo social e sobrenatural; neste caso também há risco, especialmente quando o curandeiro não está familiarizado com o funcionamento social das comunidades ou quando se utiliza de práticas que coloquem em risco a saúde.

As profissões da saúde, regulamentadas por lei, formam o setor profissional. De acordo com Helman (2003), elas desfrutam de certo prestígio e poder para interrogar, medicar, indicando, algumas vezes, medicamentos perigosos, assim como podem privar as pessoas de liberdade e convívio familiar, ao ser diagnosticada uma infecção ou doença que precise de internação hospitalar. No entanto, esse recurso nem sempre está disponível, devido ao número reduzido de profissionais e a concentração desses em centros urbanos.

Ao considerar esses elementos, estudos como de Novakoski (1999), Roesse (2005) e Souza (2005) constataram que, ao analisar os itinerários terapêuticos de doenças reconhecidas como leves, a primeira escolha era o setor informal, por meio da automedicação; caso os sintomas não aliviassem, como segunda medida procuravam os profissionais de saúde, sendo o setor popular referido como terceira medida. No caso das doenças consideradas graves, a primeira escolha era a procura dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, Gerhardt (2007b, 2000) relata que a escolha por determinada prática em saúde sofre influência de diversos fatores, dentre eles destacam-se, idade, sexo, categoria social, profissão, etnia, família e interação social, assim como, as características do problema de saúde enfrentado, o fato de ser uma situação crônica, aguda, grave, benigna, o entendimento do que significa doença e a disponibilidade dos Serviços, traduzidos no acesso, vínculo e qualidade. Todos esses fatores influenciarão a escolha, resultando num pluralismo na busca do cuidado, o qual resultará na procura por um curandeiro, religioso, profissional da saúde, automedicação ou até mesmo por nenhum tratamento.

Gerhardt (2006b), em um estudo que contempla os itinerários terapêuticos em situações de pobreza, observa o quanto são diversas e plurais as escolhas dos sujeitos, variando desde o setor informal, por meio do uso de automedicação, tratamento recomendado por parente ou vizinho, passando pelo setor popular e profissional. A autora salienta que cada um possui vantagens e desvantagens, sendo suas escolhas em função da disponibilidade, circunstância e explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo social. Considera, portanto, imprescindível que se atente para as estratégias de enfrentamento dos problemas vividos, de ordem material e imaterial, como expressão das diferentes capacidades do indivíduo em utilizar os recursos que lhe são possíveis (GERHARDT, 2006b).

Dessa forma, conhecer a dimensão que as escolhas das práticas em saúde têm para o indivíduo, é aproximar-se de sua visão de mundo e de cuidado em relação à saúde, bem como das estratégias que lhe garantem reprodução física e social. Essa compreensão poderá levar à retroalimentação das práticas de saúde dominantes, no sentido de aproximar o saber e as escolhas populares do saber profissional (ACIOLI, 2006b). Espera-se que tal aproximação gere, por meio do conhecimento, o respeito às escolhas das pessoas, e a compreensão de que a

pluralidade das práticas poderá contribuir para a satisfação em ter um problema de saúde resolvido ou aliviado.

Diante disso, acredita-se nas práticas em saúde como um potencial desencadeador de processos criativos e solidários de melhoria da vida de indivíduos e comunidade, a partir de um dispositivo de autocompreensão e construção das necessidades e aspirações humanas (AYRES, 2004a). No entanto, para que essa troca também ocorra nos Serviços de Saúde, dependerá do quanto se consideram essas práticas, em relação à sua efetividade e essência de liberdade, que reafirma identidades, concepções e valores, oportunizando, desta forma, o encontro terapêutico com o projeto de felicidade de usuários e profissionais (AYRES, 2004a).

No entanto, tal projeto, em alguns momentos, parece revelar incongruência entre usuários e profissionais. Ao pesquisar as práticas de saúde entre idosos, no município de Porto Alegre, Souza e Lopes (2007) constataram uma profunda medicalização por parte dessa população. Apesar de, em muitas situações, demonstrarem insatisfação com os serviços e as práticas profissionais, sentiam-se na obrigação de levarem a vida e gerenciarem seus problemas de saúde segundo as condutas normativas veiculadas pelos profissionais e pelas práticas “legítimas” de saúde.

Roese (2005), em sua dissertação “Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS”, ao conhecer os itinerários terapêuticos e o fluxo de utilização dos Serviços de Saúde decorrente de um problema atual, evidenciou uma distinta diferença entre o que o usuário relatava sobre como agia diante de um problema de saúde e o que tinha ocorrido. A quase totalidade dos usuários referiu a procura pelo Serviço de Saúde como sendo resolutivo de seu problema, apesar de, ao recordarem o itinerário, terem percorrido vários Serviços, em diferentes níveis, para obter a resolução. Na sua percepção, a pluralidade dos Serviços buscados parecia independe da complexidade do problema apresentado.

Nesses dois estudos percebe-se uma busca pela legitimação do cuidado; apesar das dificuldades e até insatisfação, os usuários recorrem aos setores profissionais como legitimadores das práticas, fazendo parecer que as demais estão no “mercado paralelo”. As pessoas sentem-se na obrigatoriedade de obedecer e valorizar as práticas institucionalizadas, dissociando, assim, o saber popular do saber profissional. Porém, existem experiências que congregam estes saberes.



Guizardi e Pinheiro (2006), ao estudarem a construção da integralidade nos Serviços de saúde por meio do encontro entre usuários e profissionais, encontraram atividades coletivas representadas por grupos de diabetes, hipertensão e gestantes; atividades físicas, como caminhada e ginástica; atividades relacionadas ao lazer, como dança e viagem e atividades consideradas alternativas, como ioga e meditação.

Esses espaços evidenciam a produção do cuidado em saúde por meio de práticas diversas, que podem complementar o uso da medicação, assim como o caso de dona Violeta, relatado por Ayres (2004b) que discute o encontro entre profissional e usuária, o qual não dispensou a orientação de dietas e medicação, mas, propiciou a pessoas de cultura e saberes diferentes o desenvolvimento de um encontro terapêutico.

Acioli (2006b), ao estudar as práticas voltadas à saúde e doença de um grupo social urbano, na localidade de Alto Simão, em Vila Isabel no Rio de Janeiro, identificou sua relação com os significados de saúde e doença: saúde remetia à idéia de felicidade e sentir-se bem, doença relacionava-se com patologia, mas também com mágoa. As percepções de saúde e doença incorporavam sentidos subjetivos, extrapolando a idéia de saúde como ausência de doença. As práticas utilizadas são adotadas conforme a situação, definidas pelo contexto, na presença de um desconforto: vistas como uma situação menos grave, utiliza-se automedicação, por meio de remédios ou chás; em casos graves, procuram-se os Serviços de Saúde. Apesar da relação entre estes Serviços e problemas graves, os profissionais não são vinculados a quem cuida, o cuidado é atribuído às mulheres da comunidade, mais especificamente às mães. A autora observou que os assuntos envolvendo práticas, saúde e doença eram compartilhados em família, vizinhos ou pessoas próximas, com quem se desenvolvia um grupo de apoio.

Dessa forma, acredita-se que os grupos sociais estabelecem relações de apoio, configurando redes sociais, que definem as práticas em saúde 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, faz-se necessário desenvolver laços de apoio coletivo e compartilhar das necessidades dos usuários.

O apoio social é associado à idéia de reciprocidade de diversos recursos emocionais passíveis de troca entre os sujeitos, por meio de relações sociais, que surtem efeitos positivos, tanto em quem oferece, como em quem recebe esse apoio. As práticas de apoio social implicam participação ativa dos sujeitos e formação de vínculos que favorecem a constituição de redes. Elas podem ocorrer como prática de saúde, na relação profissional e usuário, como também em atividades presentes na sociedade, como os grupos de apoio mútuo, os grupos religiosos, as atividades educativas, algumas práticas populares, entre outras, que proporcionam o enfrentamento dos problemas de saúde e doença e das adversidades do cotidiano, por meio de relações de solidariedade e cooperação. Essas práticas muitas vezes expressam os caminhos que as classes populares encontram na busca de obter recursos diante das limitações do serviço público em atender às suas demandas de cuidado de saúde (LACERDA; VALLA, 2005).

Embora, estudos atuais tenham desvelado as redes de apoio social, sua prática não é uma novidade. Mauss (2003) ao estudar algumas sociedades primitivas, desenvolveu a teoria da dádiva, na década de 1920, ao observar o modo como se davam as trocas nessas sociedades, as quais não envolviam apenas bens e riquezas; antes de tudo, trocavam-se gentileza, danças, festas, crianças, dentre outras. Os bens trocados ganhavam uma dimensão de interesses coletivos postos acima dos individuais; ao não possuírem objetivo comercial, impregnavam-se de um valor simbólico, mantendo obrigatoriedade nas trocas, como, por exemplo, entre parceiros agrícolas e marítimos, em que cada um oferecia seus produtos ao outro. Desta forma, ao mesmo tempo em que ocorrem de forma desinteressada, existe obrigatoriedade nas trocas, fazendo com que o coletivo se sinta na posição de quem deve, implicando a noção de crédito. Dessa forma, a dádiva circula apoiada nas três obrigações, dar, receber e retribuir.

As trocas estabelecidas na rede social vão desde a ajuda material e a prestação de serviços, ao aconselhamento e companhia nas atividades de lazer. As redes sociais permitem acesso a recursos não oferecidos pelo Estado ou pelo mercado, utilizando-se de um princípio de dádiva e de reciprocidade (PORTUGUAL, 2006). A autora salienta o modo como se processa o acesso a recursos de diversos tipos, os quais estão intimamente relacionados à constituição das redes, formadas 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.

Martins (2006) compreende a família como uma potencial rede social, favorecendo os laços de solidariedade da vida associativa e comunitária, privilegiando uma rede de relacionamentos primários, que, além da reprodução física, institui a primeira relação em sociedade, onde se esboça a socialização dos atores.

Gerhardt (2000, 2003, 2006), ao estudar duas comunidades pobres na cidade de Paranaguá, evidenciou que as mulheres eram as que mais desencadeavam essas redes de apoio, por meio das relações familiares e de vizinhança, assim como na integração a redes de solidariedade organizadas em torno das igrejas, as quais muitas vezes, pela ausência do Estado, ocupam esse espaço por meio de programas sociais, ao mesmo tempo em que transmitem sua visão de mundo; portanto, a ajuda não é gratuita, ela tem um preço, seja em termos monetários, seja em termos de fidelidade.

Nesse sentido, Valla (2001) e Valla, Guimarães e Lacerda (2006a) ao estudarem as redes de apoio social em grupos populares, percebem, na busca crescente por igrejas e centros espíritas, a formação de novas redes de apoio social, estabelecidas por meio de relações sistemáticas, nas quais circulam distribuição de cestas básicas e trabalhos sociais relacionados aos problemas de saúde da comunidade. Ações solidárias materializam-se em atendimento médico e odontológico, serviços de creches, cursos em horário inverso ao da escola para crianças e adolescentes, festas e até mesmo encaminhamento ao emprego.

Mediante as necessidades apresentadas pelas pessoas, os Serviços de Saúde ocupam uma posição estratégica no circuito de dádiva. Dessa forma, o vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e usuários poderá alimentar esse circuito, por meio da circulação de bens simbólicos e relações de apoio social. A dádiva pode ser representada pela competência técnica, que fornece apoio informativo ou pela disponibilidade em estar com o paciente, auxiliando-o no seu processo de cura, em que está presente o apoio emocional. Ao recebê-lo os usuários retribuem com diferentes recursos, de tal modo que não se interrompa a rede de dádiva ou de apoio social (LACERDA; VALLA, 2005).

Uma técnica utilizada há uns 20 anos no Brasil, denominada de terapia comunitária, permite uma abordagem por meio de histórias orais, quando os

participantes falam de suas dificuldades e sofrimentos (BARRETO, 2005). É utilizada para prevenção e promoção da saúde, cujo foco é o sujeito e não a doença; configura-se como uma aliada no enfrentamento do sofrimento, por meio de manifestações de afeto e emoções expressas por sorrisos, comemorações de datas festivas, atividades físicas e partilha de lanche (LACERDA *et al.*, 2007). Os autores a enfocam como uma prática de cuidado integral à saúde importante nos contextos das classes populares para promoção da inclusão social, do desenvolvimento da escuta e o do respeito ao outro e de suas diferenças.

A utilização dessa técnica no serviço público revela-se importante na medida em que atividades que permitam acolher as emoções e oferecer apoio social são pouco disponíveis às classes populares (LACERDA *et al.*, 2007).

As vivências propiciadas nas redes de apoio social agem como promotoras da saúde física e mental, reforçam laços de solidariedade e evidenciam a necessidade que as pessoas têm uma das outras, no enfrentamento dos problemas do cotidiano (LACERDA *et al.*, 2006). Para os autores, os laços de solidariedade mobilizados nas redes de apoio social alimentam ações coletivas, viabilizando maior participação dos indivíduos na tomada de decisão, bem como na reivindicação de seus direitos.

Portanto, o apoio social pode ser entendido como uma forma de dádiva, em que as trocas sistemáticas entre os sujeitos, envolvendo o dar e o retribuir, permitem que os recursos de apoio fluam por meio dos laços ou vínculos sociais, com benefícios a todos os envolvidos. Nesse caso, o sistema de dádiva pode ser visto como um promotor da saúde (LACERDA; VALLA, 2005).

No entanto, apesar do potencial que os Serviços de Saúde apresentam em integrar a rede de apoio social, em algumas situações sua capacidade de exercer a solidariedade com o sofrimento humano é muito pequena ou até inexistente.

Rotoli (2007) estudou a constituição de rede de apoio social de pacientes com câncer em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Utilizou-se da combinação de duas ferramentas metodológicas, o genograma e o diagrama das relações sociais, associando-os com as observações e as falas de dois sujeitos da pesquisa. A autora observou que as relações com a família, vizinhos e Igreja representavam fortes laços de apoio social, enquanto a relação com os Serviços de Saúde e os gestores locais era conflituosa, pois suas trajetórias em busca de tratamento, até a capital do Estado, configuravam-se como buscas individuais. Uma das entrevistadas relatou que, após uma seção de quimioterapia, por não ter

dinheiro para utilizar um táxi até a estação rodoviária, durante o percurso precisou interrompê-lo várias vezes e deitar-se no chão para descansar e concluir o caminho. Essa mesma pessoa também apresentava relação conflituosa com a escola onde estudava, pela dificuldade em acessar os conteúdos trabalhados em sala de aula.

O processo de adoecimento e o sofrimento que experiências como esta trazem ao indivíduo e às pessoas que o cercam, evidenciam a necessidade do estabelecimento de vínculos de afetividade e solidariedade em torno da rede social em que essas pessoas vivem. Nesse sentido, a formação de redes de apoio resulta da necessidade que os indivíduos apresentam diante dos problemas enfrentados; no entanto, a situação em que as pessoas vivem e o modo como a percebem, poderá gerar ou não estratégias para seu enfrentamento (GERHARDT, 2007b). Segundo a autora, o apoio social é apenas um dos elementos que compõem as relações humanas, intermediado por sentimentos de gratuidade, empatia, relações de companheirismo e também de interesses. Tais sentimentos compõem as dinâmicas das relações humanas, que estão associadas ao contexto de vida; sendo assim, esta mescla do contexto, sentimentos, situação e condição permearão as redes de apoio social (GERHARDT, 2007b).

Lacerda *et al.* (2006) relatam a experiência da implantação de uma Ouvidoria Coletiva, de que participavam profissionais de saúde, moradores, líderes comunitários e religiosos. Em reuniões mensais eram discutidas as condições de vida e saúde percebidas pela comunidade e os recursos utilizados para superar os problemas encontrados. Os autores vêem nessa formação a oportunidade de diálogo e interação entre saberes, tanto científicos quanto práticos, no compartilhamento dos problemas enfrentados no dia-a-dia. Com essa noção de vigilância a saúde ganha um sentido de zelo frente às situações de adoecimento e sofrimento da população, em vista das dificuldades de acesso e resolutividade nos Serviços públicos.

Gerhardt (2007b) percebe a formação das redes de apoio social como um gesto de cuidado à vida, abrindo espaço para a diversidade e contradições, na qual os profissionais de saúde poderão interagir por meio da troca de dádivas. No entanto, a autora ressalta que é preciso valorizar essas redes, sejam formais ou não, e, da mesma maneira, apoiar as pessoas que não pertencem a nenhum desses sistemas, pois as redes não atingem a todos na mesma intensidade, na busca da sobrevivência ou na amenização das necessidades materiais e imateriais.

Portanto, o contexto das desigualdades sociais e de saúde vivido, 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. O apoio social compreende uma estratégia no enfrentamento das situações do cotidiano, sendo assim o estudo de uma determinada área empírica poderá revelar muito do modo de levar a vida de uma comunidade.

## **2.1 Problematizando a Temática em Estudo**

### **2.2 Desigualdades Sociais, Determinantes e Necessidades de Saúde no Município de Canguçu e a Comunidade de Rincão dos Maia**

O município de Canguçu foi fundado em 28 de janeiro de 1857, situa-se na “Metade Sul” do estado do Rio Grande do Sul, na Serra do Sudeste, possuindo uma área de 3.518 km<sup>2</sup>, dividida em 5 Distritos e 120 localidades. Canguçu é cortado pela BR 392 que liga Pelotas a Santa Maria. E limita-se, ao norte, com Encruzilhada do Sul, Amaral Ferrador e Cristal; ao sul, com Pedro Osório; a leste com Morro Redondo, Pelotas e São Lourenço do Sul; a oeste com Piratini.

A partir do diagnóstico geral e da problemática do PROINTER obteve-se a seguinte caracterização: o Município apresenta uma situação agrária marcada pela grande ocorrência de parceiros e arrendatários (especialmente no cultivo do fumo) e uma menor incidência de proprietários, tendo uma concentração fundiária abaixo da média da área de estudo. Nesse Município existem 16 assentamentos recentes nos quais vivem 450 famílias. A estrutura produtiva é típica de agricultura familiar de subsistência, em pequenas áreas, pouco inseridas no mercado, com predomínio da força de tração animal e com uma policultura com rendimentos inferiores à média regional. Nessa agricultura, bem diversificada, destacam-se os cultivos do fumo, pêssego, feijão e milho e a pecuária de corte e leite (VERDUM *et al.*, 2008).

Observa-se a existência de uma área expressiva de árvores plantadas (acácia negra), em mais de 5.000 ha, de propriedade da empresa Tanac. O Município tem cerca de 10.000 ha plantados com árvores exóticas. Evidencia-se o uso intensivo de agrotóxicos nos cultivos de fumo e tomate, que são fonte de contaminação do solo e da água; e falta um serviço de recolhimento das embalagens, o que é feito apenas pontualmente por algumas empresas fumageiras. Em relação a aspectos

demográficos, sua situação é estacionária, apresenta crescimento populacional positivo, embora ainda inferior à média dos oito Municípios (4,18%), tendo uma densidade populacional próxima à média desses Municípios (15,42%) (VERDUM et al., 2008).

Outro fato que chama a atenção é referente ao abastecimento de água e eletrificação. Não há grandes rios próximos à cidade e o abastecimento é feito com água proveniente de poços artesianos, e a rede elétrica é insuficiente para atender todo o Município (VERDUM et al., 2008).

Para uma melhor compreensão do contexto geral do Município, Fialho (2005) desenvolveu um estudo em duas localidades de Canguçu, Rincão dos Marques e Rincão dos Maia. O autor analisou essas duas sociedades rurais, na perspectiva do desenvolvimento local, por meio da avaliação do comportamento humano e sua interação no tempo e no espaço, a partir de elementos materiais e imateriais; o primeiro constituído das condições de vida, ambientais e econômicas; o segundo, dos aspectos culturais, psicológicos e morais.

Rincão dos Marques está aproximadamente a 40 km da cidade de Canguçu, o acesso é de estrada de chão, sem pavimentação, passando por várias outras localidades. Tem sua origem no desmembramento de estâncias de criação de gado que se estabeleceram na Região, beneficiadas pela concessão de sesmarias. A origem do nome advém de antigos proprietários de sobrenome Marques.

Com o predomínio atual da agricultura familiar, as propriedades têm em média de 15 a 20 hectares, e o plantio se baseia em lavouras de milho, feijão e fumo. Nos estabelecimentos que se dedicam à pecuária, os rebanhos são pequenos, em torno de 15 cabeças de gado e algumas poucas ovelhas e porcos, para o consumo da família. Como as atividades produtivas são desempenhadas para a subsistência familiar, a renda monetária, muitas vezes, vem das aposentadorias e pensões rurais. No ano de 2003, as empresas de tabaco começaram a incentivar os agricultores a plantar fumo, tendo em vista o auxílio na produção e a garantia de compra, alguns estão aderindo.

A localidade possui uma igreja católica, uma escola municipal de 1º Grau (Gonçalves Dias), e não tem posto de saúde para atender à população local. As casas no Rincão dos Marques, na sua maioria, são de alvenaria, com tijolos expostos, sem reboco; existem algumas de pau-a-pique, conhecidas na região como casas barreadas, de torrão ou ranchos de barro.

A relação com o Poder Público, baseia-se no desejo de tutela, pois os moradores reclamam de abandono em relação às políticas públicas para a aquisição de insumos e equipamentos para a atividade agrícola, colocando suas expectativas de transformação social e econômica em agentes externos à comunidade.

O autor evidencia na herança cultural local uma divisão entre o passado de pecuarista e de agricultor, os primeiros mencionados como os produtores e o segundo como “os humildes”, diferenciando-se no modo de vida, na habitação, alimentação e relações sociais.

A partir das entrevistas observaram-se diferentes opiniões dos residentes: os que justificavam a acomodação da comunidade como consequência do excesso de individualismo, desconfiança e falta de esperança, e os que alegavam a característica de envelhecimento da população. Conforme os entrevistados, até a década de 1970 havia vida social movimentada, no entanto, a evasão de parte dos moradores, principalmente dos jovens, transformou a estrutura etária, com o aumento da população idosa.

Fialho (2005) conclui, por um lado, que os estigmas atribuídos a esta sociedade como, por exemplo, de acomodados são evidenciados pela falta de liderança e união que, em certa medida, torna resignada essa comunidade, dificultando sua reação. Por outro lado, Fialho (2005) percebe na expansão das redes de sociabilidade e solidariedade a maior possibilidade de desenvolvimento, contribuindo para o dinamismo social e econômico dessa comunidade. No entanto, as relações de afetividade e os laços de amizade pouco favorecem a coesão social, destituindo-a de poder para enfrentar questões como o descaso do poder público e a estigmatização da sociedade externa.

Rincão dos Maia também foi uma estância de sesmaria. O nome da localidade advém de antigos proprietários de sobrenome Maia. A região é de relevo acidentado e pouco adequado à atividade de criação de gado. Localiza-se no primeiro distrito do Município, distante aproximadamente 12 km da sede. A localidade dispõe de uma escola de 1º Grau construída em 1965, posto de saúde, igreja católica e evangélica e uma sede comunitária, infra-estrutura conquistada com o esforço da sociedade local e do auxílio do poder público (FIALHO, 2005).

As residências dos moradores de Rincão dos Maia são, na sua grande maioria, de alvenaria, poucas de madeira e não foram encontradas casas de pau-a-pique, o que, há poucas décadas atrás, era comum na localidade. Na região



concentra-se o maior número de pequenos estabelecimentos familiares do Município, que têm em média área total de 7 a 10 hectares. As famílias de agricultores dedicam-se ao cultivo de matéria prima direcionada à indústria de doces e conservas ou às empresas de tabaco (FIALHO, 2005).

A condição de vida no Rincão dos Maia, no passado, era precária, com famílias numerosas, atividade agrícola incipiente e casas de pau-a-pique, chão batido (terra) e cobertas com capim santa-fé (palha) ou telhas sem forro, e a cada chuva eram novamente rebocadas de barro. A pobreza era generalizada. O inverno na Serra do Sudeste, além da baixa temperatura, é úmido, acentuando a sensação térmica de frio. Segundo relatos, o que aquecia era a brasa, quase não havia roupas, fatos que justificavam a alta incidência da mortalidade infantil. As pessoas eram reconhecidas facilmente pelos moradores da cidade ou de outras localidades, pelo tipo físico (subnutridos), pela forma de vestir, pelos gestos e pela fala. Tidos como violentos e brigões, a localidade tinha o apelido de “Rincão do pulguedo” (FIALHO, 2005).

Segundo este autor, o *divisor de águas* ocorreu no fim da década de 70, início de 80, após a aplicação do Programa de Desenvolvimento de Comunidade, por meio da Superintendência do Desenvolvimento da Região Sul (SUDESUL), posterior a um diagnóstico feito pela Universidade Católica de Pelotas, o qual evidenciou precárias condições de vida e restrições econômicas e sociais das famílias dessa localidade. O objetivo do programa era o de atuar junto às populações carentes do meio rural, por meio do planejamento participativo, tendo em vista a redução das desigualdades sociais, possibilitando o acesso às atividades produtivas e proporcionando melhorias no nível de vida.

As primeiras intervenções realizadas pelo programa foram reuniões com alguns moradores, na cidade de Pelotas, incentivando o trabalho em parceria; a seguir foi formada a Comissão Local de Desenvolvimento de Comunidade. Integrada por membros da localidade, com o auxílio de um técnico agrícola, foi modificada a forma de plantio e conservação do solo, por meio da diversificação do plantio, fertilização do solo, diminuição das queimadas, aquisição de equipamentos agrícolas, melhoria do saneamento por meio da construção de fossas sanitárias, oferta de cursos de alfabetização de adultos. Posteriormente, foi instalado um posto de saúde e ampliada a rede de energia elétrica (FIALHO, 2005).

No entanto, as estratégias de desenvolvimento não atingiram todos os moradores. Fialho (2005) observou nos relatos dessas pessoas pouca melhora nas condições de vida, inclusive de moradia, a atividade produtiva pouco mudou no decorrer dos anos, e não foi realizada nenhuma atividade de conservação do solo. As conquistas materiais para alguns vieram em momento posterior à aposentadoria.

As duas comunidades têm em sua história a presença de estigmas, os quais são mantidos devido à dificuldade de superação por meio da união e parceria; e no Rincão dos Maia, ao conseguir rompê-los, as redes sociais e parcerias não atingiram a todos da mesma forma.

Na busca de elementos teóricos para discutir estigma, recorreu-se a Goffman (1982) que o descreve como a situação do indivíduo que está incapacitado para aceitar e desfrutar de uma vida social plena.

Esse termo foi formulado na antiga Grécia para se referir a sinais corporais com os quais se pretendia evidenciar algo de extraordinário ou mau sobre a conduta de quem os apresentava. Tais sinais produzidos por cortes ou fogo avisavam que esta pessoa deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1982).

Nas descrições e exemplo que Goffman (1982) utiliza em seu livro, dois aspectos chamam a atenção pela semelhança com acontecimentos que a tese de Fialho (2005) aponta. Primeiramente, o misto de retraimento e agressividade que o indivíduo estigmatizado pode utilizar, relatado nas duas localidades por meio de brigas, sentimento de inferioridade e timidez. O segundo, observado especialmente na localidade de Rincão dos Maia, representado pela capacidade de reagir à sua condição, romper com sua realidade e imprimir outra interpretação à sua identidade social.

Compreende-se que a localidade do Rincão dos Maia viu-se dividida a partir do Programa de Desenvolvimento Local, entre os que aderiram ao programa, modificando sua relação com a terra e com o próximo, por meio de parcerias e cooperativas, e os que não compartilharam dessa mudança, mantendo o cultivo da maneira com aprenderam com seus antepassados, e não se beneficiando da cooperativa. Esse modo de relacionar-se com o meio e com as demais pessoas, revelam relações complexas de auto-estima, orgulho, otimismo, cautela e indiferença, sentimentos antagônicos que perpassam as vidas das pessoas dessa localidade, revelando um pouco das relações humanas. Nesse sentido,

compreender as suas necessidades e as práticas em saúde desenvolvidas, por meio da mobilidade, assim como a rede de apoio social desses grupos, será uma maneira de instrumentalizar os Serviços de Saúde, gestores e pesquisadores sobre as diferentes formas de viver, cuidar-se e ser cuidado.

Dessa forma, a análise das dimensões subjetivas dos determinantes sociais de saúde, como geradores de desigualdades e influenciadores das condições de vida e de saúde da população foi o motivo de se ter escolhido essa última localidade como área empírica para o estudo. Devido às dinâmicas sociais, ao histórico de extrema pobreza, à superação dessa realidade e à presença de grupos heterogêneos, Rincão dos Maia revelou-se um lugar propício para estudar necessidades de saúde, práticas e apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes na comunidade.

Considera-se neste estudo que necessidades em saúde remetem a um processo histórico e social, construído a partir do cotidiano dos atores. Assim, para conhecê-las é preciso contextualizar esses processos vividos. As práticas em saúde resultam dessas diferentes necessidades, que conformam um itinerário terapêutico na busca de alívio dos desconfortos físicos e mentais. O apoio social remete à circulação de bens materiais e imateriais "preciosos" a quem oferece e a quem recebe, e seu caráter de reciprocidade forma as redes de apoio social, as quais permitem movimentos locais na superação das dificuldades impostas no cotidiano.

Assim, problematizar o tema necessidades de saúde, práticas e apoio social de uma comunidade rural, considerando as desigualdades sociais e de saúde, com embasamento em diferentes leituras e discussões, mostrou-se relevante. A proposta de um estudo local e aprofundado, por meio de triangulação de método, revela sua importância à medida que muitos estudos encontrados mantêm abordagem apenas quantitativa. Não se desfaz sua relevância, no entanto, em suas considerações, evidencia-se a necessidade de aprofundar esses fenômenos. Ao considerar que as necessidades de saúde são heterogêneas, e que as práticas empreendidas buscam satisfazê-las, por meio da mobilidade geográfica ou de recursos 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 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 intersetorialidade.

A importância de incorporar as dimensões subjetivas para qualificar as desigualdades sociais está na compreensão de que a coesão social colabora para o enfrentamento dessas disparidades (NGUYEN; PESCHARD, 2003). As autoras consideram que a coesão social é produzida local e historicamente, revelando-se como um importante fator no enfrentamento de situações de adoecimento, que não se restringem apenas ao campo biológico e material; para tanto, tais dimensões precisam ser consideradas, para uma ampla análise geopolítica do Sistema de Saúde.

Nesse sentido, a proposta do PROINTER em delimitar uma área de estudo, contemplando as inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais e naturais, que agem como modificadores nas condições de vida da população, aliada a uma perspectiva interdisciplinar, tenta aproximar-se dessas realidades. Portanto, a escolha da localidade de Rincão dos Maia, aponta para o desafio de contemplar o tema de estudo em uma população com um passado de extrema pobreza, apresentando dificuldades na manutenção de sua reprodução física e social; e um presente, onde essas dificuldades foram reduzidas, mas que, no entanto, sugeriram outras, como o convívio entre grupos sociais que aderiram a um programa de desenvolvimento local e outros que mantiveram seus modos de vida e relação social.

A dissertação de Mestrado Roesse (2005), referida anteriormente, analisando as trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos Serviços de Saúde de média complexidade, em Camaquã, demonstrou algumas fragilidades do Sistema Público de Saúde em nosso País, representado no micro-espço (o Município). Observou-se uma importante diferença quando o questionamento apontava para o que normalmente era feito pelo usuário e o que foi de fato realizado, em face do problema que ele apresentava no momento da internação ou busca do Pronto-Socorro. Os usuários percorreram vários Serviços, em diferentes níveis, para obter a resolutividade; entretanto, a pluralidade de Serviços buscados parecia independe da complexidade do problema apresentado.

Em relação ao acesso e à utilização dos Serviços de saúde, outros fatores interferem e ultrapassam as questões do acesso econômico, geográfico e funcional, dependendo, em grande parte, do acesso cultural. Por exemplo, as escolhas

realizadas pelos usuários variam de acordo com o problema de saúde apresentado e conforme o seu momento de vida, sendo que as escolhas sofrem influência de experiências individuais ou coletivas, de orientações da família, da religião, de estratégias utilizadas pela família ou comunidade, enfim, elas sofrem forte interferência do contexto socioeconômico e cultural no qual estão inseridas (GERHARDT, 2000; 2003).

Após a obtenção dos resultados da pesquisa mencionada, surgiu a necessidade de aprofundar o estudo sobre os determinantes sociais, tais como, identificar a forma de organização e funcionamento da rede de serviços de Atenção Básica, para melhor conhecer a dinâmica de mobilidade dos usuários, e, por outro lado, conhecer suas necessidades em saúde, por meio de uma análise das práticas e das trajetórias terapêuticas.

No entanto, falar sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde em nosso país é sempre um desafio, sobretudo quando tanto já se falou sobre esses problemas e sobre os mecanismos que os produzem. “Mesmo quando governos procuram mobilizar a sociedade e as forças políticas para medidas destinadas a golpear alguns dos mecanismos mais importantes de reprodução da desigualdade como a inflação, as restrições de acesso à educação e à saúde, o desemprego, o escasso impacto redistributivo dos investimentos e gastos sociais, não é fácil vencer as resistências e dar à problemática social o destaque que merece” (FARIA, 2000a).

No modelo conceitual dos determinantes sociais de saúde (CDSS 2005), os determinantes estruturais geradores da estratificação social e os intermediários, a partir dela, eles configuram-se como “porta de entrada” para estudo e intervenção. Nesse sentido, o Sistema de Saúde comporta-se como determinante intermediário, interferindo nas desigualdades de saúde, influenciando a mobilidade social, na busca dos cuidados à saúde.

Uma compreensão sobre as formas de organização social e de vida desses grupos, considerando suas necessidades, práticas em saúde e redes de apoio social, na busca de cuidados de saúde, contemplando a diversidade. Espera-se que afirme a importância de congregar o saber popular com o saber científico, na busca de um cuidado mais integral.

Desta forma são traçadas algumas questões de pesquisa que tentam responder à problemática pontuada:

- a) Quais são as necessidades de saúde das famílias da localidade do Rincão dos Maia, expressas pelas concepções e práticas?
- b) Quais são as práticas em saúde? E quais fatores influenciam em suas escolhas?
- c) Como as práticas em saúde informais e populares adotadas pelas famílias dessa localidade rural se relacionam com suas vivências no processo saúde e doença?
- d) Quais serviços de saúde são utilizados pelas famílias dessa localidade rural? E em que circunstâncias?
- e) Quais são as redes de apoio social dessas famílias? Como são definidos seus laços?

A partir dessas reflexões, acredita-se na importância deste estudo para o embasamento das práticas de cuidado das equipes de saúde, em especial para enfermeiras (os), exercitando o olhar para a diversidade, para as necessidades de saúde na ótica do indivíduo, inserido em um coletivo que influenciará seus modos de vida e seus itinerários terapêuticos. Para tanto, apresenta-se os objetivos deste estudo.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Conhecer e compreender as necessidades em saúde constitutivas das práticas terapêuticas e do apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes na comunidade de Rincão dos Maia, Canguçu/ RS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a população em estudo quanto aos aspectos sócio-demográficos, sanitários e econômicos;
- conhecer as concepções de saúde e doença da população estudada;
- identificar as práticas em saúde e as circunstâncias do uso;
- identificar e compreender os fatores implicados na escolha das práticas em saúde e das estratégias de enfrentamento elaboradas pelos sujeitos;
- identificar e descrever as redes de apoio social e seus laços, visando compreender a importância dessas redes e sua atuação na vida social e na saúde dos sujeitos.

## 4 METODOLOGIA

A descrição da metodologia adotada está dividida em seis partes: tipo de estudo, local de estudo, população em estudo, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo é transversal do tipo descritivo e exploratório. Pereira (1995, p.298) relata que o estudo transversal informa sobre a situação existente em um momento particular, sendo muito útil em planejamento de saúde. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo descritivo visa à observação, descrição e exploração de aspectos de uma situação. Trivinhos (1987) refere que o estudo exploratório permite ao investigador o aumento de sua experiência em torno de determinada problemática que está sendo trabalhada.

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem de triangulação de métodos, o qual valoriza a quantificação, como parte da qualidade dos fenômenos e dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade (MINAYO, 2005). As informações qualitativas, por sua vez, situam a realidade, cujos fenômenos podem ser explicados em sua magnitude e compreendidos em sua intensidade, aprofundando as reflexões em suas múltiplas dimensões.

A triangulação de métodos pretende ir além das duas formas de abordagem mais clássicas, a positivista (quantitativa) e a compreensiva (qualitativa), permitindo criar um processo de dissolução de dicotomias, entre quantitativo e qualitativo, entre macro e micro, entre interior e exterior, entre sujeito e objeto, produzindo a unidade sintética do múltiplo e do uno (MINAYO, 2005).

Assim, a abordagem quantitativa e qualitativa, com perspectiva metodológica definida como híbrida para Minayo e Minayo-Gómez (2003), refere-se a duas formas de comunicação diferenciadas, devendo ambas convergir para a mesma meta, aproximando-se, o máximo possível, da realidade que se propõem a estudar. Em relação ao aspecto híbrido-metodológico, Almeida Filho (2003, p. 149) afirma:

não se trata de um contínuo entre quantidade e qualidade [...] e sim de arranjos destinados a, com maior eficiência, produzir conhecimento a



respeito de problemas concretos da natureza, da cultura, da sociedade e da história, problemas que se referem à saúde.

Nesse sentido, Briceño-León (2003, p. 180-181) refere que, no momento em que se percebe como importante “a capacidade de dar respostas aos objetivos da investigação, a capacidade para compreender um processo social ou o comportamento dos indivíduos, a integração dos métodos quase se converte em uma necessidade”.

O mesmo autor demonstra quatro modelos para a realização de estudos de natureza quanti-qualitativa. O presente estudo enquadra-se no segundo modelo que o autor intitula “a investigação quantitativa, ao início” (BRICEÑO-LEÓN, 2003, p.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, que 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 escolha deste composto metodológico advém da necessidade de se aproximar de uma realidade complexa, sobretudo no campo da saúde coletiva, de forma que a abordagem quantitativa e a qualitativa “dialoguem para compor o mosaico do conhecimento sobre o problema de pesquisa” (ALMEIDA FILHO, 2003, p. 150).

Dessa forma, o estudo das necessidades, práticas e apoio social foi empreendido em três etapas complementares entre si, tendo em vista a apreensão das condições de vida e saúde da população estudada. Na primeira etapa, um estudo quantitativo descritivo, objetivando caracterizar a população local; na segunda, o estudo qualitativo com o intuito de compreender as concepções de saúde e doença, as práticas e estratégias empreendidas para conservar ou recuperar a saúde, as redes e o apoio social; estes dois últimos aspectos são o foco da terceira etapa, a da observação participante, como estratégia no enfrentamento dos problemas de saúde.

## 4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na localidade rural de Rincão dos Maia, situado no primeiro distrito do município de Canguçu, RS, integrante da área de pesquisa do Programa Interdisciplinar - PROINTER. A cidade de Canguçu localiza-se a uma distância de 310 km de Porto Alegre e seu principal acesso é a BR 116, até a cidade de Pelotas, depois segue-se BR 392. O Município possui uma população total de 51.427 residentes, dos quais 17.685 (34,40%) da população residem na zona urbana e 33.742 (65,60%) nas áreas rurais, que dividem-se em cinco distritos e 120 localidades (IBGE, 2000) (ANEXO A). A escolha dessa localidade deu-se pelo antigo histórico de pobreza, exclusão social e estigma, fatores estes que foram minimizados após a implantação de um Programa de Desenvolvimento – SUDESUL. Portanto, pretende-se investigar e compreender estas dimensões das desigualdades sociais nas situações de saúde e doença.

## 4.3 População e amostra em estudo

A população em estudo é composta por todas as famílias da localidade de Rincão dos Maia. Considerou-se como família o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residissem na mesma unidade domiciliar, incluindo a pessoa que morasse só em uma unidade domiciliar (IBGE, 2002a). A família a partir do contexto domiciliar, segundo Martins (2006), agrega o fator relacional, do pertencimento e reciprocidade entre indivíduos, ancorando a ação social para a construção da esfera pública e da cidadania, como adotada no SUS, para o planejamento e assistência em saúde, por meio da Estratégia da Saúde da Família - ESF, por exemplo.

Conceituou-se como domicílio o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros ou cercas (IBGE, 2002a).

Para o estudo quantitativo, a população estimada foi aproximadamente de 300 famílias, conforme os informantes-chaves, constituída de moradores que sempre viveram no Rincão dos Maia e de líderes religiosos. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa PEPI (*Programs for epidemiologists*) versão

4.0. Para o nível de confiança de 95%, uma população estimada em 300 famílias, uma proporção de 50% (fornece a maior variabilidade) e uma margem de erro de 3% seria necessário no mínimo 235 famílias. No entanto, a amostra final foi composta por 241 famílias perfazendo um total de 814 pessoas.

No desenho qualitativo foram entrevistados 20 indivíduos, correspondendo a 20 famílias. A escolha do entrevistado de cada família ocorreu conforme a disponibilidade em participar; no entanto, em todas as entrevistas, mais de um membro da família estava presente. O critério de saturação dos dados foi utilizado para a limitação do número de entrevistados. Nesse sentido, Ghiglione e Matalon (1997) referem que ela normalmente ocorre entre 20 a 30 entrevistas. A seleção da amostra realizou-se de forma intencional, visando a obter um número de famílias ilustrativas das diferentes situações, apresentadas na tipologia de nível de condições de vida e de mobilização de recursos sociais. Esses níveis foram elaborados por meio do estudo quantitativo e será descrito na análise de dados.

Das 20 famílias, seis foram escolhidas para observação participante; essa escolha deu-se em razão de duas questões formuladas a partir do nível das condições de vida e de mobilização de recursos sociais, detalhados no item análise de dados. Como pessoas de condições de vida iguais têm mais ou menos mobilização de recursos sociais? Como pessoas de condições de vida diferentes têm mais ou menos mobilização de recursos sociais? A escolha foi intencional contemplando as três “situações de vida”, obtida pela tipologia, por meio das informações sobre as condições de vida e mobilização de recursos sociais.

#### **4.4 Coleta de dados**

Primeiramente, compartilham-se as experiências vivenciadas no desencadeamento da pesquisa com o objetivo de discutir as facilidades e dificuldades experienciadas no decorrer das diferentes etapas da pesquisa. Na seqüência define-se como foram obtidos os dados, bem como foi o desenvolvimento das entrevistas.

#### 4.4.1 Compartilhando as Experiências Vivenciadas no Desencadeamento da Pesquisa

Para a pesquisa de campo contou-se com auxílio financeiro destinado ao projeto-base, mencionado na introdução, assim como do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (auxílio de campo) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tais auxílios permitiram subsídio parcial das despesas para o desenvolvimento da pesquisa.

O primeiro contato com a área empírica ocorreu no dia 21 de janeiro de 2008, após contatos telefônicos para agendamento com o gabinete do Secretário da Saúde do Município.

Na reunião com o secretário e o adjunto da saúde apresentou-se a proposta de pesquisa, assim como seus objetivos. Nessa oportunidade o adjunto referiu que as ações em saúde no Município são centradas em um serviço de pronto atendimento em que trabalham quatro médicos, atendendo cerca de 300 pessoas por dia. São disponibilizados nesse serviço, além das consultas, exames laboratoriais e de Raio X. No serviço de atenção básica existem três equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no espaço urbano. Na área rural, um técnico de enfermagem comparece ao posto de saúde duas vezes na semana, quinzenalmente um médico e um odontólogo atendem à demanda espontânea. Os entrevistados relataram, ainda, que os índices de mortalidade infantil (MI) de 19 por 1000, em 2004, foram reduzidos com a implantação do parto humanizado, sendo que a presença do obstetra e pediatra, na hora do nascimento, contribuiu para que os índices baixassem para 12 por 1000 em 2005, chegando a 5 por 1000 no ano de 2006.

Não foram obtidas informações referentes à população da localidade a ser pesquisada, nem o números de famílias ou indivíduos. O secretário, em contato telefônico com o técnico de enfermagem que trabalha no Rincão dos Maia, convidou-o a nos acompanhar em uma visita à localidade, no turno da tarde. Após solicitação obteve-se uma carta de apresentação, constando o conhecimento e consentimento à realização da pesquisa (ANEXO B).

O adjunto da saúde advertiu que as pessoas dessa localidade estão “acostumadas a ganhar coisas”. Não temia que a pesquisa pudesse mostrar o lado negativo da administração, embora tenha sido enfático ao dizer que tudo que tem na

saúde foram eles que fizeram (o prefeito e o secretário), e esperava que a pesquisa apontasse problemas e soluções. O prefeito foi secretário da saúde na gestão anterior, sua formação é de sanitarista (curso de nível médio), o secretário atual, professor e o adjunto, ex-agente de saúde.

Na tentativa de obter-se mais informações que caracterizassem a população do Rincão dos Maia, visitou-se o sindicato rural, mas nenhuma informação foi fornecida pelo presidente da entidade.

A seguir, na Emater, contatou-se com o técnico agrícola que residiu no ano de 1985 no Rincão, acompanhando a implantação do programa de “desenvolvimento” da comunidade, por meio do SUDESUL. Atualmente as visitas à localidade estão restritas, pois é grande o número de plantadores de fumo e a estes a Emater não presta assessoria.

À tarde, na companhia do técnico de enfermagem, visitou-se a localidade do Rincão dos Maia; da estrada de chão, rodeada por morros, observou-se plantações de pêsego, fumo, milho e feijão.

A igreja católica está situada na entrada do Rincão dos Maia, próxima do cemitério, e a evangélica localizada em outro extremo. O “centrinho”, como designou o acompanhante, é onde se situam o posto de saúde e a escola. Existem algumas casas próximas, mas a maioria é distante. Algumas com reboco colorido ou apenas com tijolos e outras de madeira; da maioria sai fumaça das chaminés do fogão a lenha apesar de ser verão. No posto de saúde não existe prontuário de família, apenas folhas grampeadas das consultas realizadas, as quais indicam o motivo da consulta e a conduta dos profissionais. São realizados grupos de diabetes e hipertensão, na primeira quinta-feira de cada mês, pelo técnico de enfermagem.

Devido à falta de informações que caracterizem quantitativamente as famílias e os indivíduos do Rincão dos Maia, optou-se por agregar ao estudo um inquérito domiciliar.

Retornou-se a Canguçu, para iniciar propriamente a pesquisa de campo. Em 27 de fevereiro, retornou-se à Secretária Municipal da Saúde e comunicou-se ao secretário o início da pesquisa. A seguir foram visitadas duas rádios para pedir um anúncio de utilidade pública, avisando à comunidade o que seria realizado nos próximos dias. Em uma das rádios foi oportunizada uma entrevista, em que se falou dos objetivos da pesquisa e da importância de conhecer as necessidades de saúde das pessoas e suas práticas, na manutenção da saúde ou em caso de adoecimento,

tendo em vista a riqueza dessas experiências para a consolidação do Sistema de Saúde, cada vez mais próximo dos usuários.

Nos dois primeiros dias da pesquisa contou-se com a companhia de uma bolsista de iniciação científica da Escola de Enfermagem - EENF/UFRGS. Esta foi uma fase de “adaptação” para continuar o trabalho solitário como pesquisadora. As idas e vindas a campo foram realizadas no carro particular da pesquisadora, que foi se adaptando à rotina diferente de dirigir em estrada de chão batido, barrenta após chuva e esburacada no período de seca. Uma consequência das condições da estrada, e da necessidade de sua manutenção, foi observada no trabalho de duas mulheres empunhando enxada para abrir um córrego a fim de escorrer a água represada na estrada, pois em breve iniciariam as aulas e essas condições prejudicariam o transporte escolar.

A realização do inquérito domiciliar deu-se com o apoio dos moradores que indicavam seus vizinhos, e algumas vezes me acompanhavam até acessos “não visíveis” ou com grau de dificuldade significativo, especialmente pelas condições do terreno.

Algumas das pessoas entrevistadas demonstravam desconfiança em receber a pesquisadora, mas ninguém se negou a participar. Essa fase foi facilitadora para a etapa a seguir das entrevistas, pois se estabeleceu uma relação amigável com as pessoas da comunidade. Frases do tipo [...] *não tem pessoa estranha, tem pessoa que a gente conversa mais, porque, às vezes, quem mora bem na porta de casa não é tão próxima da gente* (F160) revelaram a necessidade de oportunidade para conversar sobre o cotidiano envolvendo questões de saúde.

Três meses depois desse trabalho, em junho, retornou-se para a terceira etapa de pesquisa. As pessoas aguardavam, e algumas diziam não acreditar no meu retorno.

Destacava-se, com facilidade, a interação pesquisador/pesquisado, e a disponibilidade desses em participar e recomendar o trabalho. Algumas pessoas mostravam-se inicialmente resistentes, e ao explicar os objetivos da pesquisa tornavam-se mais descontraídas, outras, apresentavam-se mais reservadas e tímidas.

Em relação às dificuldades apontam-se os desafios da pesquisa empírica, especialmente no meio rural, devido a dificuldade de acesso e à logística referente a custos de combustível e diárias.

A pesquisa empírica foi uma experiência enriquecedora, do ponto de vista da oportunidade de conhecer as estratégias de vida, ampliando as possibilidades de compreensão da realidade, contribuindo, de forma especial, para o enriquecimento deste estudo. Essa aproximação suscitou sentimentos de cumplicidade e de um “quase” pertencimento, que trouxeram saudades ao encerrar a etapa de coleta de dados. Nesse sentido, considera-se de extrema importância a atuação do pesquisador na fase de coleta dos dados, pois propicia uma aproximação com o contexto de vida da população estudada.

#### 4.4.2 Produção dos dados

Em uma fase anterior à pesquisa de campo, realizou-se uma caracterização da rede e oferta dos serviços de saúde do Município em estudo, por meio de dados secundários do Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde – DATASUS, no período de 2000 a 2005. A escolha desse período ocorreu devido à implantação do Plano Diretor de Regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul (PDR/RS), no ano de 2002, portanto foram obtidas informações do período anterior e posterior a sua implantação.

Os dados primários foram coletados nos domicílios, mediante a aplicação de uma entrevista estruturada, contemplando as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde (APÊNDICE A). Esta etapa da coleta de dados ocorreu durante o mês de fevereiro de 2008 e as entrevistas foram realizadas com 241 famílias perfazendo um total de 814 pessoas.

No caso de não haver pessoas no domicílio, mais duas visitas eram realizadas, e a ausência, na terceira visita, determinava a exclusão do estudo. Essa situação ocorreu em três domicílios.

A entrevista estruturada possui um roteiro fixo e ordenado, sendo possível sua categorização e análise estatística (GHIGLIONE; MATALON, 1997). Para esta coleta foram consideradas as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde:

**Sociodemográficas:** idade, sexo, tempo de residência no Rincão dos Maia, escolaridade, ocupação e tipo de família;

**Socioeconômicas:** tipo de construção e condições da moradia, número de peças e quartos, luz elétrica, abastecimento de água e esgotamento sanitário, tipo

de banheiro, tipo de produção, produção para subsistência e meio de transporte mais utilizado;

**Saúde:** morbidade referida.

Optou-se, nesse estudo, por não incluir a variável renda por considerar que esta representa apenas um indicador de status, estático, quando na realidade o uso dessa variável é dinâmico, sendo o resultado de uma construção social. Nesse sentido, as declarações de renda podem ser subestimadas ou não declaradas, pois são influenciadas por representações de um processo social complexo e multidimensional, onde a simples informação sobre o ganho não é capaz de explicar o consumo e os gastos com saúde. Nesse sentido, optou-se por caracterizar as condições de vida pelas variáveis acima apresentadas.

A segunda etapa da pesquisa, referente aos dados qualitativos, explorou as concepções de saúde e doença, as práticas terapêuticas adotadas, a rede e o apoio social, por meio de um guia de entrevistas semi-estruturadas, no domicílio de 20 famílias (APÊNDICE B). Assim, considera-se que essas concepções vinculam-se à subjetividade, referindo-se a construções sociais para explicar fenômenos e processos (MINAYO, 2007). A entrevista semi-estruturada parte de questionamentos prévios, conforme as questões de pesquisa, e permite que, a partir das respostas do informante, criem-se novas indagações, ocorrendo o enriquecimento das informações (TRIVIÑOS, 1987).

As entrevistas ocorreram durante o mês de março de 2008. O teste piloto foi aplicado com cinco famílias, no primeiro dia, e após as reformulações deu-se continuidade às entrevistas. As mesmas foram gravadas em Mp3 Player, e depois de transcritas, as gravações foram destruídas; ficar-se-á de posse das transcrições das falas dos participantes por cinco anos, depois as mesmas serão igualmente destruídas.

A realização da terceira etapa baseou-se na observação participante de seis famílias. Nessa etapa de coleta de dados, foram buscados elementos relacionados às práticas de saúde, à rede e ao apoio social, conforme guia elaborado (APÊNDICE C).

Considerou-se que a observação participante requer do observador uma postura de investigação científica diante das situações que ocorrem em um meio social. Na proximidade com os observados, por meio do cenário e da cultura local, coletam-se os dados; tal processo torna o observador parte do contexto, que ao



mesmo tempo em que modifica quem o observa é também por ele modificado (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1995).

Em todas as etapas da pesquisa utilizou-se o diário de campo para anotações das observações. O diário de campo é uma técnica de pesquisa, que permite o registro detalhado de informações e reflexões, surgidas no decorrer da observação (LOPES, 1993).

#### **4.5 Análise dos dados**

Para o registro dos dados referentes à caracterização dos indivíduos e das famílias foi construído um banco de dados no software *Microsoft Excel*. A inserção dos mesmos deu-se após a codificação das respostas. Para corrigir eventuais falhas na digitação verificou-se, por três vezes, o formulário digitado e o banco de dados, comparando suas respostas.

Na análise utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 13.0. Foram inicialmente realizadas as análises univariadas de frequência absoluta e relativa. Para a realização da análise bivariada foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Para complementar essa análise, no caso de significância estatística, aplicou-se o teste dos resíduos ajustados, que utiliza os valores da distribuição normal padronizada, sendo considerados significativos valores iguais ou superiores a 1,96, para um nível de significância de 5%.

A análise das variáveis sociodemográficas e de saúde que se referiam aos indivíduos de cada família e seu chefe, ocorreu por meio de categorias e agrupamentos (APÊNDICE D).

As variáveis relativas às condições de vida, utilizadas para compor a representação do nível de vida das famílias, referem-se ao domicílio e peridomicílio (APÊNDICE E). Essas informações seguiram a orientação de Gerhardt (2000). Cada uma recebeu uma pontuação, que correspondeu a pesos diferentes: aquelas que reportavam as piores condições receberam 0 e, de forma crescente, as que representavam uma realidade mais positiva obtiveram números mais altos. A pontuação máxima foi 28.

Nos pontos de corte para a definição dos três níveis (inferior, médio e superior) foram utilizados os tercis, a fim de compor níveis que representassem as condições de vida das famílias da localidade estudada. Dessa forma, a pontuação

menor de 14 foi considerada pertencente ao nível de vida inferior, com 84 famílias; nível médio, de 14 a 22 pontos, com 103 famílias; e superior, maior que 22 pontos, com 54 famílias. As variáveis definidoras dos níveis de vida correspondem àquelas que receberam pontuação maior, são elas: condições da habitação, seguidas de sanitário, tipo de produção e transporte mais utilizado.

Na elaboração do nível de mobilização de recursos sociais adaptaram-se as variáveis conforme Gerhardt (2000): tipo de família, ocupação e tempo de vida na comunidade. Segundo a mesma autora, algumas estratégias podem favorecer a mobilização desses recursos. No interior da família elas são diferentes, variando de acordo com sua estrutura, podendo haver um reforço da ajuda inter-gerações, que ameniza os efeitos da exclusão econômica. A ocupação do chefe e o tempo de moradia na comunidade também podem favorecer mais ou menos a mobilização desses recursos. Dessa forma, esse nível se dispõe a inferir a capacidade de mobilizar recursos sociais, sendo assim, cada variável recebeu uma pontuação de acordo (APÊNDICE F):

A pontuação mínima-máxima foi de 0 a 9. O ponto de corte para definir os três níveis (I, II,III), foi baseado nos tercis a fim de compor níveis de mobilização, que representassem as condições de mobilizar recursos pelas famílias da localidade estudada. Dessa forma, a pontuação menor de 6 foi considerada pertencente ao nível de mobilização I (fraco), com 95 famílias; de 6 a 8 pontos, nível II (médio), com 61 famílias; e nível III (forte), 9 pontos, com 85 famílias.

A análise de dados qualitativos ocorreu por categorização temática. Minayo (2007, p. 316) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

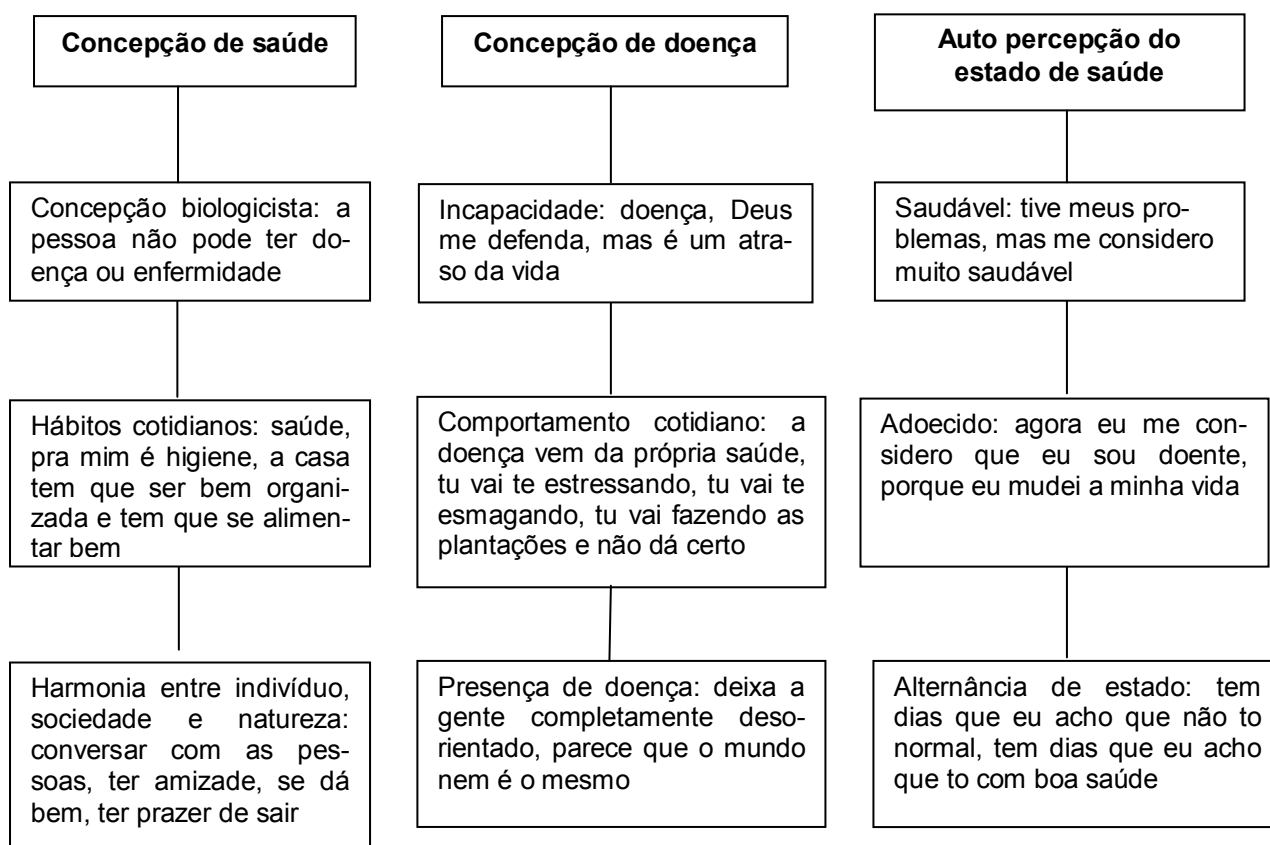
Assim obedeceu-se às três fases apontadas pela mesma autora:

- pré-análise: compreendeu o período em que se organizou o material a ser analisado e criaram-se indicadores que levassem à análise final;
- exploração do material: foi o momento em que se codificou o material, primeiro fez-se um recorte do texto, depois foram escolhidas as regras de contagem, por último, os dados foram classificados e agregados, organizando-os em categorias empíricas;

- tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa fase foram trabalhados os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, que foram interpretadas à luz do quadro teórico.

Na fase de organização e tratamento dos dados, utilizou-se o software NVivo 8.0, programa que auxilia a análise de material qualitativo, com as ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (GUIZZO *et al.*, 2003).

Dessa forma, elaboraram-se três categorias empíricas que emergiram dos depoimentos dos entrevistados, bem como três subcategorias para cada uma delas apresentadas a seguir na Figura 01.



**Figura 01** – Categorias e subcategorias empíricas geradas no processo de análise dos dados

Para as redes de apoio social foram utilizadas duas ferramentas de coleta de dados, o genograma e o diagrama das relações sociais, os quais permitiram descrever a estrutura de rede, vínculos e as formas de troca entre um grupo de pessoas. O genograma descreve as relações de parentesco de uma família,

enquanto o diagrama mapeia as relações sociais de uma família, por exemplo, e sua ligação a outros grupos ou pessoas, a partir do seguimento de uma rede (DEGENNE; FORSE, 1994).

#### **4.5 Considerações éticas**

A pesquisa contemplou a Resolução 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), quanto à submissão ao comitê de ética em pesquisa e à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foi solicitada a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Gestor Municipal.

O projeto-base que deu origem a este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e aprovado em reunião de nº. 2, ata nº. 82, de 1/3/2007(ANEXO C).

Cada participante foi esclarecido sobre o desenvolvimento do estudo e recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), no qual constam informações relativas ao objetivo da pesquisa, de forma clara e simples, garantindo o anonimato, a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento, a informação quanto ao destino das informações coletadas, bem como a autorização para publicação dos resultados. O Termo foi entregue em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora, contendo a assinatura de ambos.

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 O Município de Canguçu: regionalização, estrutura e oferta de serviços de saúde

Neste capítulo descreve-se e analisa-se o cenário inicial do estudo, por meio de dados secundários, provenientes do Sistema de Informações em Saúde do Sistema Único de Saúde – DATASUS, no período de 2000 a 2005, considerando a estrutura dos serviços de saúde, assim como sua oferta no município de Canguçu, RS. Essas informações fazem parte do relatório de pesquisa do projeto base que deu origem a esse estudo.

Canguçu se insere na Macro-região Sul, sendo sede e referência micro-regional para o próprio Município e para Santana da Boa Vista (RIO GRANDE DO SUL, 2002), atendendo a algumas consultas e procedimento especializado de média complexidade (GERHARDT *et al.*, 2008a).

Assim, tentou-se criar maneiras capazes de suprir as demandas em saúde dos moradores desta região do Estado, propondo a consolidação de centros de referência e de especialidades, como uma rede hierarquizada em que pequenos Municípios se direcionem aos maiores e mais equipados (intitulados “municípios-sede”) para o atendimento integral à saúde (GERHARDT *et al.*, 2008a). O Plano Diretor de Regionalização do Rio Grande do Sul (PDR/RS) foi formulado a partir da NOAS-SUS 01/01, como um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência à saúde em cada Estado brasileiro.

O município de Canguçu apresenta 27 serviços de saúde, distribuídos em cinco Centros de Saúde/Unidades Básicas, 13 Postos de Saúde, duas Clínicas Especializadas/Ambulatório de Especialidades, um Hospital Geral, cinco Unidades de Apoio Diagnose e Terapia e uma Unidade de Vigilância em Saúde. Destes, 21 atendem por demanda espontânea, um atende por demanda referenciada e cinco, por demanda espontânea e referenciada. Quanto aos turnos de atendimento, dois atendem com turnos intermitentes, um com atendimento contínuo de 24h/dia, três com atendimentos pela manhã, tarde e noite, um com atendimento somente pela manhã e 20 com atendimento nos turnos da manhã e à tarde. Vinte e um

estabelecimentos de saúde são da administração pública municipal e seis da administração privada (GERHARDT *et al.*, 2008b).

Em relação à oferta de atendimento na Atenção Básica de Saúde, o Município não apresentou consultas básicas de urgência nos anos pesquisados. As consultas básicas se mantiveram abaixo dos parâmetros (2 a 3 cons./hab./ano) em todos os anos de estudo, sendo que, em 2003, obteve o maior número de notificações (1,95 cons./hab./ano), em 2001 obteve o menor número de notificações (0,79 cons./hab./ano). As consultas médicas das ESF oscilaram muito no período de estudo, alcançando um pico (18.783 consultas) em 2002, ficando com 11.296 consultas em 2005. Essas equipes estão localizadas na periferia da zona urbana do Município. Esta mesma oscilação de consultas também foi encontrada na Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria. Tais variações dos números de consultas realizadas pode ser um indicativo de uma reorganização/reordenação do funcionamento dos serviços da rede local, ou da mobilidade/rotatividade de profissionais, pois a população aumentou menos de 100 habitantes entre 2000/2005 (GERHARDT *et al.*, 2008a).

Essas informações podem revelar serviços municipais de saúde despreparados para atender às demandas espontâneas da população, ou, mesmo, o desvio desse tipo de atendimento para serviços da Média Complexidade (GERHARDT *et al.*, 2008b). Segundo informações da própria Secretaria Municipal de Saúde, o pronto-atendimento que funciona 24 horas por dia atende 300 pessoas, diariamente, disponibilizando exames laboratoriais, Raios-X, dentre outros. Nesse contexto, referem que é comum gestantes buscarem esse atendimento para o diagnóstico de gravidez, mediante a realização do exame Beta Hcg.

Outro fato importante a ser ressaltado é referente às características demográficas da população, pois 65,6% vivem na zona rural, e a concentração desses serviços, em sua maioria, ocorre na zona urbana; portanto, o acesso geográfico, funcional e talvez até cultural interfira na busca por serviços de saúde.

O meio rural de Canguçu possui 120 comunidades, destas 20 apresentam Serviços de Saúde na modalidade de atenção básica, em que um técnico de enfermagem se revêsa entre dois serviços. Dessa forma, cada comunidade encontra a Unidade de Saúde aberta duas vezes na semana, e conta quinzenalmente com a presença de um médico e um odontólogo. Segundo informações da Secretaria

Municipal de Saúde, uma Unidade móvel percorre as localidades em que não há estrutura física de Unidade de saúde, com um técnico de enfermagem, médico e dentista.

O vínculo trabalhista é por contratação e a cada quatro anos ou na troca dos gestores municipais o contrato é encerrado, acarretando interrupção da oferta dos serviços de saúde à comunidade, em especial as comunidades rurais passam a não contar mais com a abertura da Unidade de Saúde duas vezes por semana ou com a visita quinzenal de médico e dentista.

A realidade descrita do município de Canguçu permite, ao longo deste estudo, contextualizar e discutir as concepções e práticas em saúde e doença, traduzidas pelas trajetórias terapêuticas da população e a rede e apoio social acionados para suprir a falta de políticas públicas mais equânimes no acesso aos serviços de saúde. Assim, acredita-se que a aproximação dessa realidade ofereceu subsídios para vislumbrar as estratégias dos atores locais na busca de cuidados de saúde.

## **5.2 Caracterização da população rural do Rincão dos Maia**

Como descrito na problematização deste estudo, o tema das necessidades, práticas, rede e apoio social em saúde em uma comunidade rural, tendo como pano de fundo as desigualdades sociais, além de uma abordagem quantitativa que a descreva e quantifique, necessita de uma abordagem que contemple a diversidade de situações, a riqueza das vivências e o entendimento do que é saúde e doença, pois, acredita-se que a efetividade dos atendimentos em saúde necessitam desse diálogo e aproximação entre ciência e senso comum.

Neste sentido, apresenta-se, a seguir, a caracterização dessa população, contemplando informações sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde. Na seqüência, dá-se voz a esses atores sociais, dando assim visibilidade aos determinantes subjetivos do adoecimento e da saúde. A tabela 1 inicia apresentando as características sociodemográficas da amostra da população estudada.

**Tabela 1** – População do Rincão dos Maia segundo características sociodemográficas. Canguçu, RS, 2008.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>814</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	417	51,2
Feminino	397	48,8
<b>Grupo etário</b>		
0 – 14	198	24,3
15 – 24	126	15,5
25 – 59	391	48,0
60 ou mais	99	12,2
<b>Tempo de vida na comunidade</b>		
Nasceram no Rincão dos Maia	727	89,3
< de 5 anos	63	7,7
> de 5 anos	24	2,9
<b>Anos de Estudo (n=742)*</b>		
Analfabetos	153	20,6
1 a 4 anos de estudo (do 1º ao 4º ano do ensino fundamental ou primário)	316	42,6
5 a 8 anos de estudo (do 5º ao 8º ano do ensino fundamental ou 1º ao 4º ano do ginásio)	244	32,9
9 a 11 anos de estudo (ensino médio e/ou profissionalizante)	29	3,9
<b>Ocupação (n=736)**</b>		
Agricultor(a)	331	45,0
Aposentado(a) e pensionistas	130	17,7
Agricultor(a) diarista	71	9,6
Estudante	125	17,0
Do lar	41	5,6
Diarista	20	2,7
Comerciante	6	0,8
Outros***	12	1,6

Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

\*O total exclui 72 pessoas com idades inferiores aos 6 anos de idade e que não iniciaram as atividades escolares.

\*\* O total exclui 78 pessoas de ocupação não referida.

\*\*\* Sem condições de trabalhar, auxiliar de saúde, servente rural, mecânico, microempresário, babá, pedreiro, doméstica, lenhador e militar.



Na população estudada, conforme Tabela 1, mais da metade dos sujeitos da pesquisa são do sexo masculino (51,2%); apesar de manter-se a tendência histórica de predominância, nas áreas urbanas, do sexo feminino, em áreas rurais a população masculina é maior (IBGE, 2000; FEHLBERG; SANTOS; TOMASI, 2001; PIGNATTI; CASTRO, 2008).

O grupo etário em que se encontra a maioria dos entrevistados, com idade entre 25-59 anos de idade (48,0%), caracteriza-se por pessoas potencialmente ativas, e, de acordo com IBGE (2006), encontra-se em processo de crescimento. Segue o grupo de 0-14 anos (24,3% da população) que, segundo a mesma fonte, vem declinando no Brasil (em 1995 correspondia a 32,2% e em 2005 a 26,5%) devido à diminuição da taxa de natalidade. A PNAD 2005 mostrou que quase metade (49,6%) das famílias brasileiras contava com, pelo menos, um de seus componentes com idade até 14 anos (IBGE, 2006). Na população pesquisada praticamente todas as famílias (82,5%) possuem um componente nesse grupo, o que também pode ser vislumbrado no número de estudantes, quando considerada a ocupação dos pesquisados. Outro fato que remete a esse panorama é o possível recebimento, por estas famílias, do benefício do programa bolsa-escola e/ou bolsa-família distribuídos por meio de políticas compensatórias do governo federal.

Os jovens de 15-24 anos representam 15,5% da população estudada, comparando com dados do IBGE de 1996 (19,8%) revela-se um decréscimo desse universo, especialmente no meio rural em relação ao urbano, provavelmente devido ao processo de deslocamento de mão-de-obra, desde a década de 70. A redução de pessoas nesse grupo etário também é verificada pelo IPEA (2008) em que a população jovem trabalhadora diminui expressivamente no que se refere à participação dos segurados especiais, ou seja, dos agricultores familiares jovens, parecendo indicar um “abandono” das atividades agropecuárias por essa população.

Nesse sentido, alguns dados demográficos sobre a população brasileira evidenciam a continuidade do processo migratório campo-cidade nas últimas décadas. Entre os motivos apontados para a migração rural estão, de um lado, os atrativos da vida urbana, principalmente as oportunidades de trabalho remunerado, e, de outro, as dificuldades da vida no meio rural e da atividade agrícola. No entanto,

atuam como fatores de permanência no campo a segurança, em termos de moradia e alimentação, além de perspectivas e projetos de desenvolvimento da unidade de produção, com possibilidades de acesso a melhores níveis de renda e qualidade de vida (IPEA, 2008).

Os atrativos que a cidade oferece, possibilidade de emprego, assalariamento, melhor acesso a serviços de saúde e à escola, não são as situações vivenciadas pela maioria dos migrantes de áreas rurais. A falta de experiência comprovada em outras ocupações que a de trabalhador rural dificulta sua inserção ao mercado de trabalho formal e, conseqüentemente, a sua manutenção e da família na cidade. As dificuldades vivenciadas, as possibilidades de retornar à vida no campo, como a sucessão nas terras para continuar o trabalho rural, serão estímulos para a volta ao meio rural, como afirma, um morador:

*[...] quando casamos fomos morar em Rio Grande, a vida lá é difícil, tivemos os filhos e decidimos vir embora (F156).*

Os idosos de 60 anos ou mais representam 12,2% da população estudada. Esta população, no Brasil é de 10%, no Rio Grande do Sul seu percentual é de 12,4%, e em Porto Alegre, de 11,8% (IBGE, 2000, 2002b e 2006, FEE, 2008). Segundo o IBGE (2002b) estima-se que esse grupo, na população brasileira, em 2020, atinja 13,0%; já de acordo com a Organização das Nações Unidas, o aumento será para 23,6% (UNITED NATION, 2002). O crescente número de pessoas nessa faixa etária é um processo mundial, reafirmado pela transição demográfica em que as doenças crônicas não transmissíveis lideram a lista de causas de morbidade, assim como de mortalidade. Outro fator responsável pelo envelhecimento da população, que essa pesquisa aponta, é o número de pessoas beneficiadas pela Previdência Social, por meio da aposentadoria.

Em relação ao tempo na Comunidade, predominaram as pessoas que sempre moraram no Rincão dos Maia (89,3%), seguidas das que estão a mais de cinco anos (7,7%). Dessa forma, percebe-se que a grande maioria das pessoas pesquisadas permaneceu na mesma Comunidade em que nasceu. Para as que estão lá há mais de cinco anos pode ter ocorrido o processo de migração para a cidade e posteriormente o retorno ao Rincão dos Maia.

Quanto aos anos de estudo, os resultados obtidos mostram uma grande porcentagem da população com 1 a 4 anos de estudo (42,6%). Essa informação remete à taxa de analfabetismo funcional (pessoas com menos de 4 anos de estudo) que dentre os brasileiros encontra-se em 23,5% (IBGE, 2006). Com 5 a 8 anos de estudos estão 32,9% da população estudada, que no cenário brasileiro, representa 34,9% e no Rio Grande do Sul, 36,5%. A porcentagem de analfabetos em Rincão dos Maia é de 20,6%, contrastando com os dados da PNAD 2006, em que o percentual no Brasil foi de 13,6%, no Rio Grande do Sul, 6,7% e em Porto Alegre, 3,3% (IBGE, 2006).

Quando se analisa a questão da escolaridade nos espaços urbanos e rurais, vê-se as vantagens do primeiro em relação ao segundo. Os jovens urbanos brasileiros, entre 15 e 29 anos, têm um nível de escolaridade 50,0% maior do que os que moram no campo (IBGE, 2006). O analfabetismo afeta 9,0% desses jovens, enquanto para os que vivem em áreas urbanas, a taxa é de 2% (IBGE, 2006). Além disso, outros obstáculos de ordem econômica e cultural estão presentes, destacando-se: os de ordem financeira da família, que não lhes permitem custear a passagem de ônibus até a cidade; a necessidade da presença mais permanente dos/as jovens nas atividades agropecuárias; as dificuldades de acesso à escola tais como, as longas distâncias, falta de transporte ou precárias condições de estradas (IPEA, 2008).

A ocupação predominante foi a de agricultor(a) (45,0%), a seguir aposentado(a) e pensionista (17,7%) e estudante (17,0%). Uma pesquisa no meio rural de Pelotas, RS, evidenciou a agricultura com a principal atividade econômica (74%) (FEHLBERG; SANTOS; TOMASI, 2001). Em relação aos aposentados e pensionistas, Delgado (2003) afirma que a aplicação do princípio contido no artigo 195, parágrafo 8 da Constituição Federal significou, na prática, estender os direitos previdenciários a idosos e inválidos de ambos os sexos, do regime da economia familiar rural, acarretando uma ampliação significativa do número de pessoas com cobertura do seguro social e acesso ao salário-mínimo. Esse seguro previdenciário por meio de aposentadoria ou pensão tem contribuído para a manutenção das famílias em suas necessidades básicas, assim como nos investimentos na propriedade (DELGADO, 2003).

Nesse sentido, conhecer os arranjos familiares, assim como características do responsável segundo idade e sexo, ajuda a compreender algumas das suas dinâmicas econômicas, bem como a composição da estrutura familiar.

Em relação à classificação das famílias de maior predomínio encontram-se as nucleares (48,5%), seguidas de pessoas que vivem sozinhas (25,3%). O sexo dos responsáveis pelo domicílio apresenta-se da seguinte maneira, masculino (83,4%) e feminino (16,4%). O grupo etário de maior frequência nesta classificação é o de 25-59 anos (71,8%) e igual ou maior que 60 anos (24,9%) (Tabela 2).

**Tabela 2** – Famílias do Rincão dos Maia segundo classificação, sexo e grupo etário do responsável. Canguçu, RS, 2008.

Classificação de famílias	Total	
	n	%
	<b>241</b>	<b>100,0</b>
Nucleares	117	48,5
Pessoas que vivem sozinhas	61	25,3
Monoparentais	34	14,1
Extensas	29	12,0
<b>Sexo</b>		
Masculino	201	83,4
Feminino	40	16,6
<b>Grupo etário</b>		
15 – 24	8	3,3
25 – 59	173	71,8
≥60	60	24,9

Fonte: RIQUELMO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

Mesmo sendo nucleares a maioria dos arranjos familiares, as formas de organização das famílias brasileiras têm mudado, especialmente devido às transformações culturais ocorridas nos últimos anos, resultando em novos tipos de arranjos: as unidades unipessoais ou pessoas que vivem sozinhas apresentaram um crescimento contínuo e sistemático, nos últimos 10 anos, atingindo quase seis milhões em 2005. A região com maior proporção de famílias do tipo “ninho vazio” (casais sem filhos e pessoas morando sozinhas) é a Sul, com (47,7%). O Rio Grande do Sul e a Região Metropolitana de Porto Alegre são áreas onde esse tipo

de família supera aquelas com filhos, indicando um grau mais elevado de independência dos idosos (IPEA, 2008).

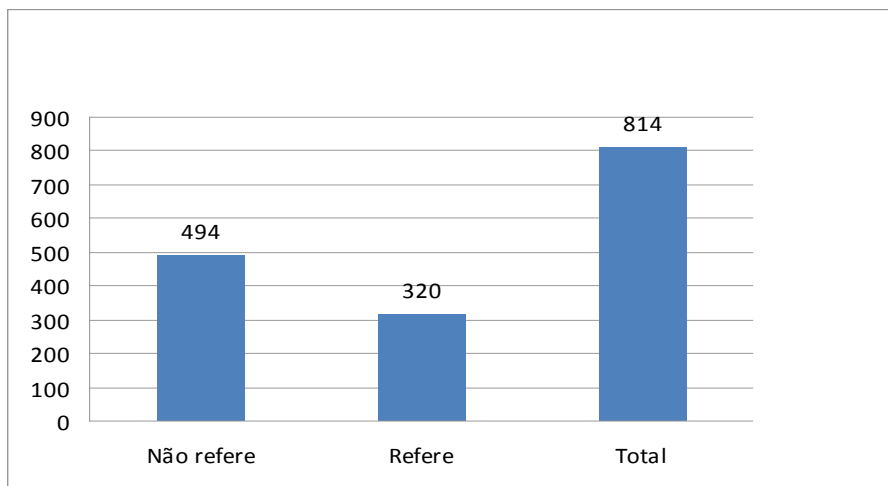
Em 2000, o Censo Demográfico verificou que 24,9% dos domicílios brasileiros tinham as mulheres como responsáveis, e na região Sul, 14,6%. No entanto, sua ocorrência é maior em áreas urbanas, visto que 91,4% dos mesmos estão localizados em cidades, e apenas 8,6% dentro dos limites rurais (IBGE, 2002 c).

Nos domicílios cujo responsável é homem, a distribuição urbano-rural é menos desigual do que no caso das mulheres, 80,7% na área rural contra 19,3% na região urbana. A maior proporção de responsáveis homens nas áreas rurais está ligada a características da economia familiar rural e à existência de trabalhadores, em geral do sexo masculino, alocados para atividades específicas de agropecuária e da extração (IBGE, 2002 c).

O tamanho médio das famílias no Rincão dos Maia é de 3,38 habitantes por domicílio. Estudos confirmam as tendências já verificadas nos últimos anos de redução do tamanho da família, devido ao processo de diminuição da fecundidade e o crescimento do número de famílias chefiadas por mulheres. O tamanho médio dos arranjos familiares diminuiu de 3,9 para 3,4 componentes no Nordeste, de 3,4 para 3,1 no Sudeste (IBGE, 2006), e no Rio Grande do Sul encontram-se 2.9 habitantes.

Apesar do predomínio do grupo etário de 25 a 59 anos de idade, é crescente o número de pessoas com 60 anos ou mais como responsáveis pelo domicílio. Segundo o IBGE (2002b), 20,0% do contingente total dos domicílios brasileiros tinham idosos como responsáveis.

Em relação à morbidade referida, os problemas de saúde apresentados pelas queixas podem ser observados na tabela 3. Na figura 2 observa-se que, da população estudada, 320 pessoas referiram alguma morbidade, sendo apresentadas 432 queixas de problemas de saúde. Dessa forma algumas pessoas verbalizaram mais de uma queixa, com uma média de 1,3 queixas por pessoa.



Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 2** – Morbidade referida e não referida na população total pesquisada. Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

A morbidade referida, interpretada a partir da queixa, em sua grande maioria diz respeito a doenças crônicas que provavelmente agudizaram ou então foram mencionadas por influência das concepções de doença da população estudada, conforme depoimento de uma entrevistada:

*[...] uma gripe, uma dorzinha de cabeça dá na pessoa e depois vai embora, nem dá pra dizer que é doença (F57).*

Dentre os pesquisados que referiam morbidade, as mais freqüentes foram as que integram o quadro das doenças cardiovasculares (30,5%); destas, a pressão alta representava a maioria (63,6%). Em uma pesquisa baseada nos dados da PNAD, de 1998 as queixas cardiovasculares, somando pressão alta e doença do coração, atingiram 24,9%, sendo que a pressão alta representou mais da metade desse quadro (PINHEIRO *et al.*, 2002). Um estudo em uma comunidade rural, localizada no Vale do Jequitinhonha, revelou a prevalência bruta da hipertensão (47,0%) (PIMENTA *et al.*, 2008). Em uma amostra representativa de um inquérito, do Estado do Rio Grande do Sul, apontou a prevalência de hipertensão arterial (31,6%) (GUS; FISCHMANN; MEDINA, 2002). Indicadores de dados básicos do Brasil estimam que a prevalência da hipertensão arterial autoreferida aumenta com a idade; em 17 capitais e Distrito Federal variou de 7,4% a 15,7% nas pessoas com idade entre 25 e 39 anos (mediana=12%), de 23,7% a 36,4% (mediana=31,4%) naqueles com idade entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% (mediana=49,3%) nos

idosos (60+ anos); em Porto Alegre a prevalência na faixa etária de 60 anos ou mais foi de (30,2%) (BRASIL, 2006).

O percentual superestimado de pressão alta encontrado na pesquisa pode revelar erros prováveis de medida, como os sugeridos por Pinheiro *et al.*, (2002) no relato das informações, com destaque para o viés de gênero, em que as doenças crônicas são mais citadas por mulheres. Este fato tem sido atribuído à maior percepção da mulher quanto aos sintomas e sinais físicos e ao desenvolvimento de habilidades e conhecimentos adquiridos, em decorrência de seu papel de cuidadora dos doentes da família (BARROS *et al.*, 2006).

**Tabela 3** – Morbidade referida pela população pesquisada do Rincão dos Maia. Canguçu, RS, 2008.

Grupo de doenças	Subtotal		Morbidade referida	n 320	% 100,0
	n	%			
Cardiovascular	132	30,5	Pressão Alta	84	63,6
			Outras doenças cardiovasculares	48	36,4
Mental e comportamental	52	12,0	Depressão	31	59,6
			Deficiência mental	10	19,2
			Problemas com álcool	5	9,6
			Hiperativo/Problema de fala e aprendizagem	5	9,6
			TOC	1	1,9
Osteomuscular	47	10,9	Problemas de coluna	35	74,4
			Artrite/Reumatismo/Tendinite/Osteoporos e	6	12,8
			Fratura clavícula/Prótese	6	12,8
			Quadril/Dificuldade para caminhar		
Endócrino e metabólico	35	8,1	Diabetes Mellitus	22	62,8
			Hipertireoidismo	13	37,2
Respiratório	28	6,5	Bronquite e asma	19	67,8
			Problemas de pulmão	8	28,6
			Tosse alérgica	1	3,6
			Problemas de Visão	22	100,0
Oftalmológica	22	5,1	Problemas de estômago	9	45,0
			Hérnia	4	20,0
Gastrintestinal	20	4,6	Problemas de intestino/esôfago/ Refluxo	4	20,0
			Gastrite	3	15,0
			Enxaqueca/Labirintite/Desmaio	9	47,1
			Dor nas pernas	5	26,3
			Problemas de nervos	4	21,3
Geniturinário	16	3,7	Problemas dentários	1	5,3
			Problemas renais	8	50,0
			Problemas de próstata	6	37,5
			Pedra dos rins	2	12,5
Otorrinolaringológico	12	2,8	Impossibilidade e ouvir e falar	10	83,3
			Surdez	2	16,7
Sistema nervoso	9	2,1	Epilepsia	6	66,7
			Parkinson	2	22,2
			Seqüela de Meningite	1	11,1
			Elefantíase/Doenças de Chagas/Micose/Seqüela de tifo	4	50,0
Infeccioso e parasitário	8	1,9	Toxoplasmose	4	50,0
			Problemas de pele	8	100,0
Dermatológico	8	1,9	Problemas de pele	8	100,0
Câncer	6	1,4	Câncer	6	100,0
Afecções congênita e perinatal	6	1,4	Anomalias congênitas	4	66,7
			Problemas no parto	2	33,3
Causa externa	5	1,1	Seqüela acidentes de moto e automóvel/	5	100,0
			Perda dos dedos da mão		
Hematológico	5	1,1	Anemia	5	100,0

Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.



O quadro de doença mental e comportamental (12,0%) vem em segundo lugar, em que a depressão (59,6%) é a mais referida, seguida de deficiência mental (19,2%) e problemas com álcool (9,6%). Um estudo em que foi avaliado o processo de produção e saúde, na serra gaúcha, obteve-se a prevalência geral dos transtornos psiquiátricos menores (36,0%); e também (7,0%), indicavam problemas com bebidas alcoólicas (FARIA *et al.*, 2000b). Os pesquisadores alertam para a importância da continuidade de estudos enfocando a saúde das populações rurais, assim como o uso de agrotóxicos e os riscos associados à exposição a esses produtos.

O terceiro quadro mais frequente refere-se às morbidades osteomusculares (10,9%), dentre as quais, as mais referidas foram problemas de coluna (74,4%). A doença de coluna e dor nas costas foi referida pela população rural em 38,1%, nos dados da PNAD, de 1998, considerando que essa queixa, somada à artrite, ao reumatismo, à tendinite e tenossinovite atingiu 61,6% (PINHEIRO *et al.*, 2002).

O quadro endócrino e metabólico vem a seguir (8,1%), sendo que o diabetes representa 62,8%. Estudos de prevalência do diabetes no Brasil mostram uma média geral de 7,6%, já em Porto Alegre este percentual é ainda maior, chegando a 8,89% da população. Estima-se que existem no Brasil cerca de 4 milhões e 500 mil diabéticos; desses, em torno de 2 milhões desconhecem sua enfermidade, sendo identificada apenas quando apresentam uma complicação crônica e irreversível da doença (FRANCO, 2006).

O quadro das doenças respiratórias aparece como o quinto mais referido (6,5%), destes 67,8% referem-se a bronquite e/ou asma. Segundo Faria *et al.* (2006) cerca de 44,0% dos trabalhadores rurais apresentavam sintomas de doença respiratória crônica, na amostra estudada na serra gaúcha.

Os estudos enfocando a saúde da população rural com dados gerais são escassos; os mais encontrados se referem a questões específicas como acidentes de trabalho, uso de agrotóxicos e grupos prioritários do Ministério da Saúde (crianças e idosos) (FEHLBERG; SANTOS; TOMASI, 2001, SOARES; FREITAS; COUTINHO, 2005, ROCHA, 2006, SILVA, 2005, TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Esse fato torna difícil estabelecer índices comparativos que considerem a relação ambiente (no sentido amplo) e morbidade.

**Tabela 4** – Famílias do Rincão dos Maia segundo características socioeconômicas. Canguçu, RS, 2008.

<b>Características socioeconômicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
	<b>241</b>	<b>100,0</b>
<b>Tipo de construção</b>		
Alvenaria	222	92,1
Mista	10	4,1
Madeira	9	3,7
<b>Condições da moradia</b>		
Sem piso e/ou forro	135	56,0
Boas condições	69	28,6
Sem reboco e/ou pintura	31	12,9
Com frestas e/ou rachaduras	6	2,5
<b>Número de pessoas/dormitório</b>		
≤ de 2	186	77,2
> de 2	55	22,8
<b>Luz elétrica</b>		
Sim	222	92,1
Não	19	7,9
<b>Água encanada</b>		
Sim	220	91,3
Não	21	8,7
<b>Destino dos afluentes</b>		
Fossa séptica	117	48,5
Não há instalação sanitária	79	32,8
Vala a céu aberto	45	18,7
<b>Sanitário</b>		
Descarga fora ou dentro de casa	157	65,2
Não há	76	31,5
Fora de casa sem descarga	8	3,3
<b>Destino do lixo</b>		
Queimado	173	71,8
Jogado ou enterrado (não orgânico)	52	21,6
Coletado	16	6,6
<b>Tipo de produção</b>		
Subsistência e comercialização	127	52,7
Apenas subsistência	74	30,7
Nenhum	27	11,2
Apenas comercialização	13	5,4
<b>Produção para subsistência</b>		
4 ou mais produtos	119	53,6
2 a 3 produtos	82	29,4
Nada	40	17,0
<b>Transporte mais utilizado</b>		
Moto e/ou ônibus	173	71,8
Automóvel e/ou caminhão	58	24,1
Carona, bicicleta ou carroça	10	4,1

Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

Em relação ao tipo da construção das famílias pesquisadas 92,1% residem em casa de alvenaria e 4,1% em mistas. Nas condições da moradia há predomínio das sem piso e/ou forro (56,0%) seguidas das boas condições (28,6%). Quanto ao número de pessoas por dormitório, igual ou menor que duas pessoas (77,2%) e maior que duas pessoas (22,8%). Silva (2005) ao desenvolver uma pesquisa no meio rural de Arambaré, RS encontrou, nos tipos de construção 79,2% de alvenaria e 13,0% madeira. Observa-se nas características dos domicílios que apesar da expressiva quantidade de casas de alvenaria, isso não garante boas condições. Casas sem piso e/ou forro torna os moradores mais susceptíveis as alterações do clima, como frio e chuva. Em relação ao número de pessoas por dormitório infere-se baixo adensamento populacional.

A maior parte das residências possui luz elétrica (92,1%). Da mesma forma, em relação à água encanada (91,3%). Em relação à água, vale ressaltar que, devido a característica rochosa do solo, a mesma é proveniente de nascentes originadas nos morros entre pedras ou de riachos distantes das residências, sendo utilizados encanamentos que permitem a descida ou subida dessa água até as residências, para as quais o motor elétrico auxilia, fornecendo maior pressão na chegada da água. As famílias que não dispõem desse encanamento (8,7%) precisam abastecer a casa com água retirada, com balde, desses córregos ou de algum poço raso mais próximo da casa. No entanto, para as duas situações, em épocas de estiagem há escassez de água.

A qualidade da água dessas fontes pode prejudicar a saúde da população pela presença de metais pesados como sulfato férrico e/ou coliformes fecais e salinidade (UFRGS, 2002). Além disso, a profundidade dos poços rasos também compromete pela probabilidade de contaminação, uma vez que a água, nesses poços, se encontra nas camadas superficiais da terra (SILVA, 2005).

O destino dos efluentes é de 48,5% por meio de fossa séptica; em 32,8% não há instalação sanitária nos domicílios, seguido de vala a céu aberto (18,7%). Segundo essas informações, 50,5% da população estudada, não têm acesso a um saneamento adequado. Néri (2007) relata que 53,0% da população brasileira não dispõe de saneamento apropriado, e salienta que pelo ritmo de ampliação do acesso, a universalização só ocorrerá em 115 anos.

No município de Canguçu, o destino dos efluentes encontra-se distribuído da seguinte maneira: rede de esgoto, 27,9%, destes, 73,5% encontram-se na área urbana; fossa séptica atinge um total de 6,2%, sendo que na zona rural representa 7,7%; fossa rudimentar, 29,4% no espaço urbano. Desagregando a informação para o meio rural, este apresenta 39,1% de fossa rudimentar, a presença de vala somou o percentual de 5,7%, no rural perfazem 8,0% e não há instalação sanitária em 26,9%; desses, 42,4% estão na zona rural (BRASIL, 2000). Observa-se que a desagregação do total dos dados para o meio rural é desfavorável a esta população (89,5%), e mesmo na área urbana 62,0% da população não têm acesso a saneamento conveniente a sua saúde. No entanto, na população estudada não foi referido como destino dos efluentes a fossa rudimentar, podendo-se inferir que há um melhoramento nas condições de saneamento em relação às demais localidades rurais ou um viés de informação.

Em relação ao sanitário com descarga dentro ou fora de casa, 65,2% o possuem, seguido das residências em que não há nenhum tipo de sanitário (31,5%). Nessa condição, as pessoas fazem as necessidades fisiológicas no mato. A opção de analisar o sanitário com descarga dentro ou fora de casa ocorreu devido ao pequeno número encontrado com descarga fora do domicílio, de apenas cinco, assim como o acesso facilitado, pois situavam-se próximo à cozinha, no corredor de entrada, protegido por cobertura e parede lateral.

Ao considerar esta questão da presença de sanitário, observou-se que o motivo de construí-lo pode ocorrer mais por um fator externo do que propriamente a necessidade da família de dispor desse utensílio, conforme relatou um morador entrevistado:

*[...] hoje acho muito bom ter o banheiro, é um conforto quando esta chovendo, frio ou à noite, mas construí porque minha mãe que mora na cidade, em Rio Grande e já é idosa disse que não me visitava mais se não tivesse banheiro (F180).*

Quanto ao destino do lixo, este é queimado em 71,8% das famílias entrevistadas e jogado ou enterrado em 21,6%. No meio rural do Município de Canguçu a forma mais freqüente de eliminar o lixo é queimando (59,4%), seguido de enterrado na propriedade (19,6%) e jogado (15,4%) (BRASIL, 2000). A prática de queimar o lixo foi encontrada também, em uma pesquisa em assentamento rural no

Rio de Janeiro, como a primeira medida de destino do lixo (58,2%), e a segunda destinação é o lixo jogado (19,7%) (VEIGA; BURLANDY, 2001).

A queima do lixo é facilmente justificada pela população estudada que referiu à prática de colocá-lo no forno das estufas de fumo, ou então de amontoá-lo e depois atear fogo, e na maioria das vezes são lixos inorgânicos. Aquelas famílias que plantam fumo dizem que as empresas que fornecem as sementes/mudas e os produtos agroquímicos recolhem as embalagens periodicamente.

Quanto ao tipo de produção, os sujeitos responderam que produzem para subsistência e comercialização, 52,7% e apenas para subsistência, 30,7%. Em relação à produção para subsistência, de quatro produtos ou mais, foram mencionados por 49,0%, seguida por dois a três produtos, 34,0%. Ao considerar a produção de agricultores de Pelotas RS, observou-se que esses estavam relacionados à subsistência e a três produtos (FEHLBERG; SANTOS; TOMASI, 2001).

O transporte mais utilizado relatado pelas famílias foi moto e/ou ônibus (71,8%) e automóvel e/ou caminhão (24,1%). Existe linha de ônibus, tanto para Pelotas quanto para Canguçu: para Pelotas a frequência é de uma vez na semana e para Canguçu, duas vezes. Dessa forma, o acesso à cidade para a maioria das famílias é limitado pela frequência, horário e valor das passagens do ônibus: saem às 12 horas e retornam às 17 horas, o custo é de R\$10,20, por pessoa, ida e volta. Nesse sentido, a utilização da moto permite maior flexibilidade na locomoção, no entanto, em sua maioria, há pendência nos documentos, seja da moto, com impostos atrasados, ou falta da carteira de habilitação do condutor. Isso resulta num fenômeno descrito por Fialho (2005) de várias motos estacionadas na entrada da cidade, evitando a fiscalização do perímetro urbano.

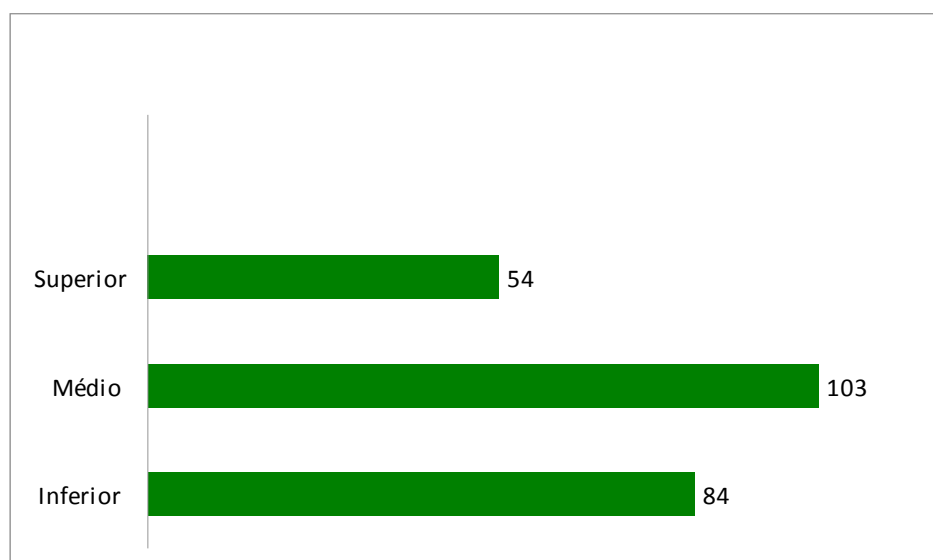
### **5.2.1 Características socioeconômicas e condições de vida da população do Rincão dos Maia**

As características socioeconômicas apontadas descrevem as condições de vida da população estudada, essas, por sua vez referem-se às condições materiais necessárias à subsistência, relacionada à habitação, saneamento, condição do meio

ambiente e produção (POSSAS, 1989). Com base nestas características criou-se um índice de condição de vida, a partir da atribuição de valores a cada variável (APÊNDICE D). Ao excluir a questão direta sobre a renda familiar e incluir variáveis sobre o contexto de vida e suas repercussões no cotidiano, acredita-se em uma aproximação das dinâmicas e estratégias utilizadas pelas pessoas. Além disso, a questão específica de “quanto ganha” uma família, no meio rural, no sentido monetário, poderá ser diferente da que mora no meio urbano, pois ao plantar produtos para o consumo ou criar animais domésticos estes se converterão em moedas de troca entre vizinhos ou mesmo no comércio da cidade, em que ovos ou aves abatidas poderão ser negociados em troca de alimentos industrializados ou por dinheiro. Apesar de o estudo não contemplar esse último exemplo, estas estratégias foram relatadas pelos entrevistados.

Nesse sentido, Rocha (2006) afirma que apenas a renda auto-referida não permite conhecer as estratégias de que os atores sociais lançam mão para driblar as dificuldades, como a realização do trabalho informal, que pode alterar a condição do cotidiano.

Na figura 3 observa-se que na população estudada de 241 famílias, 84 (34,8%) encontram-se no nível inferior, 103 (42,7%) no nível médio e 54 (22,4%) no superior.



Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 3** – Níveis das condições materiais de vida das famílias estudadas no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

As características das condições de vida de cada nível na amostra estudada são apresentadas, a seguir, na Tabela 5.

**Tabela 5 – Características socioeconômicas segundo os níveis das condições materiais de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.**

Condições de vidas	Total	Inferior	Médio	Superior	P*
	N= 241 n (%)	N= 84 - 34,8% n (%)	N=103 - 42,7% n (%)	N= 54 - 22,4% n (%)	
<b>Tipo de construção da moradia</b>					0,050
alvenaria	222 (92,1)	74 (88,1)	95 (92,2)	53 (98,1)	
mista	10 (4,1)	3 (3,6)	6 (5,8)	1 (1,9)	
madeira	9 (3,7)	7 (8,3)**	2 (1,9)	0 (0,0)	
<b>Condições da moradia</b>					<0,001
sem piso ou forro	135 (56,0)	80 (95,2)**	55 (53,4)	0 (0,0)	
boas condições	69 (28,6)	0 (0,0)	20 (19,4)	49 (90,7)**	
sem reboco ou pintura	31 (12,9)	3 (3,6)	24 (23,3)**	4 (7,4)	
frestas ou rachaduras	6 (2,5)	1 (1,2)	4 (3,9)	1 (1,9)	
<b>Número de pessoas/dormitório</b>					0,001
≤ 2	186 (77,2)	54 (64,3)	84 (81,6)	48 (88,9)**	
> 2	55 (22,8)	30 (35,7)**	19 (18,4)	6 (11,1)	
<b>Luz elétrica</b>					<0,001
sim	222 (92,1)	66 (78,6)	102 (99,0)**	54 (100)**	
não	19 (7,9)	18 (21,4)**	1 (1,0)	0 (0,0)	
<b>Água encanada</b>					<0,001
sim	220 (91,3)	65 (77,4)	101 (98,1)**	54 (100)**	
não	21 (8,7)	19(22,6)**	2 (1,9)	0 (0,0)	
<b>Destino dos efluentes</b>					<0,001
Fossa séptica	117 (48,5)	7 (8,3)71	71 (68,9)**	39 (72,2)**	
Não há instalação sanitária	79 (32,8)	(84,5)**	8 (7,8)	0 (0,0)	
vala a céu aberto	45 (18,7)	6 (7,1)	24 (23,3)	15 (27,8)	
<b>Sanitário</b>					<0,001
descarga fora ou dentro de casa	157 (65,2)	10 (11,9)	94 (91,3)**	53 (98,1)**	
não há	76 (31,5)	68 (81,0)**	8 (7,8)	0 (0,0)	
fora de casa sem descarga ("casinha")	8 (3,3)	6 (7,1)**	1 (1,0)	1 (1,9)	
<b>Destino do lixo</b>					0,164
queimado	173 (71,8)	57 (67,9)	82 (79,6)	34 (63,0)	
jogado ou enterrado	52 (21,6)	22 (26,2)	15 (14,6)	15 (27,8)	
coletado	16 (6,6)	5 (6,0)	6 (5,8)	5 (9,3)	
<b>Tipo de produção</b>					<0,001
subsistência e comercialização	127(52,7)	23 (27,4)	56 (54,4)	48 (88,9)**	
apenas subsistência	74 (30,7)	37 (44,0)**	33 (32,0)	4 (7,4)	
nenhum	27 (11,2)	20 (23,8)**	7 (6,8)	0 (0,0)	
apenas comercialização	13 (5,4)	4 (4,8)	7 (6,8)	2 (3,7)	
<b>Produção para subsistência</b>					<0,001
4 ou mais produtos	119 (49,0)	31 (36,9)	48 (46,6)	40 (74,1)**	
2 a 3 produtos	82 (34,0)	29 (34,5)	41 (39,8)	12 (22,2)	
nenhum	40 (17,0)	24 (28,6)**	14 (13,6)	2 (3,7)	
<b>Transporte que a família mais utiliza</b>					<0,001
moto/ônibus	173 (71,8)	76 (90,5)**	75 (72,8)	22 (40,7)	
automóvel ou caminhão	58 (24,1)	2 (2,4)	26 (25,2)	30 (55,6)**	
carona, bicicleta ou carroça	10 (4,1)	6 (7,1)	2 (1,9)	2 (3,7)	

Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta, Canguçu, 2008. \* Teste qui-quadrado de Person.

\*\*Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).



Encontram-se nas **condições de vida de nível inferior** 34,8% da população estudada. Suas principais características estão em relação ao tipo de construção da moradia de alvenaria (88,1%); no entanto, verifica-se associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) deste nível com madeira (8,3%). Essa mesma associação é encontrada para as condições de moradia sem piso ou forro (95,2%), número de pessoas por dormitório maior que duas (35,7%), ausência de luz elétrica (21,4%), de água encanada (22,6%), de instalação sanitária (84,5%) e de sanitário (81,0%). O destino do lixo queimado (71,8%), seguido do jogado ou enterrado (21,6%). Ao considerar o tipo de produção há associação significativa apenas para subsistência (44,0%) e nenhum tipo de produção (23,8%). Quanto à produção para subsistência, dois a três produtos (34,5%), e associação significativa com nenhum produto para subsistência (28,6%). O transporte mais utilizado foi moto e/ou ônibus (90,5%) com associação estatisticamente significativa.

Nas **condições de vida de nível médio**, estão 42,7% das famílias pesquisadas. Dentre suas características socioeconômicas destacam-se tipo de construção da moradia de alvenaria (92,2%), em relação às condições de moradia: sem piso ou forro (53,4%) e a seguir, com associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), sem reboco ou pintura (23,3%). O número de pessoas por dormitório menor ou igual a duas (81,6%). Presença de luz elétrica (99,0%), de água encanada (98,1%), no destino dos efluentes: fossa séptica (68,9%) e sanitário com descarga fora ou dentro de casa (91,3%); para todas essas houve associação estatisticamente significativa. O destino do lixo queimado (67,9%) seguido pelo jogado ou enterrado (26,2%). Quanto ao tipo de produção, subsistência e comercialização (54,4%) e a seguir apenas para subsistência (32,0%). A produção para subsistência de quatro ou mais (46,6%) e dois a três produtos (39,8%). O transporte mais utilizado foi moto e/ou ônibus (72,8%) e automóvel e/ou caminhão (25,2%).

Estão nas **condições de vida de nível superior** 22,4% das famílias estudadas. As características socioeconômicas acham-se distribuídas da seguinte maneira: tipo de construção da moradia de alvenaria (98,1%), condições de moradia - boas condições (90,7%), presença de luz elétrica e água encanada (100%), destino dos efluentes – fossa séptica (72,2%) e sanitário com descarga fora ou dentro de casa (98,1%). Encontrou-se associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) para todas as variáveis, exceto para a primeira, tipo de construção da casa. O destino do lixo queimado (63,0%) e jogado ou enterrado (27,8%). Em relação ao tipo de

produção, subsistência e comercialização (88,9%), a produção para subsistência de quatro ou mais (74,1%) e o transporte mais utilizado foi automóvel e/ou caminhão (55,6%), houve associação estatisticamente significativa para estas variáveis.

Os três diferentes níveis de vida da população estudada revelam naturalmente características discrepantes entre si, especialmente em relação ao nível inferior e superior: em relação ao tipo de construção da moradia, das nove casas de madeira, sete são de famílias que se encontram no nível de vida inferior e zero no nível superior. Em relação às condições de moradia que não tem piso e/ou forro encontraram-se 95,2% dos domicílios das famílias do nível de vida inferior e nenhuma em boas condições. Já no nível de vida superior é o contrário: nenhuma sem piso e/ou forro e 90,7% em boas condições. O número de pessoas por dormitório maior que duas no nível de vida inferior atingiu 35,7% e no superior, 11,1%. Não possuem luz elétrica e água encanada 21,4% e 22,6%, respectivamente, nas famílias do nível de vida inferior, enquanto no superior todas têm luz elétrica e água encanada. Quanto ao destino de efluentes, 84,5% revelaram-se sem instalação sanitária, e sem sanitário 81,0%, (corte) nos domicílios das famílias do nível de vida inferior, e no nível superior, zero para ambas.

A melhora nas condições de vida das pessoas, envolve, por exemplo, além da geração de emprego e a conseqüente melhoria da renda, habitar uma casa digna, no sentido de ser uma construção com materiais duráveis para as paredes, para o chão, para o telhado, assim como poder viver em um ambiente com baixo adensamento domiciliar (IBGE, 2006). A falta de tratamento da água e sua exposição a céu aberto expõe a população a vetor de doenças e à contaminação de suas águas (IBGE, 2006).

Ao considerar as fontes de água, descritas anteriormente, essa preocupação é plausível visto que algumas são oriundas de poços rasos e sem cobertura. Da mesma forma, as residências sem forro ou piso expõem seus moradores ao frio e umidade do rigoroso inverno na serra do sudeste.

Nesse sentido, alguns desafios estão presentes e foram historicamente constituídos, e nada indica que possam ser superados em curto espaço de tempo e com ações pontuais. O maior deles consiste em vencer a precariedade social dos habitantes do meio rural, pois a desigualdade afeta mais gravemente essa população, seja por causa dos menores níveis de rendimentos, seja pela maior precariedade nas condições de vida e de trabalho (IPEA, 2008).

As figuras 4, 5 e 6 a seguir destacam as disparidades entre as condições de moradia das famílias pesquisadas; a primeira, de condições de vida de nível superior e a segunda e terceira, de nível inferior. Na figura 7, apresenta-se um poço raso em que há encanamento da água para o interior do domicílio.



Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 4** – Imagem fotográfica ilustrando moradia de alvenaria de família com condições de vida de nível superior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.



Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 5** – Imagem fotográfica ilustrando moradia de alvenaria sem reboco, piso ou forro de família com condições de vida de nível inferior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.



Fonte: RIQUELHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 6** – Imagem fotográfica ilustrando moradia de madeira de família com condições de vida de nível inferior no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.



Fonte: RIQUELHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

**Figura 7** – Imagem fotográfica ilustrando um poço raso em que há encanamento da água para o interior do domicílio no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

Quanto às características do tipo de produção, considerando apenas para subsistência e nenhum produto, as famílias do nível de vida inferior apresentam 44,0% e 23,8%, respectivamente, enquanto nas de nível de vida superior 88,9% e 00,0%, respectivamente. Em relação à produção para subsistência, observa-se que 28,6%, das famílias do nível de vida inferior não plantam, e esta mesma condição, no nível superior situa-se em 3,7%. No nível de vida inferior as famílias plantam menos para subsistência, em relação às famílias no nível superior. Igualmente, o não cultivar nenhum produto para subsistência também é maior entre as famílias nível de vida inferior. Esses fatores podem ocorrer devido à composição familiar nesse nível, maior de monoparental, sua ocupação de agricultor diarista ou apenas diarista e devido ao processo de estigma descrito na problemática que prejudica o potencial de usufruir uma vida social plena.

Silva (2005), em seu estudo sobre a população idosa de Arambaré, evidenciou nas famílias de menor renda as que mais utilizavam a produção para subsistência. Esse fenômeno também se observa no presente estudo, no entanto, vê-se uma parcela das famílias de nível de vida inferior que não plantam produto algum para subsistência, fato esse que pode ocorrer devido a sua ocupação como trabalhadores ou ainda pela situação fundiária. O Município em questão é o maior em minifúndios da área de estudo do PROINTER e marcado pela ocorrência de parceiros e arrendatários, tendo uma menor incidência de proprietários, especialmente no cultivo do fumo (VERDUM *et al.*, 2008).

Referente ao transporte mais utilizado pelas famílias do nível de vida inferior e médio – moto e ônibus apresentaram 90,5% e 72,8%, respectivamente, e devido a sua disponibilidade local, pode-se dizer que é um fator limitante no acesso funcional a serviços públicos, como os de saúde:

*[...] e daí a minha irmã tinha consulta 1h lá no tal de CAPS aquele, e é longe, não tinha ônibus para a gente ir, nós saímos às 6h de a pé, para não pegar sol e para arrumar algum papel, nós saímos daqui às 6h da manhã eu e ela (F160).*

As condições de vida das pessoas modularam suas escolhas, assim como a presença ou ausência de políticas públicas. A pouca escolarização da população rural evidencia uma das mazelas da Educação no país. Linhares (1995) sintetiza a trajetória histórica das classes populares em relação à escola: no ano de 1920, apenas 25% da população eram alfabetizadas e em 1950 freqüentavam a escola

somente 36,2% do total da população em idade escolar. No ano 2000, 86,4% da população brasileira acima dos 15 anos eram alfabetizados, no entanto, de aproximadamente 5,5 milhões de estudantes que ingressam na 1ª série do ensino fundamental apenas 1,8 milhões chegam ao terceiro ano do ensino médio (BRASIL, 2003?). Segundo o IPEA (2008), essa desigualdade se acentua no meio rural: em 2006, a proporção de jovens de 15 a 17 anos que freqüentavam o Ensino Médio era de 50,3% nas áreas urbanas, contra apenas 26,0% no meio rural.

Na população estudada observa-se associação significativa estatisticamente ( $p < 0,05$ ) entre educação, 9 a 11 anos de estudo, e nível de vida superior (8,7%), pois do total de 29 pessoas nesta condição, 16 pertencem ao nível de vida superior (Tabela 6).

**Tabela 6** – Associação<sup>1</sup> entre anos de estudo e condições de nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.

Anos de estudo	Total		Inferior		Médio		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
analfabetos	153	20,6	53	23,1	75	22,8	25	13,6
de 1 a 4 anos de estudo (do 1º ao 4º ano do ensino fundamental ou antigo primário)	316	42,6	100	43,7	132	40,1	84	45,7
de 5 a 8 anos de estudo (do 5º ao 8º ano do ensino médio ou 1º ao 4º ano do ginásio)	244	32,9	72	31,4	113	34,3	59	32,1
de 9 a 11 anos de estudo (ensino médio e/ou profissionalizante)	29	3,9	4	1,7	9	2,7	16	8,7**
<b>Total***</b>	<b>742</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>	<b>329</b>	<b>100,0</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

<sup>1</sup>  $\chi^2(6)=21,9$ ;  $p=0,001$

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

\*\*\* O total exclui 72 pessoas com idades inferiores aos 6 anos de idade e que não iniciaram as atividades escolares.

Para a ocupação e condições de vida também foi encontrada associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre agricultor(a) (56,8%), comerciante (3,3%) e condição de vida nível superior, e a mesma associação entre ocupação de

agricultor(a) diarista (24,6%) e nível de vida inferior (Tabela 7). Por essa ocupação, considera-se o agricultor que planta apenas para subsistência em sua propriedade e obtém seu ganho monetário trabalhando como diarista em lavoura de outros agricultores.

**Tabela 7** - Associação<sup>1</sup> entre ocupação e nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.

Ocupação referida	Total		Inferior		Médio		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agricultor (a)	331	45,0	69	30,3	158	48,6	104	56,8**
Aposentado (a)	130	17,7	36	15,8	62	19,1	32	17,5
Agricultor (a) diarista	71	9,6	56	24,6**	15	4,6	0	0,0
Estudante	125	17,0	40	17,5	55	16,9	30	16,4
Do lar	41	5,6	14	6,1	20	6,2	7	3,8
Diarista	20	2,7	10	4,4	10	3,1	0	0,0
Comerciante	6	0,8	0	0,0	0	0,0	6	3,3**
Outros	12	1,6	3	1,3	5	1,5	4	2,2
<b>Total***</b>	<b>736</b>	<b>100,0</b>	<b>228</b>	<b>100,0</b>	<b>325</b>	<b>100,0</b>	<b>183</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

<sup>1</sup>  $\chi^2(14)=124,8$ ;  $p<0,001$ .

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

\*\*\* O total exclui 78 pessoas de ocupação não referida.

Outros: sem condições de trabalhar, auxiliar de saúde, servente rural, mecânico, microempresário, babá, pedreiro, doméstica, lenhador e militar.

Nessa última relação apresentada, encontra-se na pesquisa de Schneider e Fialho (2000) alguns elementos para compreensão deste fenômeno: basicamente são pequenos proprietários, que exploram lotes inferiores a 5 hectares, em áreas pouco apropriadas para a prática agrícola. O empobrecimento dessa população está fortemente relacionado ao tamanho da área de terra que possuem e aos sistemas de cultivo de monocultura que utilizam, somando fatores que rapidamente exaurem a fertilidade do solo e, conseqüentemente, a viabilidade econômica dessas unidades. A alternativa para muitos é a prática da parceria ou meação, pois

continuam produzindo em áreas pequenas, em geral com declives e aclives, bem como utilizando meios produtivos tecnologicamente defasados, razão pela qual a maior parte de sua produção é destinada à subsistência (SCHNEIDER; FIALHO, 2000).

Outra dificuldade apontada por uma agricultora é em relação ao custo do produto colhido e as perdas, quando existe a recusa do comprador:

*[...] nessa parte financeira, a coisa não tá fácil ainda mais pra quem tá na lavoura, olha, a coisa...eu digo, no meu dizer, né, só a misericórdia de Deus, a gente tá na lavoura, olha, teve 1 ano que a gente trabalhou, cuidou da chácara, trabalhou o ano todo pra conseguir 400 reais porque a gente cuida de metade com a velha (sogra) então a gente tirou despesa e ficou 400 reais, o que se nós ia compra com 400 reais, um rancho e acabou...tem gente que olha e acha tão simples...fica ali o ano todo cuidando a chácara, botando adubo, gasta tanto, né...sem se essa safra, na outra que passo a gente perdeu a fruta de baixo do pé, cada frutão, coisa mais linda de baixo do pé. A gente não teve pra quem entregar...tu pensa nós dois trabalhando o ano todo pra consegui 400 reais né, a gente tira as despesas e não tem como, se fosse pra desisti, nós tinha desistido naquele ano, né...enquanto a gente tem outro meio, podendo safá, de uma coisa ou de outra a gente vai inventando, né...a gente vive na lavoura pela misericórdia de Deus, que tem que ter a lavoura, se não...aqui de fome praticamente ninguém morre (F19).*

Nesse sentido, não são poucas as situações adversas vivenciadas pelo pequeno trabalhador rural; alguns entrevistados informavam trabalhar como diarista, pois a despesa com o plantio não compensava o investimento financeiro e o trabalho árduo, sobrecarregando as famílias cada vez menores.

No entanto, o desempenho da ocupação de agricultor e comerciante denota certo investimento, seja em equipamentos, sementes, pagamento de mão de obra e possíveis perdas na lavoura. Esses fatores possivelmente estimulem o pequeno agricultor a arrendar sua terra, trabalhar como diarista ou meeiro.

Uma questão que também pode influenciar na ocupação e nos níveis de condição de vida são os arranjos familiares: houve associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre famílias monoparentais e condição de vida de inferior (28,6%), entre famílias extensas e condição de vida superior (24,1%), e as nucleares estão associadas com as condições de vida de nível médio (56,3%) (Tabela 8). No caso das famílias monoparentais a ausência de um dos cônjuges e a idade avançada dificultariam a autonomia na atividade de agricultor, sendo então preterida pela de agricultor diarista, do lar ou mesmo diarista.



**Tabela 8 – Associação<sup>1</sup> entre tipos de famílias e nível de condições de vida, Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.**

	Total		Inferior		Médio		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pessoas que vivem sozinhas	61	25,3	24	28,6	24	23,3	13	24,1
Monoparentais	34	14,1	24	28,6**	6	5,8	4	7,4
Nucleares	117	48,5	35	41,7	58	56,3**	24	44,4
Extensas	29	12,0	1	1,2	15	14,6	13	24,1**
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

<sup>1</sup>  $\chi^2$  (6)=37,3; p<0,001.

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

Ao buscar mais elementos para conhecer esses arranjos familiares associou-se o sexo do responsável do domicílio e o tipo de família: das 241 famílias, encontrou-se significância estatística ( $p < 0,05$ ) entre sexo feminino e famílias monoparentais (62,5%), e entre o sexo masculino e famílias nucleares (56,2%). Das pessoas que vivem sozinhas e famílias extensas, 26,4% e 12,9%, respectivamente, são do sexo masculino (Tabela 9).

**Tabela 9 - Associação<sup>1</sup> entre sexo do chefe da família e tipo de família do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.**

Tipo de família	Total		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
Pessoas que vivem sozinhas	61	25,3	53	26,4	8	20,0
Monoparentais	34	14,1	9	4,5	25	62,5**
Nucleares	117	48,5	113	56,2**	4	10,0
Extensas	29	12,0	26	12,9	3	7,5
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>201</b>	<b>100,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

<sup>1</sup> $\chi^2$  (3)=95,6; p<0,001.

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

A expectativa de vida feminina no Estado do Rio Grande do Sul é uma das mais altas do País, em torno de 74 anos, o que poderia ser considerada uma das causas principais para o alto percentual encontrado entre sexo feminino e famílias monoparentais, possivelmente explicado pela viuvez, que constitui grande parte desse universo (IBGE, 2002c).

Em relação ao tipo de família e à associação do grupo etário, foi encontrada associação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) entre pessoas que vivem sozinhas, monoparentais e extensas com o grupo de 60 anos ou mais, respectivamente (38,3%), (28,3%) e (20,0%). Para famílias nucleares a associação estatisticamente significativa foi encontrada com o grupo etário de 25 a 59 anos de idade (59,5%) (Tabela 10).

**Tabela 10** - Associação<sup>1</sup> entre faixa etária do chefe da família e tipo de família do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.

Tipo de família	Total		15-24		25-59		≥60	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pessoas que vivem sozinhas	61	25,3	2	25,0	36	20,8	23	38,3**
Monoparentais	34	14,1	0	0,0	17	9,8	17	28,3**
Nucleares	117	48,5	6	75,0	103	59,5**	8	13,3
Extensas	29	12,0	0	0,0	17	9,8	12	20,0**
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>8</b>	<b>100,0</b>	<b>173</b>	<b>100,0</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

<sup>1</sup> $\chi^2$  (6)=43,0; p<0,001.

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

Dentre os arranjos familiares pelo quais os idosos são responsáveis, 27,1% são constituídos de pessoas que vivem sozinhas ou monoparentais (IBGE, 2002a).

Em relação a associação entre morbidade referida, não foi evidenciada associação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) entre referir morbidade ou não e os níveis de vida. No entanto, evidenciou-se associação estatisticamente significativa entre algumas morbidades e nível de vida (Tabela 11).

**Tabela 11** - Associação entre doenças e nível de condição de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.

Doenças	Total	Inferior	Médio	Superior	P*
	N=320	N= 99	N=147	N= 74	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Pressão Alta	84 (26,2)	11 (11,1)	52 (35,1)**	21 (28,4)	<0,001
Outras doenças cardiovasculares***	48 (15,0)	8 (8,1)	24 (16,3)	16 (21,6)**	0,039
Ausência de audição e de fala	10 (3,1)	2 (2,0)	2 (1,4)	6 (8,1)**	0,018
Problemas de Visão	22 (6,9)	12 (12,1)**	8 (5,4)	2 (2,7)	0,034
Problemas com álcool	5 (1,6)	4 (4,0)**	0 (0,0)	1 (1,4)	0,043
Problemas de nervos	4 (1,3)	4 (4,0)**	0 (0,0)	0 (0,0)	0,011
Enxaqueca/Labirintite/Desmaio	9 (2,8)	6 (6,1)**	3 (2,0)	0 (0,0)	0,043
Refluxo	2 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,7)**	0,035

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

\* Teste qui-quadrado de Person.

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

\*\*\* Angina, problema de coração, colesterol alto e derrame.

No nível de vida inferior houve associação com as morbidades referidas: problema de visão (12,1%), problema com álcool (4,0%), problema de nervos (4,0%) e enxaqueca, labirintite e desmaio (6,1%).

Para o nível de vida médio houve associação significativa com pressão alta (35,1%), enquanto no nível de vida superior, com doenças cardiovasculares (21,6%), ausência de audição e de fala (8,1%) e refluxo (2,7%).

Quanto ao problema de visão, algumas pessoas nasceram totalmente cegas, outras, cegas apenas de um olho ou apresentavam diminuição da visão, um dos casos foi relacionado, pelo declarante, ao diagnóstico de toxoplasmose congênita. Dessa forma, mais investigações, nesta população, entre este marcador e hábitos alimentares e de higiene poderiam elucidar essa situação.

Em relação ao uso do álcool e desigualdade social, há discordância entre estudos, enquanto para uns é positiva, para outros é inversa (CNDSS, 2008).

Batista (2005) ao estudar as causas de óbito no Estado de São Paulo evidencia nas causas mental e comportamental um maior número de homens negros com morte decorrentes do uso de álcool. O autor aponta que reforçado pelo imaginário social do homem como provedor da família, este sem qualificação profissional e sem emprego é fragilizado e tem sua família na maioria das vezes em piores condições de vida. Dias-da-Costa *et al.* (2004) em uma pesquisa na zona urbana de Pelotas inferiram que homens, idosos, indivíduos com pele preta ou parda, de nível social menor apresentaram maior consumo abusivo de álcool, após análise ajustada.

A morbidade referida como problema de nervos, enxaqueca, labirintite e desmaio remetem ao sofrimento difuso, que compõem as queixas mais freqüentes das classes populares pobres (VALLA, 2005).

Estudos evidenciam que a desigualdade social é significativa na presença de doenças crônicas, principalmente nas características de menor renda e escolaridade (BARROS *et al.*, 2006; WESTERT *et al.*, 2005; MACINTYRE; DER; NORRIE, 2005; 14<sup>a</sup> REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA, 2005). No entanto, algumas doenças crônicas, como hipertensão ou problemas cardiovasculares passam a ser reconhecidas pelas pessoas após o diagnóstico de um profissional de saúde (VIACAVA, 2002). Nesse sentido, a relação entre hipertensão e nível médio de vida, outras doenças cardiovasculares e refluxo com nível superior, pode indicar que esses níveis têm mais acesso a serviços de saúde.

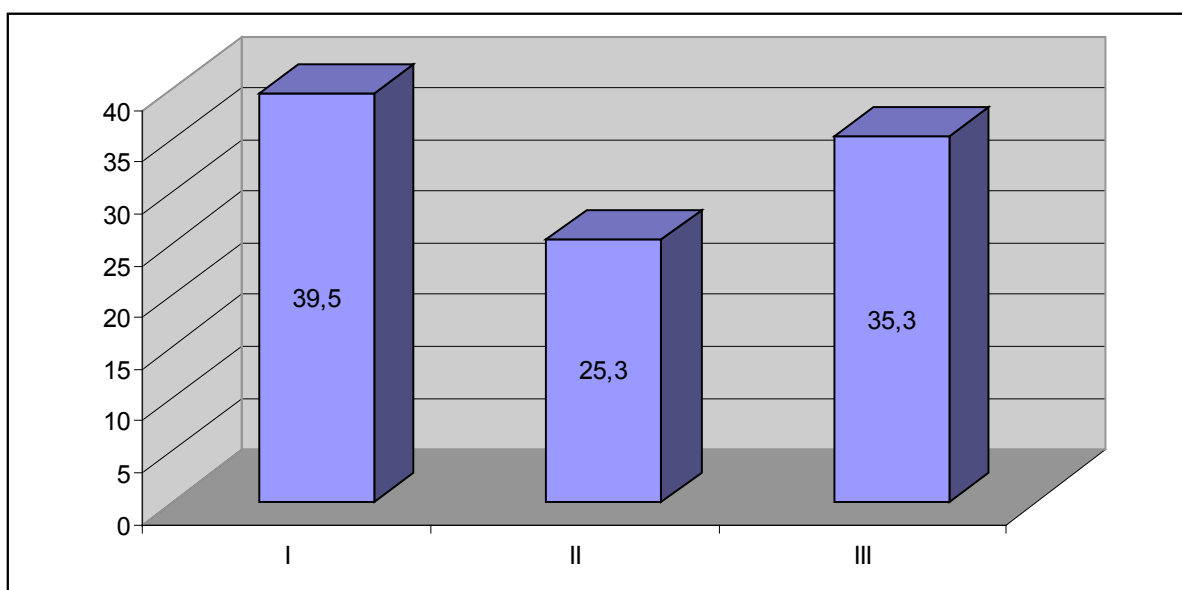
A ocorrência de pessoas surdo-mudas está relacionada, em cerca de 60,0% dos casos, a etiologia da deficiência auditiva hereditária, 30,0% adquirida e 10,0%, de etiologia idiopática. Nos países desenvolvidos, aproximadamente 1/1000 crianças apresentam deficiência auditiva severa ou profunda ao nascimento ou na infância, na fase pré-lingual (PIATTO *et al.*, 2005). A identificação precoce para as crianças e o aconselhamento genético dos casais que tem filhos surdo-mudos é uma forma de minimizar possíveis alterações emocionais e sociais (SILVA; QUEIROS; LIMA, 2006). Em uma das famílias pesquisadas três dos sete filhos são surdo-mudos e a mãe expressa em sua fala a indagação da filha surda-muda:

*[...] ela pergunta pros irmãos porque ela não fala (F156).*

Não foram encontradas explicações ou relação na literatura entre esta deficiência e nível de vida, no entanto, a comunidade do Rincão dos Maia possui histórico de casamentos consangüíneos, fato que pode ser melhor investigado nos efeitos sobre a saúde.

Diante da diversidade das condições de vida e saúde, elaborou-se o nível de mobilização de recursos sociais. Sua construção se deu a partir da combinação de diferentes variáveis que permitem identificar o potencial das redes sociais nas quais as pessoas se inserem. Acredita-se que esta pode ter uma importância fundamental para a manutenção das necessidades básicas, como saúde, alimentação, higiene e habitação, ou ainda na reprodução biológica, assim como na reprodução social por meio da vida social, grupos aos quais pertencem e com os quais possuem uma identidade. Dessa forma, a mobilização destes “recursos sociais” para a resolução dos problemas cotidianos pode tornar-se mais importante dentro das condições de vida mais precárias.

Identificaram três níveis de “recursos sociais” de maneira crescente I, II e III, a partir dos critérios apresentados na metodologia do presente estudo. Na figura 8 observa-se que das 241 famílias estudadas, 39,5% encontram-se no nível I, 25,3% no nível II e 35,3% no III.



Fonte: RIQUELMO, D. L.; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008

**Figura 8** – Níveis de mobilização de recursos sociais das famílias estudadas no Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

O resultado desse nível de mobilização de recursos sociais na população estudada será apresentado, a seguir, na Tabela 12 associado às condições de vida.

**Tabela 12 – Associação entre o nível de mobilização de recursos sociais e as variáveis que compõem as famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.**

Mobilização de recursos sociais	Total	I	II	III	P*
	N= 241	N= 95	N=61	N= 85	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Tipo de família</b>					<0,001
Pessoas que vivem sozinhas	61 (25,3)	61 (64,2)**	0 (0,0)	0 (0,0)	
Monoparental	34 (14,1)	34 (35,8)**	0 (0,0)	0 (0,0)	
Nuclear	117 (48,5)	0 (0,0)	45 (73,8)**	72 (84,7)**	
Extensa	29 (12)	0 (0,0)	16 (26,2)**	13 (15,3)	
<b>Ocupação</b>					<0,001
Estudante+do lar+outras	11 (4,6)	4 (4,2)	6 (9,8)**	0 (0,0)	
Diarista+aposentado+agricultor diarista	100 (41,5)	58 (61,1)**	42 (68,9)**	0 (0,0)	
Agricultor+comerciante	130 (53,9)	33 (34,7)	13 (21,3)	85 (100,0)**	
<b>Tempo de vida na comunidade</b>					<0,001
< 5	3 (1,2)	2 (2,1)	1 (1,6)	0 (0,0)	
> 5	23 (9,5)	6(67,3)	17 (27,9)**	0 (0,0)	
Nasceu no Rincão	215 (89,2)	87 (91,6)	43 (70,5)	85 (100,0)**	

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

\* Teste qui-quadrado de Person.

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

No **nível I** estão 39,5% das famílias estudadas. Em relação ao tipo de família há associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com pessoas que vivem sozinhas e monoparentais: respectivamente (64,2%) e (35,8%). Quanto à ocupação, a associação estatisticamente significativa foi encontrada na composição diarista, aposentado e agricultor diarista (61,1%). Em relação ao tempo de moradia na comunidade 91,6% nasceram no Rincão dos Maia e obteve a maior frequência.

Encontram-se no **nível II**, 25,3% da população estudada. O tipo de família em que há associação estatisticamente significativa foi a nuclear e extensa respectivamente (73,8%) e (26,2%). Na composição da ocupação, estudante, do lar e outros e diarista, aposentado e agricultor diarista, houve associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com a família nuclear (9,8) e com a família extensa (68,9%). Da mesma forma, associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre o nível II e o tempo de moradia na comunidade, maior de cinco anos (27,9%).

Estão no **nível III** 35,3% das famílias estudadas. No tipo de família há associação estatisticamente significativa com a nuclear (84,7%). Na ocupação foi encontrada associação significativa na composição entre agricultor e comerciante (100,0%), assim como para o tempo de moradia na comunidade: 100,0% nasceram no Rincão dos Maia.

A classificação dos três níveis evidenciam diferenças marcantes em relação ao tipo familiar, favorecidos pela formação extensa e nuclear. Aliás, isso é o que na verdade diferencia o nível de mobilização II do I. Na ocupação também ocorrem essas diferenças a favor do nível III, ao compor agricultor e comerciante em 100,0%, igualmente no tempo de moradia na comunidade repete-se essa proporção no nível III de mobilização de recursos sociais.

A capacidade de mobilizar mais ou menos recursos sociais, associados aos níveis de vida, distribui-se da seguinte maneira: no nível I há associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com o nível de vida inferior (57,1%), enquanto no nível III encontra-se associação com o nível de vida médio (42,7%). Assim, hipoteticamente, as famílias que têm piores condições de vida mobilizam menos recursos sociais. Para o nível de vida superior não houve associação estatisticamente significativa, mas o nível de mobilização mais freqüente foi o III (46,3%), conforme Tabela 13.

**Tabela 13** – Associação entre nível de mobilização de recursos sociais e índices de nível de vida das famílias do Rincão dos Maia, Canguçu/ RS, 2008.

Nível de Mobilização	Total		Inferior		Médio		Superior	
	N	%	N	%	N	%	N	%
I	95	39,4	48	57,1**	30	29,1	17	31,5
II	61	25,3	20	23,8	29	28,2	12	22,2
III	85	35,3	16	19,0	44	42,7**	25	46,3
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>54</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.

$\chi^2 (4)=20,7$ ;  $p<0,001$ .

\*\* Associação estatisticamente significativa por meio dos resíduos ajustados ( $p \leq 0,050$ ).

A partir dessa associação entre mobilização de recursos sociais e nível de vida elaborou-se a tipologia de “situação de vida” em que se reagruparam aquelas situações com fortes características entre si. Dessa forma, a compreensão das percepções de saúde e doenças, práticas terapêuticas, rede e apoio social dos sujeitos entrevistados ocorreram mediante a seleção, tendo em vista essa tipologia, o que resultou em três tipos de situações de vida (tabela 14): **1** - 98 famílias (40,7%) contém pessoas do nível de vida inferior, médio e baixo e nível médio de mobilização de recursos sociais; **2** - 62 famílias (25,7%) reúnem pessoas do nível de vida inferior, médio e superior e os três níveis de mobilização de recursos sociais; **3** - 81 famílias (33,6%) são provenientes do nível de vida médio e superior e nível alto e médio de mobilização de recursos sociais.

**Tabela 14** – Distribuição do número de famílias de acordo com o tipo de situação de vida.

Tipos	N de famílias	%
<b>1</b>	98	40,7
<b>2</b>	62	25,7
<b>3</b>	81	33,6
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>

Fonte: RIQUINHO, D. L; pesquisa direta na comunidade do Rincão dos Maia, Canguçu/RS, 2008.



O **tipo 1** representa 98 famílias, 40,7% das famílias entrevistadas. Estrato inferior com a situação de vida prejudicada, tendo em vista as condições de vida piores e menor mobilização de recursos sociais.

No **tipo 2** encontram-se 62 famílias, 25,7% da população estudada. Estrato médio, em que as condições de vida são remediadas por certa possibilidade de mobilização de recursos sociais.

Quanto ao **tipo 3** estão 81 famílias (33,6%). Estrato superior com melhores condições de vida e possibilidade de mobilização de recursos sociais.

Ao estudar duas comunidades pobres na cidade de Paranaguá, Gerhardt (2000, 2003, 2006) evidenciou a capacidade de mobilizar os recursos sociais, por meio da rede de parentesco e comunitária como forma de sobrevivência e inserção na dinâmica econômica e social da sociedade. As mulheres eram as que mais desencadeavam essas redes de apoio, por meio das relações familiares e de vizinhança, assim como na integração a redes de solidariedade, organizadas em torno das igrejas, as quais muitas vezes, pela ausência do Estado, ocupam esse espaço por meio de programas sociais, ao mesmo tempo em que transmitem sua visão de mundo; portanto, a ajuda não é gratuita, ela tem um preço, seja em termos monetários, seja em termos de fidelidade.

Nesse sentido, Stotz (2003) chama a atenção para a ênfase assistencial e de prevenção, inclusive na Área da Saúde, promovida por instituições como Igrejas e empresas. No entanto, as mazelas da população pobre, traduzidas pelas precárias condições de vida, denunciam a fragilidade do Estado em investir na mudança das raízes dessa desigualdade.

A construção social das desigualdades em saúde e a forma como as pessoas lidam no seu cotidiano revelam a bravura de um povo, que constrói e reconstrói suas vidas, em face da ausência do Estado. Dar voz a essas pessoas permite que se compreendam suas percepções do processo saúde e doença, assim como suas estratégias. No entanto, conhecer os denominados determinantes sociais subjetivos não exime a responsabilidade da garantia de direitos mínimos a cada cidadão, como o acesso aos serviços de saúde. Nisso subentende-se ser acolhido e respeitado em suas necessidades: educação formal, habitação segura, dentre outros tantos direitos historicamente negados à população rural pobre.

As diferentes situações de vida serão analisadas, a seguir, em relação às concepções de saúde e de doença e às práticas desencadeadas para superar as dificuldades da vida cotidiana.

### **5.3 Concepções de saúde e doença das famílias do Rincão dos Maia**

Ao analisar as falas das famílias entrevistadas do Rincão dos Maia sobre concepções de saúde e doença, decidiu-se classificá-las em três subcategorias: “concepção de saúde”; “concepção de doença” e “autopercepção do estado de saúde”.

A seguir discute-se detalhadamente cada uma das categorias observadas, com reflexão do aporte teórico. Anteriormente apresenta-se uma breve caracterização dos entrevistados: em relação à tipologia “situação de vida” (SV), oito são do nível inferior, sete, do médio e cinco, do superior; quanto à idade encontra-se no grupo etário de 15 a 24 anos uma pessoa, no de 25 a 59 anos são quinze pessoas e com 60 anos ou mais tem quatro; e quanto ao sexo, nove são do masculino e onze, do feminino. Após cada fala a identificação F significa família, seguido do número que refere-se à ordem das entrevistas realizadas na fase quantitativa.

#### **5.3.1 Concepção de Saúde das Famílias do Rincão dos Maia**

Parte-se do pressuposto de que entender o significado do termo saúde e doença, para a população pesquisada, é aproximar-se de suas necessidades de saúde, assim como se obtém um forte subsídio para compreensão das práticas terapêuticas. Nesse sentido, a concepção de saúde foi subdividida em três categorias: concepção biologicista, hábitos cotidianos e harmonia entre indivíduo, sociedade e natureza.

### 5.3.1.1 Concepção Biologicista: a pessoa não pode ter doença ou enfermidade

Nessa subcategoria encontram-se depoimentos vinculando a presença de saúde ao caráter estritamente biológico. Tal construção social relaciona saúde à ausência de doença, enfermidade ou dor, estando, portanto, fortemente influenciada pelo processo histórico de saúde e doença, mantido pelas políticas públicas, que trabalham predominantemente com assistência à doença (VILARINO, 2002; SOUZA, 2005). Da mesma forma, influente, encontra-se a definição de saúde da OMS “como completo bem-estar”. Nesse sentido, o modelo médico hegemônico mantém sua influência sobre a concepção de saúde como observado em algumas falas:

*Saúde, a saúde, a pessoa tem que ter saúde acho que a pessoa não pode ter doença, enfermidade, não gastar com remédio (F160, SV médio).*

*[...] saúde eu não sei, eu penso que a gente tem saúde não sente nada, não sente dor nenhuma, pode fazer a lida, pode trabalhar, ter condições de trabalhar, não sentir dor, não sentir nada (F68, SV inferior).*

Na primeira fala, além de considerar saúde como ausência de doença, a entrevistada também se refere a gastos com remédios; o uso destes, especialmente nas situações de doenças crônicas, significa despesa prolongada para a manutenção da saúde. Em um estudo sobre concepção de saúde e doença, no município de Teixeira, MG - Dias, *et al.* (2007), destacaram a concepção de saúde como ausência de doença, vinculada à ausência de dor e de enfermidade e à utilização de tecnologia em saúde. Esse fato sugere que a população se apropria do modelo sanitário hegemônico, perante o qual o ser humano é considerado uma máquina, e a doença, um mau funcionamento do organismo.

Na segunda fala, apesar de mencionar os mesmos aspectos da primeira sobre sua definição de saúde, acrescenta elementos do cotidiano das pessoas que vivem no meio rural, por meio do trabalho, sendo saúde também ligada a condições de “fazer a lida”.

O fenômeno social do entendimento da saúde congrega um esquema interno de explicações pessoais, que parte de um macro referencial de especialistas, representado por profissionais e curandeiros ou rezadores, assim como também compõem o quadro de experiência do dia-a-dia, que se expressa por meio do senso comum, embora o saber do especialista seja, em algumas situações, dominante.

Ambas as modalidades de representação da saúde se influenciam mutuamente, sendo, na construção histórica da saúde e da doença, os intelectuais e técnicos do setor, assim como a população, atores e autores do processo (MINAYO, 2007).

Por meio dessa composição de saberes apresentada por Minayo ilustrar-se-á um exemplo da necessidade percebida por uma entrevistada, no domínio do saber especialista na composição e manutenção da saúde:

*Para ter saúde tem que ter uma agencia de saúde aqui, uma ajuda, assim do governo, ou da prefeitura, se a pessoa é pobre, não tem dinheiro pra se cuidar, tem que ter ajuda (F160, SV médio).*

*Um auxilio que a gente pode ter, um posto, um atendimento perto, a gente ta sempre doente e vai ali o posto ta sempre cheio (F134, SV médio).*

Para esses sujeitos, ter saúde passa pela intervenção externa, por meio do auxílio de serviços de saúde, que ajude principalmente as pessoas com poucos recursos financeiros, assim como a presença de um serviço de saúde próximo e receptivo. Tal fala remete a um dos princípios do SUS, a equidade, que prevê tratar de forma desigual os desiguais, ou seja, com maior zelo aqueles que precisam mais. Assim, o serviço de saúde pode identificar tais necessidades, e incentivar medidas intersetoriais que minimizem os danos da saúde da população.

Nesse sentido, a saúde deixa de ser um estado biológico possível, vivido individualmente, para tornar-se objeto da ação e consciência de todos os membros do coletivo social, tendo em vista neutralizar fatores que produzam alterações do que é socialmente estabelecido como normal (SAMAJA, 2000).

O serviço de saúde representa grande potencial, em conjunto com a comunidade, para identificar e traçar estratégias de melhoria nas situações de doença e manutenção da saúde, por meio do estímulo da participação recíproca, em que a comunidade conheça e participe do serviço, da mesma forma que os profissionais conheçam e se integrem à Comunidade. No entanto, ainda se mantém uma forte hierarquia e distanciamento entre estes atores. Em um estudo que analisou esta relação em dois hospitais, um de pronto-socorro e outro materno-infantil, viu-se a circulação da dívida negativa, onde o atendimento pobre em vínculo e responsabilidade faz circular a violência e o desrespeito (MACHADO, 2006).

A desigualdade hierárquica e de poder entre profissionais de saúde, o Estado e usuários, legitima os primeiros, como especialistas, a “carimbar” ou não a presença de saúde ou doença, como refere, a seguir, outra entrevistada:

*Eu acho ter saúde é a criança que é normal, assim ter saúde, eu acho, né, levar no médico, no pediatra e dizer essa criança tem saúde, não tem problema, não tem nenhum problema, assim eu entendo saúde (F156, SV superior).*

Nesse depoimento observa-se uma preocupação com a necessidade de que o profissional de saúde ateste uma “normalidade”, dizendo que a criança não tem problema. A concepção popular, de um lado, reafirma o poder da Biomedicina, seja pelo uso intenso das instituições, de equipamentos ou consultas; de outro lado, relativiza este poder pelas experiências cotidianas e conhecimentos tradicionais (MINAYO, 2007).

O simbolismo presente nesses espaços de legitimação da saúde e da doença, e as representações dos usuários, engendram práticas na busca de um reconhecimento social, bem como de bem estar.

As reflexões até aqui apontadas sobre as concepções de saúde, levando em conta sua dimensão biológica, denotam uma consciência da saúde dependente da subjetividade de cada sujeito, interagindo com modelos simbólicos de “ordenado/desordenado” (SAMAJA, 2000). Nesse sentido, as concepções de saúde dos indivíduos com ênfase biologicista apresentadas, demonstram o caráter comum, permeado pela cultura, influenciando esse coletivo. Apesar das diferenças encontradas nas “situações de vida” distinguidas entre condições de vida e mobilização de recursos sociais, os depoimentos remetem à construção histórica e social, na qual os determinantes subjetivos, descritos por meio das concepções, denotam a mesma influencia cultural nos processos de subjetivação.

Dessa maneira Laraia (2002), citando Kessing, discute a interface da cultura, com seus preceitos de comportamentos transmitidos socialmente, refletindo nos modos de vida de uma comunidade. Portanto, culturas são constituídas de um conjunto de padrões de comportamento que são transmitidos socialmente. Os mesmos servem para adaptar as comunidades humanas aos seus fundamentos biológicos, os quais se refletem no modo de vida das comunidades, incluindo, tecnologias, modo de organização econômica, organização política, padrões de comportamento, de agrupamento social, crenças e práticas religiosas.

Na tentativa de ilustrar a diversidade de situações vividas e buscar explicações na relação do sujeito com sua saúde, parte-se para discuti-las sobre a influência dos hábitos cotidianos emergentes nas falas.

5.3.1.2 Hábitos Cotidianos: “saúde pra mim é higiene, a casa tem que ser bem organizada e se alimentar bem”

As práticas do cotidiano estão na dependência de um grande conjunto de fatores, difícil de delimitar, que provisoriamente pode ser designado como procedimentos. Portanto, habitar ou alimentar-se constituem características de saber que operam no dia-a-dia, nas maneiras de fazer das pessoas (CERTEAU, 2005).

Encontram-se nessa subcategoria depoimentos vinculando saúde à alimentação, sono e higiene. As características do modo de vida e seus reflexos nesses comportamentos cotidianos, que compõem a maioria dos discursos sobre saúde, são considerados como uma reparação ou dano (MINAYO, 2007).

A relação com a alimentação foi expressa nos seguintes depoimentos:

*É comer bastante legumes, cuidar duma boa horta, ter bastante limpeza, água boa e comida pra ter saúde e pronto (F03, SV médio).*

*Saúde é ter tudo, né, ter tudo assim, eu acho que pra melhorar, eu sei lá, saúde faz parte de tudo, não é só dizer, ah hoje eu tenho saúde, mas falta isso, falta aquilo, com o tempo vira doença, pra ter saúde tem que se alimentar bem, acho tem que ter de tudo (F06, SV superior).*

No primeiro relato, para ter saúde é necessário comer muitos legumes, cultivar uma horta, ter higiene e consumir água de boa qualidade. O depoimento seguinte engloba todos esses aspectos, pois saúde faz parte de tudo, mas acrescenta que passar por privações também leva a doenças.

Dessa forma, saúde está relacionada a condições de vida. Em uma pesquisa com usuários de uma Unidade de Saúde, em São Paulo, buscando identificar necessidades de saúde, praticamente todos os depoimentos atestaram que os determinantes dos agravos à saúde são as condições de vida, imputando diferenças sociais na determinação da saúde (CAMPOS; MISHIMA, 2005).

No entanto, para Samaja (2000) as condições de vida não possuem uma determinação linear sobre a situação de saúde, mas ambas interagem, afetando e sendo afetadas. Acredita-se, que embora as condições de vida sejam fatores importantes para a manutenção da saúde elas não são suficientes para explicar o processo causal das enfermidades.

Assim, conhecer a influência das condições de vida, procurando entender as maneiras de pensar e de agir das populações, frente aos seus problemas de saúde, permite compreender sua extensão nos processos de saúde e doença (UCHÔA; VIDAL, 1994). Nas falas a seguir é destacada essa interação do estado de saúde, modo de vida e o universo social e cultural, do ponto de vista dos entrevistados:

*Olha, eu acho que pra ter saúde tem que ter um bom ambiente, que não tenha assim, vamos dizer, uma boa moradia, né, por que através de que se não tiver uma boa moradia, as bactérias, ou os bichinho que atrai as chagas, eles vão tá alojados ali (F183, SV médio).*

*Saúde, pra mim é higiene, em primeiro lugar é higiene, a casa tem que ser bem organizada, alimentação, se alimentar bem, cuidar o produto que planta, com menos veneno, sem tóxico, é o que eu cuido muito, o pêssego mesmo, veneno vai muito pouco, eu uso veneno pra não ser tóxico [...] (F12, SV superior).*

Ter higiene, mantendo a casa organizada, é uma idéia recorrente, nessa comunidade. O barbeiro que transmite a doença de chagas é considerado uma ameaça, em especial nas habitações precárias.

Da mesma forma, plantar alimentos com menos agrotóxico é ter saúde, segundo a opinião do entrevistado. O uso dos agrotóxicos, apesar de configurar uma realidade no plantio de frutas e hortaliças, é percebido como risco à saúde. Ao investigar a percepção das condições de trabalho em uma comunidade rural de Nova Friburgo, RJ, Peres *et al.* (2004) identificou na maioria dos agricultores o reconhecimento de que o uso de agrotóxicos acarreta dano à saúde.

Em um estudo em que foi avaliada a percepção de risco, práticas e atitudes no uso de agrotóxicos por agricultores, em Culturama, Mato Grosso do Sul, Recena e Caldas (2008), identificaram entre os agricultores o reconhecimento da possibilidade de risco à saúde, por meio da intoxicação do trabalhador, assim como de quem consome o produto; no entanto, esse conhecimento não mediou mudança nas práticas, seja de proteção individual, ao manejar o pesticida, ou na adoção de alternativa de preparo do solo e controle de pragas.

Dessa forma, a consciência de um problema nem sempre é o mecanismo para mudança de atitude, como observado no depoimento desse agricultor, que percebe no seu trabalho empecilho para dormir mais e melhor:

*Saúde é poder dormir bem, eu não digo que durmo bem, porque não durmo mais de quatro horas por noite, esse fumo aí é difícil, no meu caso não deixa eu ter mais saúde, o meu problema é meu serviço, meu trabalho que não deixa eu melhorar, é um compromisso e não adianta, eu tenho que fazer (F30, SV médio).*

Nesse sentido, o desenvolvimento do capitalismo no Brasil reflete-se na agricultura, de tal forma que interferiu diretamente sobre o saber tradicional e o processo do trabalho rural, modificando para muitos dos pequenos produtores sua forma de plantio e produtos cultivados, indo da policultura à monocultura (LEVIGARD ; ROZEMBERG, 2004; BENJAMIN *et al.*, 1998).

O cultivo do fumo, para muitos agricultores na comunidade estudada, é a certeza de uma boa rentabilidade, tendo em vista suas pequenas propriedades, assim como a venda certa do produto para as indústrias de tabaco. No entanto, há imposição de uma escala mínima de produção ou de um padrão de homogeneização do produto por parte das fumageiras, acarretando uma vigilância contínua desde seu plantio, colheita e armazenamento na estufa (VERDUM *et al.*, 2008).

Por meio dos hábitos cotidianos, assim como pela sua transformação, os indivíduos refletem sobre alimentação, uso de agrotóxico, higiene, moradia e sono, e observam as mudanças ocorridas com o passar do tempo, naquilo que os afeta diretamente em suas experiências; e também de forma indireta, como a informação da mídia e do capitalismo, que ditam comportamentos e atitudes. Nessas esferas, o trabalho, assim como outras relações sociais, torna-se cada vez mais responsabilidade individual.

Essas dimensões apresentadas complementam-se com outras formas mais complexas da explicação de um fenômeno social como a saúde, portanto a idéia da harmonia entre indivíduo, sociedade e natureza passará a ser apresentada a partir das falas dos entrevistados.



5.3.1.3 Harmonia entre Indivíduo, Sociedade e Natureza: conversar com as pessoas, ter amizade, se dar bem, ter prazer de sair

Nessa subcategoria estão falas mais abrangentes do cotidiano, englobando a liberdade, prazer, alegria, relações familiares e de trabalho, como pode ser observado a seguir:

*Ser livre né, isso aí que é saúde da pessoa, se divertir, essas coisas, porque tu tando doente tu não tem né, o que tu tem prazer na vida? (F120, SV inferior).*

*A saúde é tudo, né, por que a gente sem saúde, a gente não tem prazer pra nada [...] (F62, SV superior).*

*Pra mim saúde é a primeira coisa, porque nós tendo nossa saúde, nós temos tudo, nós podemos trabalhar, nós podemos também dar nosso passeiozinho, a gente depois de aposentado não faz quase mais nada mesmo, só alguma criaçãozinha, porque lavoura não dá quase para a idade da gente, principalmente com problema de saúde, mas para mim em primeiro lugar a saúde (F57, SV inferior).*

*A saúde, acho que é uma alegria, poder morar onde se quer e ter tudo, mas não tendo saúde, não é nada, né? Acho ruim, muitas vezes me dá tontura, complica as coisas, não dá para lavar as roupas como se quer, outros dias passa melhor, se dá para passear parece que a gente distrai, a vida parece melhor, que estar em casa vendo o serviço e não poder fazer. Eu acho assim, conversar com as pessoas, ter amizade, se dá bem, ter prazer de sair num lugar, aí já ajuda muito a saúde da pessoa (F 72, SV médio).*

*Ah, a pessoa que tem saúde, ela tá de bem com a vida, de alto-astrol e não tem tanta depressão (F 183, SV médio).*

As pessoas acreditam, de forma geral, que manter bons sentimentos, humor e contentamento influencia o estado de saúde e evita a doença (HELMAN, 2003). Para Minayo (2007) as expressões de que saúde é uma alegria, saúde é tudo denotam as representações construídas a partir do comportamento cotidiano, combinando estratégias pessoais e familiares, com terapêuticas populares, biomédicas e religiosas.

Verifica-se, nos depoimentos, uma valorização de bons sentimentos, ser livre, se divertir, isso é ter saúde, pois, com a doença, que prazer se tem? Ao mesmo tempo em que existe perda da capacidade para o trabalho, agrega-se tempo para dar um passeio e conversar com os amigos. Vincula-se, assim, saúde à alegria, embora exista a tristeza pela limitação nas condições de realizar as atividades diárias, ao passear e conversar com as pessoas, a vida parece melhor e isso ajuda a ter saúde.

Nesse sentido, as relações estabelecidas e a consciência, que se compõem mediante o vínculo do reconhecimento, constituem um aspecto essencial da subjetividade humana (SAMAJA, 2000). O sujeito deixa de ser compreendido por referenciar as condutas limitadas da sua corporeidade orgânica, e se constitui como ser, alcançando a fronteira de seu direito, seu pertencimento familiar, seu sistema de alianças, seu patrimônio (material e simbólico) familiar, amical e mesmo da comunidade em que está inserido, como parte dessa aliança na qual é reconhecido (SAMAJA, 2000).

Assim, a presença da doença é amenizada nas relações de amizade, parentesco, bem como na manutenção de bons sentimentos, os quais representam um alívio ao sofrimento, advindo da incapacidade de trabalhar ou das dificuldades em exercer as atividades de labor.

No depoimento a seguir, de uma pessoa mais jovem, há valorização de estar bem para trabalhar, embora as dimensões relacionais entre família e amigos sejam levadas em conta:

*Saúde é estar de bem com tudo, é que raramente se está bem, pelo menos no interior, (saúde) é estar bem principalmente pra gente que trabalha. Estar de bem com tudo, estar de bem com a saúde, a família, os amigos, totalmente, não ter problemas de saúde. Existem várias coisas que são da saúde, os nervos, stress, isso tudo vem prejudicar a saúde (F30, SV médio).*

Estar de bem com tudo, segundo o entrevistado, é difícil, no entanto, a relevância de estar bem se mostra no labor; mas existem fatores da própria saúde e, pode-se dizer, do trabalho, que interferem no seu desempenho. Segundo Arendt (2008) o labor consiste em esforço e recompensa, como a produção e o consumo dos meios de subsistência, de maneira tal que a felicidade acompanha o próprio processo, assim como o prazer é concomitante ao corpo sadio. Ao parafrasear essa afirmação, o insucesso no labor é acompanhado por problemas de nervos e stress, sendo que esses prejudicam a saúde e o desenvolvimento das atividades de trabalho.

A saúde como uma instância do trabalho ganha relevância ao se compreender que a população rural efetua seu reconhecimento social mediante o trabalho. Assim como em outras classes, os sentimentos de desintegração social e o medo de ficar doente e lhe faltar o reconhecimento que sempre veio do trabalho, marcam-lhe, o corpo e o espírito (MINAYO, 2007).

“Nervos” é o termo a que as classes populares recorrem para denominar sofrimento em diferentes culturas, geralmente sobreposto ao conceito leigo de stress (HELMAN, 2003). O problema de nervos também se refere ao mau funcionamento de uma parte difusa do corpo, da mesma forma que para o melhor entendimento das enfermidades emocionais, é preciso conhecer o contexto social de experiência de vida (HELMAN, 2003).

Portanto, as condições de vida e as dimensões da inter-relação entre o indivíduo, as pessoas com quem convive, seus valores e crenças moldam as representações do seu cotidiano, em que elementos materiais e imateriais conformam a relação com o real.

Dessa forma, o que diferencia os sujeitos em relação às suas concepções e, conseqüentemente, a escolhas de trajetórias terapêuticas, emerge de seu contexto de vida, considerando a interação dos recursos materiais e dos imateriais. Os primeiros, por meio de bens e facilidades econômicas, e o segundo pela construção do que se denomina de determinantes subjetivos, configurando as experiências vividas e a capacidade de mobilizar recursos sociais, como a entre-ajuda, por exemplo, nas situações de doença.

A idéia de doença e contexto de vida é discutida, a seguir, na categoria concepção de doença das famílias do Rincão dos Maia, em que se identificaram as subcategorias: incapacidade, comportamento cotidiano e presença de doença.

### **5.3.2 Concepção de doença das famílias do Rincão dos Maia**

Nessa categoria, observa-se como as famílias do Rincão dos Maia apresentam suas concepções de doença, que foram divididas em três subcategorias: incapacidade, comportamento cotidiano e presença de doença. Os relatos dos entrevistados se referem à doença como incapacidade ou restrição de locomoção, uso de remédios e trabalho. Para outros, é resultante do comportamento cotidiano, de perdas, da exposição a diversas temperaturas na lavoura, da alimentação, ou ainda pela presença de enfermidade, geralmente “doenças metáforas”. Dessa forma, evidenciam-se resultados que corroboram a afirmação de Helman (2003) de que a doença é geralmente atribuída ao estilo de vida e hábitos de consumo, como se a mesma fosse resultante da negligência da pessoa enferma;

assim a vítima sente-se culpada e responsável por seu estado. Nesse sentido, é pertinente a distinção entre *disease* (doença) e *illness* (enfermidade) de Kleinman (1988), em que doença se refere à patologia e seus parâmetros biomédicos de “normalidade” ou não na função de um órgão, enquanto enfermidade designa a percepção e a experiência do indivíduo em determinada patologia ou outros estados que lhe tragam sofrimento físico ou psíquico.

### 5.3.2.1 Incapacidade: doença, Deus me defenda, mas é um atraso de vida

A incapacidade é, em grande parte, uma construção social, pois nem todas as pessoas com comprometimento físico são incapazes; mais do que um acometimento, é o significado que a sociedade impõe a tal estado, bem como o grau de dependência que a doença acarreta ao indivíduo (HELMAN, 2003). Nas falas a seguir, a doença é relacionada à perda de autonomia, representada pelo caminhar e pela falta de condições de fazê-lo:

*Pra mim doença é aquele que não pode caminhar, aquele que ta caminhando acho que ainda tem força, com tudo que ta tomando remédio, tem força (F 03, SV médio).*

*[...] já sendo a doença a gente não tem condições de fazer nada, né, quer fazer mas, não consegue [...] (F 68, SV inferior).*

*Com a doença, já não posso trabalhar, tem tudo, tem as terras, tem as laranjeiras, tem tudo para cuidar, eu cuidava de primeiro, mas agora tem que chamar um peão para botar uréia, pra botar herbicida até pra limpar à volta da casa (F 72, SV médio).*

A independência é demonstrada, na primeira fala, pela ação de caminhar, como sendo o contrário da doença, pois não caminhar é doença. Há predomínio de força e autonomia, a pessoa que caminha decide onde deseja ir e pode realizá-lo, mesmo que use medicação, que nesse contexto, poderá funcionar como uma “bengala”, um auxílio a essa independência. A idéia completa-se no segundo depoimento em que a doença impossibilita o fazer, mesmo que queira, a pessoa não tem condições.

Reconhecer a prioridade da prática, na esfera do agir e fazer, orienta a relação cotidiana dos sujeitos com seu meio. O domínio da prática, em grande parte, resgata o corpo, à medida que fundamenta sua inserção no mundo, sendo a

possibilidade para que as coisas se convertam em meios e objetos (ALVES; RABELO, 1998).

Ao considerar o meio e as práticas de ação do cotidiano de trabalhadores rurais, compreende-se a importância e subjetivação que o fazer, por meio da realização do trabalho, possibilita a cada um. Observa-se, na terceira fala, que, outrora, o cuidado com as plantações e a roça ao redor da casa era efetuado pela entrevistada, hoje, precisa delegar a uma outra pessoa essas atividades.

Nesse sentido, a doença é expressa como um atraso; ainda que seja concedido um benefício nessas situações, seu ganho não é prazeroso, pois não provém do trabalho direto, como observado nos dois depoimentos a seguir:

*A doença, Deus me defenda, mas é um atraso da vida das criaturas (F 22, SV inferior).*

*[...] e elas estão encostada, mas aquele dinheirinho não teve de dizer eu trabalhei, eu ganhei, tão faturando aquele dinheirinho, mas não é do próprio serviço, assim como ta ganhando aquele dinheirinho, não tem prazer em ter aquele dinheirinho (F 127, SV inferior).*

Na ótica da população trabalhadora, a incapacidade para trabalhar é uma das principais noções subentendidas no tema da doença (MINAYO, 2007). A miséria, a fome e o desespero que podem advir do fato de o trabalhador estar doente, especialmente no caso daqueles que não recebem benefícios sociais instituídos, mostram-lhes, no cotidiano, seu corpo como fonte de subsistência e única estratégia de reprodução física e social (MINAYO, 2007).

No caso da população rural, a aposentadoria e benefício em situação de doença passam a constituir-se como um direito pleno, universalizado para toda a população, em que homens e mulheres tiveram igualdade de acesso, a partir da Constituição de 1988 (IPEA, 2000). Portanto, há apenas 20 anos esse direito é plenamente assegurado, permanecendo no imaginário a doença como atraso, em que apenas Deus é quem pode remediar tal situação.

Mesmo na presença do benefício em situação de doença, não se encontra prazer, pois sua origem não advém diretamente do trabalho, como refere o segundo depoimento da entrevistada, citando um exemplo familiar.

Dessa forma, percebe-se que o benefício não é desprezado, mas sim a situação que o desencadeia, a doença e, conseqüentemente, a incapacidade de

gerir seu trabalho; novamente o valor do trabalho é reafirmado como identidade das pessoas que vivem no meio rural.

A ideia apresentada anteriormente do uso da medicação como um auxílio na autonomia, retorna com um sentido de preocupação, pois seu uso restringe alguns hábitos, como beber cachaça no armazém, impedindo a frequência ou permanência nesses lugares, como observado a seguir:

*Doença pra mim vem do problema de preocupação que a pessoa tem que ficar tomando os remédios, se preocupa muito, eu em venda mesmo, se vou em venda que tem muita gente tomando uns traguinhos eu já não posso ficar no meio, já saio fora e já venho embora (F12, SV superior).*

O uso prolongado ou contínuo de medicação, de certo modo, interfere em várias dimensões na vida da pessoa doente e no seu entorno (CANESQUI, 2007). Ainda segundo a mesma autora é preciso atenção por parte dos profissionais de saúde aos aspectos da vida cotidiana, à ruptura de rotina, ao modo de gerenciar a doença e a própria vida do adoecido, em que o conjunto de fatores interfere em sua vida e poderá mediar sua decisão em manter ou interromper o tratamento.

A ambiguidade ou mesmo as indecisões nos processos de interpretação e convivência com a doença, são pouco desenvolvidas na reflexão do conhecimento das representações e práticas em saúde e doença (ALVES; RABELO, 1998). Talvez por esse motivo o encontro dialógico entre profissionais e usuários é muito raro, sendo que tal desencontro pode ser evidenciado em campanhas maciças, na mídia em geral, sobre cuidados com a saúde e mudança de estilo de vida e a crescente prevalência das doenças crônicas.

Observa-se no depoimento do entrevistado um incômodo pelo fato de não poder frequentar bares em que as pessoas “bebem uns traguinhos”; sua sociabilidade encontra-se prejudicada pelo uso de medicamentos. No depoimento seguinte percebe-se ênfase nas relações sociais desempenhada pela inserção familiar, especialmente na criação dos filhos:

*Dá derrame numa pessoa e fica sem se move pra nada, não sei se foi porque minha mãe morreu disso, ela tina 44 anos, tinha dez filhos, eu não pensava nisso quando era mais nova, mas agora a gente pensa, é capaz de herdar aquela doença, a gente pega a pensar nos filhos (F156, SV superior).*

O receio de “herdar” a mesma doença da mãe gera na entrevistada o medo da incapacidade em criar seus filhos. Dessa forma, a doença não é apenas um processo individual, mas também coletivo, na medida em que afeta todos que convivem com a pessoa enferma (CANESQUI, 2007).

Assim, o conhecimento utilizado para explicar ou resolver os problemas do cotidiano, inclusive os de saúde e doença, é heterogêneo, baseado no corpo social e biológico, constituído ao longo do curso de vida, sendo poroso a retificações e corroboração do porvir (ALVES; RABELO, 1998).

É nessa porosidade da experiência que os profissionais de saúde podem se inserir e colaborar para a manutenção, ajustes ou modificações de fatores que minam a felicidade e a qualidade de vida das pessoas. Nesse sentido, considera-se que essa inter-relação é possível, mediante o conhecimento das lógicas formuladas a partir da concepção de doença, construídas nas experiências e práticas cotidianas.

5.3.2.2 Comportamento Cotidiano: a doença vem da própria saúde, tu vais te estressando, tu vais te esmagando, tu vais fazendo as plantações e não dá certo

Nessa subcategoria as concepções de doença emergem nas falas, ressaltando as condições de trabalho e de vida, ligadas à exposição excessiva a alterações climáticas. Ao estudar as representações do processo saúde e doença em uma comunidade rural do Pantanal no Mato Grosso, as autoras verificaram que essas mantêm relação direta e interdependente com as questões sociais e ambientais, implicadas na prática da lavoura e no trabalho braçal (PIGNATTI; CASTRO, 2008).

A concepção de doença relacionada ao trabalho parece um tanto ambígua, considerando que essa mesma atividade também aparece como afirmação da saúde. No entanto, a ambiguidade constitui-se como forma de existência, sendo reconhecida e exteriorizada por meio da percepção e da cultura. A cultura não possui um único sentido, mas múltiplos, constituindo-se de dimensões simultâneas (CHAUÍ, 1986).

Os depoimentos a seguir subsidiam uma reflexão do quanto são tênues os limites entre saúde e doença, felicidade e infelicidade ou sucesso e fracasso:

*Acho que um pouco da doença vem do trabalho, antes eu trabalhava na fábrica, tinha a guria pequena, com seis mês, ele cuidava dela pra mim (marido) eu chegava em casa e tinha que fazer comida, dormia poucas horas e saía pra estrada pra não perder o ônibus e ir pra fábrica (F 127, SV inferior).*

*A doença vem da própria saúde, tu vai te estressando, tu vai te esmagando, tu vai fazendo as plantações e não dá certo, como tem ali um parente meu mesmo que mora perto do quilombo, agora ele se estressou, a vida de um tudo, se endividou, né, e agora não sabe o que vai fazer da vida, então a saúde procura né, tu dando bem tu tá indo (F120, SV inferior).*

O primeiro contempla uma situação em que o trabalho excessivo, somando à atividade na fábrica as atividades domésticas, resulta em adoecimento. No segundo, a doença decorre da saúde (ou seja, da perda dela), em consequência do stress, quando as plantações não dão certo e este infortúnio resulta em dívidas.

Essas experiências conservam, na subjetividade de cada um, as práticas do dia-a-dia, remontando histórias do cotidiano, em que a referência a elas advém de um saber impregnado de simbolismo relativo à vida cotidiana, intermediada pelas particularidades individuais e coletivas (CERTEAU, 2005).

Observa-se que o acometimento de uma doença para estas pessoas extrapola seus limites biomédicos, apontando para as condições de vida, em especial o trabalho, seja, por meio da conhecida jornada dupla desenvolvida pelas mulheres ou ainda pelas perdas na agricultura e o posterior endividamento do trabalhador rural.

Nesse sentido, estudo como de Steagall-Gomes, Mendes (1995) e Spindola, Santos (2003) apontam, na jornada dupla de trabalho feminino, fatores de sobrecarga laboral e stress, com prejuízo a sua saúde e sociabilidade familiar.

Da mesma forma, corrobora a reflexão a respeito dos problemas enfrentados no cotidiano dos pequenos agricultores: a crise existente nos países capitalistas, traduzida na concentração da renda, favorecendo o êxodo rural e a escassez dos recursos naturais pela exploração inadequada da terra (ALMEIDA, 2008).

Assim, nesse cenário a vida transcorre e as pessoas constituídas de suas concepções e representações, interagindo com a materialidade, explicam fenômenos aos quais observam e relacionam:

*Aquilo (a doença) já vem desde nascença. Pela família, assim por longe, é a mesma coisa que tu plantar uma lavoura de milho, se tu pega uma semente boa ela dá bem, tu pega uma semente ruim ela é afetada, tu planta ela não dá nada bem, ela já tem aquele dom junto. Eu mesmo né, to tomando faixa*



*preta (remédio) não tomo sempre, mas por épocas assim, quando me dá aquelas coisa ruim nos nervos, eu já fui judiado desde criança, a minha mãe morreu de um raio que caiu, e dali eu fiquei com problema, assim, de nervos, eu fiquei estragado, né (F120, SV inferior).*

Emerge nessa fala a explicação da origem da doença, a partir da observação da lavoura: a doença é como plantar e cultivar uma semente “afetada”, seu fruto não será bom, portanto cada pessoa poderá, por sua constituição familiar, trazer ou não a semente da doença. No entanto, experiências no decorrer da vida interferirão no germinar dessa semente, que, mesmo sem ter problema algum, poderá adquiri-lo dependendo dos cuidados recebidos ou negligenciados.

Desse modo, desvelar os sentidos da doença traz à luz a compreensão dos modos como as pessoas a vivenciam e desenvolvem estratégias para lidar com ela, permitindo uma aproximação da maneira como os indivíduos sentem esse sofrimento, ocorrido como algo inesperado e alheio a sua vontade (ALVES; RABELO, 1998; NGUYEN; PESCHARD, 2003).

As concepções das causas e do sentimento de estar doente, são elaboradas a partir do contexto de vida e experiência adquiridas, em que as explicações desses processos reafirmam-se nas sensações corporais. A seguir, os depoimentos expressam essa relação do corpo com agentes ambientais:

*Eu passei muito trabalho, passei muita necessidade na minha vida também, muito rigor, frio, eu penso que isso aí foi me prejudicando, trouxe doença. Muitos molhos, às vezes de pé no chão no inverno penso que seja isso aí que cause as doenças, a gente pegou muito frio (F 68, SV inferior).*

*A doença vem do rigor, vem da lavoura, é quando se está no sol quente trabalhando, vem com o corpo suado e toma um copo de água gelada, faz mal, ataca o pulmão, é muito perigoso dar pontada com o vento frio, as doenças vem do rigor e da lavoura (F57, SV inferior).*

*[...] é que tem muita coisa que a gente passa, rigor fora de hora, tá no sol, dali a pouco o sol se esconde, o corpo suado, vem a chuva, aí várias coisas vai acumulando [...] (F 62, SV superior).*

O primeiro depoimento enfoca a questão da privação, expressa pelas palavras “passei muito trabalho” e “muita necessidade”, que se soma ao rigor, entendido como a exposição do corpo a alterações climáticas e de temperatura, por meio dos pés descalços, no inverno. Os depoimentos que seguem enfocam essa mesma exposição que ocorre com o trabalhador rural, sujeito à alteração de temperatura, que é descrita como aquela em que o corpo está quente e suado, e se

bebe água gelada ou se expõe ao vento frio, o que resulta em doença. A explicação completa-se com a descrição: trabalha ao sol, o corpo quente e suado, o sol se esconde e vem a chuva, tudo vai acumulando. Então, as privações materiais mais exposição do corpo ao rigor da temperatura, constituem igual causa de doenças.

Corroboram esses depoimentos estudos no Reino Unido e no Marrocos, em que aspectos do meio ambiente natural são considerados causadores de doença, incluindo condições climáticas, como excesso de frio, calor, vento, chuva e umidade (HELMAN, 2003). Expor-se a corrente de ar frio nas costas provoca, por exemplo, problemas de rins (HELMAN, 2003; BOLTANSKI, 1989).

As concepções de saúde e doença sofrem influência do contexto de vida, por meio de observação dos elementos cotidianos e alterações corporais. Assim, como também está permeável ao saber biomédico, ainda que transformando este discurso ou adaptando-o a sua realidade.

Dessa forma, as explicações para o acometimento de doenças e enfermidades, vinculam-se aos elementos da cultura local, que nem sempre é tão local, pois pode ser observada em diversas localidades, tendo em comum as explicações que justifiquem o adoecimento. Como se observa nos diversos depoimentos apresentados, as concepções não se limitam às condições de vida e de mobilizar recursos sociais, mas a fatores que são, ao mesmo tempo, unos e múltiplos; unos porque são vividos individualmente e múltiplos, porque identificam um coletivo, como os moradores de uma comunidade rural.

5.3.2.3 Presença de Doença: deixa a gente completamente desorientado, parece que o mundo nem é o mesmo

Os entrevistados referem-se a doenças físicas e à ideia de sofrimento, nessa subcategoria, como observado a seguir:

*Eu nunca tive doente, agora que eu me sinto doente eu sei o que é doença, é uma coisa braba, ah é, como essa depressão mesmo, deixa a gente completamente desorientado, parece até que tira a gente dos sentidos, parece que o mundo nem é o mesmo de tão brabo que é. Passei uma crise aí que volta e meia ainda me provoca, né, mas o que eu vou fazer? (F13, SV superior).*

Ao vivenciar uma situação de adoecimento o entrevistado refere o quanto uma alteração orgânica pode provocar mudanças no modo de ver o mundo, parecendo que nem é o mesmo; refere também sua impotência diante das crises que insistem em reincidir.

As experiências de adoecimento baseadas no sofrimento físico demonstram os limites externos e internos do corpo. Elas fornecem elementos numa dimensão imaterial, influenciando a identidade social do doente que media significados de força e/ou fraqueza, medo e/ou coragem, despertando emoções tanto positivas quanto negativas na pessoa doente, assim como em seus interlocutores (RODRIGUES; CAROSO, 1998).

Dessa forma, a doença tece influência na vida e no imaginário das pessoas. O fato de não ter uma doença diagnosticada não impede o medo de passar por essa experiência, como observado no próximo relato:

*A doença é quando a pessoa tá doente, quando tá com uma doença, né, eu principalmente penso sempre que to com uma doença, esse é o meu problema, a doutora disse pra mim que eu to bem de saúde, mas eu sempre acho que to com uma doença ruim, isso eu sempre penso, às vezes tem pessoas que tão doente e nem tão sabendo, às vezes, né (F06, SV superior).*

A doença é definida pela presença. No entanto, não senti-la não quer dizer que não se esteja doente, na opinião da entrevistada, pois existem doenças silenciosas, e a pessoa nem sabe se está doente.

Nesse sentido, o personagem social do poliqueixoso, apresentado por Chammé (2002), utiliza-se do discurso de um corpo adoecido para comunicar sua condição e falta de perspectiva no futuro, combinando, assim, sua hipocondria individual com a institucional, cuja doença historicamente desempenha um papel social, de tal forma valorizada, que em muitas situações o sujeito só acessa os serviços de saúde com uma doença instalada. Apesar disso, é preciso que sua necessidade de saúde “se encaixe” no serviço que é ofertado, fazendo dessa um rito de procura, sintomas e queixas.

Para Minayo (2007) fenômenos como doença, saúde e morte não se reduzem a uma evidência apenas orgânica, natural e objetiva, mas englobam vivências individuais e coletivas, as quais se relacionam intimamente com as características de

cada sociedade; portanto a doença, além de sua apresentação biológica, é também uma realidade construída e o doente é um personagem social.

Essa construção aparece em diferentes discursos sobre concepção de doença, em que as atribuições das causas endógenas e exógenas se constituem e são constituídas no indivíduo, sendo ele sofredor ou quem detém a condição saudável (MINAYO, 2007). As falas a seguir enfocam tais condições e situações:

*A pessoa tem uma doença grave, assim um problema de pressão, um câncer, uma coisa assim, aí é uma doença (F 68, SV inferior).*

*Eu acho que o stress é um começo de doença, problema de pulmão e de cabeça, uma coisa que não tem cura, isso é uma doença, é brabo (F30, SV médio).*

*Aí é brabo, porque tem um monte de doença, doença que mata, aqui fora se não se cuidar tem cobra...eu mesma tenho pedra no rim, meu sogro também, mas eu não considero doença. Meu marido tem convulsão, eu considero doença aquilo que não tem cura AIDS, câncer, isso eu considero doença, do contrário eu considero como problema, nos rins, convulsão (F 25, SV médio).*

Como se pode observar, os entrevistados se preocupam com algumas doenças específicas, como câncer, problema de pulmão e AIDS. Segundo Helman (2003) tais doenças, além de graves, tornaram-se populares, devido ao potencial imaginativo das pessoas em frequentemente liga-las à natureza moral da enfermidade, mas especialmente por suas características de difícil tratamento, prevenção e controle. Dessa forma, mais do que uma condição clínica essas doenças se tornam metáforas de muitos medos da vida cotidiana (HELMAN, 2003).

As doenças-metáforas evidenciam o poder de algumas enfermidades na enunciação de catástrofes sociais. Essas doenças, geralmente, possuem uma longa história de desenvolvimento e de envolvimento com o imaginário social e mobilizam forças que suscitam medo e desterro na sociedade (MINAYO, 2007).

Para Helman (2003), na contemporaneidade, as manchetes sensacionalistas alimentam esse imaginário do medo, por meio de imagens recorrentes da AIDS como “peste gay”, ou ainda de contágio invisível, como a peste, nos séculos XVI e XVII, a tuberculose e a sífilis, no século XIX e o câncer, no século XX.

Evidencia-se doença nos depoimentos, como aquilo que não é curável, e a “pressão alta” é referida como uma doença grave, possivelmente por seu caráter crônico. A categoria “doença crônica” é uma construção do saber biomédico, de que

as pessoas se apropriam, com seus saberes e interpretações de sofrimento, dando um sentido mais amplo e complexo à enfermidade (CANESQUI, 2007).

No terceiro depoimento, a entrevistada discerne a doença que mata ou aquela que não tem cura, como as já mencionadas doenças metáforas, e as que considera problemas de saúde, que com o tratamento torna possível continuar vivendo, e cita afecção renal e convulsão. No entanto, a vida no meio rural expõe a outros riscos, como a picada de cobra; então, além, das doenças que podem acometer, existe o imprevisto representado por um animal peçonhento.

As explicações das causas das doenças auxiliam na interpretação das condições e situações de vida, que imbricam experiências físicas e subjetivas, envolvendo uma complexa rede que orienta os indivíduos em suas buscas e significados (RODRIGUES; CAROSO, 1998).

Apesar da existência de tratamento para AIDS e câncer, e as pessoas que convivem com essas doenças poderem viver da mesma forma que os portadores de qualquer outra enfermidade crônica, o imaginário popular as sentencia e as segrega das demais. Por isso, conhecer as concepções do estado de saúde das pessoas enfermas auxilia na composição de um quadro de saberes, articulado entre o saber científico e o popular, buscando, a partir dessa construção, melhores arranjos para quem convive com uma enfermidade.

### **5.3.3 Autopercepção do estado de saúde dos entrevistados na comunidade do Rincão dos Maia**

Nessa categoria observa-se como as pessoas entrevistadas apresentam sua autopercepção do estado de saúde. Esta foi dividida em três subcategorias: saudável, adoecido e alternância de estado.

### 5.3.3.1 Saudável: tive meus problemas, mas me considero muito saudável

As falas nessa subcategoria referem-se ao desejo de estar bem, sentir-se bem, estar com saúde, mesmo na presença de enfermidade, como descrito a seguir:

*Eu acho que eu tenho saúde, por enquanto, graças a Deus, eu quero ter saúde e eu acho que eu tenho saúde (F06, SV superior).*

*Eu tive meus problemas, mas me considero bem, muito saudável (F57, SV inferior).*

*O meu negócio é esse açúcar que eu tenho no sangue que me estrova, demais eu sou sadia, graças a Deus (F22, SV inferior).*

*Até que me considero com saúde, em vista de muitas pessoas que tem o mesmo problema que eu (diabetes e hipertensão) eu me considero com saúde ainda (F03, SV médio).*

Assim como expressa no primeiro depoimento, a entrevistada quer ter saúde, e por isso acredita tê-la, ao menos por enquanto, acentuando sua transitoriedade.

Nos depoimentos seguintes, ao afirmarem que apesar dos problemas ou mesmo na presença de uma doença crônica, como diabetes e hipertensão, sentem-se bem e ainda com saúde, estão acentuando a dimensão subjetiva de quem vive esses processos, sem negá-los, mas reconhecendo que mesmo na presença de uma enfermidade é possível ser saudável.

Em um estudo em nível nacional, cuja abordagem centrava-se na presença de doença de longa duração ou incapacitante e a auto-avaliação da saúde, os resultados apontaram que pessoas portadoras de doenças crônicas não se percebiam como doentes (THEME FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA JÚNIOR, 2008).

Tais informações constituem-se relevantes aos profissionais de saúde que atendem pessoas portadoras de doenças crônicas, pois essa percepção precisa ser considerada nas orientações e no acompanhamento, para que não prejudique a adesão ao tratamento característico dessas patologias.

Para Herzlich (2004), as experiências relativas à saúde e à doença são individuais, porém tornam-se socializadas por meio do convívio. Nesse sentido, as pessoas que convivem com doenças crônicas estão se manifestando e usando suas experiências como argumentos a serem considerados na elaboração de políticas, uma vez que doenças de longa duração afetam múltiplos aspectos da vida do seu

portador, diferindo dos modelos de cuidados de saúde centrados na doença aguda (HERZLICH, 2004).

A autora enfatiza o movimento das pessoas convivendo com AIDS, em que o ativismo e a solidariedade revelou o poder de um grupo de pessoas ao reivindicar conjuntamente por um direito (HERZLICH, 2004). No entanto, esse ativismo e os laços de solidariedade não atingem a todos igualmente, e muitas pessoas continuam solitárias e pouco visíveis perante as políticas e os serviços públicos.

A experiência de adoecimento é um processo individual que, a partir do contexto cotidiano tende a ser coletivo. Dessa forma, a maneira como que o outro o vê é um espelho das relações estabelecidas, de respeito e inclusão ou negligência e negação.

Os relatos apresentados denotam um desejo de “seguir em frente”; mesmo com a presença de uma patologia consideram-se com saúde. Segundo Ayres (2007), falar sobre saúde não equivale a falar sobre não-doença e falar sobre doença não equivale a falar sobre não-saúde, a saúde é reconhecida e reconstruída na esfera prática da vida. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de idéias de bem-viver, de um modo de buscar realizá-las na vida (AYRES, 2007).

A ideia do bem-viver é revelada por meio do trabalho de forma recorrente, como no depoimento a seguir:

*Felizmente uma vez que eu esteja trabalhando, esteja bem, assim eu to bem de saúde, graças a Deus (F120, SV inferior).*

Observa-se, então, que desde que tenha força para o trabalho, esteja trabalhando, considera-se com boa saúde. Nesse sentido, estar com saúde é o mesmo que ter condições de trabalho, constituindo-se um elemento de extrema significância no processo de formação de consciência, enquanto ser e estar no mundo (HEGEL, 1992).

Dessa forma, é por meio do trabalho que algumas relações se estabelecem, em especial no meio rural, em que as pessoas estão submetidas ao intenso uso do corpo e à manutenção da saúde, expressa em uma relação praticamente direta com essa atividade (DIAS *et al.*, 2007).

O trabalho acrescenta um sentimento durável à vida, assim como contribui para manutenção das engrenagens socioeconômicas por vezes tão impiedosas quanto os processos biológicos (ARENDR, 2008).

A autopercepção em sentir-se saudável, apesar de problemas, por doenças crônicas ou enquanto se trabalha, compõe processos interpretativos que elucidam os significados do adoecer para cada indivíduo, bem como a interação com seu contexto de vida, em que a intersubjetividade retro-alimenta esses processos (AYRES, 2002).

5.3.3.2 Adoecido: agora eu me considero que eu sou doente, porque eu mudei a minha vida

A presença da diminuição da capacidade física e social colabora para a sensação de deficiência, não somente para a pessoa que experiencia a doença, como também para as que estão ao seu redor; o sofrimento físico produz efeito emocional, refletindo na vida a desorganização do corpo (CORBIN, 2003).

Nesse sentido, a pessoa expressa as mudanças sofridas no corpo por meio de sensações apoiadas em experiências no mundo social, as quais comumente não são descritas por meio de sintomas, mas por meio das alterações de sensações como, "dificuldade de subir escadas" ou "não sentir-se bem" (CORBIN, 2003).

Essas expressões das sensações impostas ao corpo adoecido compreendem aspectos relevantes para o estudo de saúde e doença, como observado a seguir:

*Agora eu me considero mais doente que com saúde (F13, SV superior).*

*Agora eu me considero que eu sou doente, porque eu mudei a minha vida, do jeito que eu era eu mudei, por que a pessoa sadia é de um jeito, e a pessoa doente já é outro jeito. Eu trabalhei muito e antes de fazer essa segunda cirurgia eu ainda trabalhava, estava bem, agora mudei a minha vida, pra mim não tinha sol, não tinha chuva, não tinha nada, eu mudei a minha vida. Barbaridade! O jeito que eu era pro jeito que eu fiquei, Deus o livre eu trabalhava na fábrica de compotas (de doce), chegava às vezes 10 ou 11 horas da noite, fazia meu serviço de casa e no outro dia bem cedo estava pronta para ir (à fábrica), agora nem comida posso fazer, se não é ele (filho) é o marido que tem que fazer (F 165, SV médio).*

As mudanças ocorridas na vida dos entrevistados fazem com que se considerem doentes. No segundo depoimento, a justificativa vem da sua história de adoecimento: "a pessoa sadia é de um jeito e a doente de outro", a doente tem



restrição de atividades, quando sadia, ela afirma que não havia sol, não havia chuva, desempenhava uma dupla jornada de trabalho, na fábrica de compotas e em casa. No entanto, agora nem comida pode fazer, depende do filho ou do marido. Nesse depoimento chama a atenção o fato da auto-culpabilização, em que a entrevistada diz "eu mudei a minha vida", como ser acometida por uma doença fosse sua culpa.

A doença percebida como um castigo divino, uma penalidade por erros cometidos é citada por autores como Minayo (2007) e Helman (2003), e muitas vezes reforçada nos discursos biomédicos em que as pessoas são responsáveis por sua saúde, devendo adotar um estilo de vida saudável e procurar regularmente os serviços de saúde.

Na experiência de adoecer, especialmente no caso de episódios graves ou incapacitantes, aparece nas falas uma divisão entre corpo e mente das pessoas doentes, há uma diferenciação do self e do corpo, enquanto um formula, deseja e lembra o outro não mais executa (CORBIN, 2003). Dessa forma, segundo o mesmo autor, a doença intromete-se na vida, perturbando o tempo biográfico, com o corpo do presente e do futuro sendo comparado ao corpo do passado, muitas vezes resultando em um profundo sentimento de perda e mudança de identidade.

Assim, observa-se no próximo depoimento que o papel social de mãe exige o desempenho de tarefas às quais a entrevistada não se julgava capaz:

*Eu me achava muito prejudicada, não tinha força para lidar com os filhos e os filhos precisavam de mim, eles eram doentes, precisavam da mãe para cuidar deles, dar comidinha pra eles, lavar a roupinha deles [...] (F 68, SV inferior).*

Nesse caso a entrevistada relata que se achava muito prejudicada, os filhos precisavam dela, pois eram doentes, necessitavam de cuidados, alimentação e roupas limpas, mas ela também precisava receber cuidados, sozinha, não tinha força para realizar tais tarefas.

Segundo Corbin (2003) a construção da identidade da doença advém do temor de que se está perdendo o controle sobre o corpo ou que se está "deixando de fazer" o que antes não havia impedimento em fazer.

Dessa maneira, a doença interfere no modo de vida das mulheres acometidas, modificando sua subjetividade, rede de sociabilidade e autonomia de

ação, provocando, assim, sofrimento pela não correspondência aos padrões sociais esperados no desempenho da maternidade (CASTRO *et al.*, 1994).

A ideia da doença como privação é apresentada em muito dos depoimentos; o próximo refere-se à diminuição das liberdades em escolher os alimentos que serão ingeridos:

*Ah, porque a pessoa com saúde faz tudo, né, até na comida, ela tem liberdade de comer tudo, e quem tem doença, não. Principalmente eu mesmo, tem muitas coisas que eu tenho de evitar de comer, eu tenho açúcar no sangue, tenho problema de angina no peito, de pressão alta e as minhas varizes que incomodam (F03, médio).*

Novamente retorna a diferenciação entre quem tem saúde e quem não a tem; nesse caso a entrevistada afirma que a pessoa com saúde faz tudo, tem liberdade para escolher o que irá comer, já quem tem uma doença, como por exemplo, o diabetes precisa evitar alguns alimentos.

Barsaglini (2007) evidenciou, ao pesquisar a experiência da enfermidade entre pessoas com diabetes tipo 2, certa desconfiança em relação ao valor nutricional e a restrição alimentar, com argumento de que existem poucas opções alimentares. Nesse sentido, segundo Boltanski (1989) dentre os alimentos valorizados pelas classes trabalhadoras estão aqueles ricos em carboidratos e gorduras, os quais além do teor energético possuem um valor simbólico em prover a recuperação e manter da força física. Portanto, tais escolhas alimentares relacionam-se às concepções de saúde, em que ter saúde é ter força para trabalhar.

Nesse sentido, a doença revela um pouco da impotência perante a vida, que poderá agravar-se com o passar dos anos, como relatado a seguir:

*Eu me considero doente, isso ai vem desde pequeno e ai vai ficando mais velho vai agravando mais. Muitas vezes eu to doente e não consigo trabalhar, vai cada vez mais nervoso, por exemplo, esses dias nós trabalhamos lá no Alemão, ganhei 130 pila, ali adiante eu cai, só chegamo em casa e tive que gastar aquele dinheirinho pra me levarem no médico, aí já não sobra, o dinheiro só chegou e saiu (F 81, SV inferior).*

Observa-se nesse depoimento que apesar do entrevistado conviver, desde a infância, com uma doença, sente que na medida em que envelhece ela vai se agravando, pois não consegue trabalhar; além disso, o dinheiro que ganha mal dá para cobrir os gastos do atendimento médico.

As perdas ao longo da vida para quem convive com uma doença crônica, em especial à classe de trabalhadores rurais, são sentidas por meio das oportunidades perdidas de trabalho. O entrevistado relatou também a dificuldade em conseguir trabalho, pois teve vários “ataques” durante a atividades, fato esse que inibiu os empregadores, temendo serem responsabilizados por essas ocorrências. Assim, nesse cenário apresentado pelo entrevistado de falta de trabalho e gastos financeiros, em momentos de crise, na procura de atendimento, o deixa cada vez mais nervoso. Além disso, devido a sua recorrência ao serviço de saúde de pronto atendimento alguns profissionais o atendem com desrespeito, afirmando que ele deve procurar outro serviço.

Ao considerar as percepções e a forma como pessoas portadoras de doença crônica e seus familiares vivenciavam essas experiências, Strauss *et al.* (1984) em um estudo apresentado por Canesqui (2007) apontaram as crises, o isolamento social e os custos financeiros como problemas agravantes vividos no cotidiano.

Compreende-se que a experiência de adoecimento se estabelece a partir da situação de vida, que é enunciada pela interação das condições materiais, representada pela oportunidade de trabalho e acesso a bens duráveis; e pela imaterialidade, referente às concepções e desejos, sendo que essa ocorre tanto na dimensão individual como na coletiva, essa remete à dinâmica de múltiplos fatores mobilizados como recursos para contornar ou desativar os eventos negativos do cotidiano (GERHARDT; LOPES, 2008).

A interação entre materialidade e imaterial é constante, explicitamente na Área da Saúde, em que o corpo individual se torna social mediante as concepções e os desejos; portanto, é preciso que se desperte para uma, sem desprezar a outra, pois o indivíduo necessita tanto do material quanto do imaterial, seja para sua reprodução física ou social.

5.3.3.3 Alternância de Estado: tem dias que eu acho que não estou normal, tem dias que eu acho que estou com boa saúde

Ao considerar a complexidade da definição de saúde Gerhardt e Lopes (2008) incluem as percepções das pessoas em relação ao seu estado, nos processos de adoecer e ser saudável. Assim, não há uma estabilidade, há disposição de se adequarem às variações orgânicas, ao meio, à realização de desejos e à liberdade

de agir individual e coletivamente no sentido da auto-promoção de bemestar (GERHARDT; LOPES, 2008).

Para Dejours (1986), saúde não é sinônimo de um estado de estabilidade, mas algo que se alterna o tempo todo; é um assunto ligado às próprias pessoas, em seus meios de traçar um caminho em direção ao bemestar físico, mental e social.

Nesse sentido, ter saúde passa por essa experimentação de incertezas e oscilações, conforme depoimento a seguir:

*Tem dias que eu acho que não to normal, tem dias que eu acho que to com boa saúde, não sei porque, se é dos nervos se não é, tem dias que eu digo se morresse era negócio, tem dias que o cara ta mais alegre, mais animado...e assim vai levando a vida, um dia sim um dia não, não sei se o cara tem um problema e não sabe, ou não tem (F156, SV superior).*

*Me considero que sou uma pessoa que to com problema, mas que vou superar (F183, SV médio).*

Observa-se, no primeiro relato, certa desconfiança nesse sentimento de instabilidade, e a entrevistada indaga: “será que é dos nervos?”. Pois, por dias não se sente bem, acha que “não está normal”, como ela denomina, e se morresse era até “um bom negócio”, no entanto, em outros se acha com boa saúde, alegre e mais animada. Dessa maneira, vai levando a vida, mas sua desconfiança persiste, “será que se tem um problema e não sabe?”.

No segundo, o entrevistado reconhece, “no momento estou com problemas, mas vou superar”. O mito da saúde perfeita e bem-estar completo é um desejo inatingível, pois até mesmo fisiologicamente o organismo humano está ininterruptamente operando mudanças, seja durante o sono e vigília, no crescimento ou no envelhecimento; da mesma forma, os sentimentos também não são estanques, a alegria, assim como a angústia são alternadas nas sensações diárias (DEJOURS, 1986).

As falas a seguir ilustram esse sentimento de viver a instabilidade orgânica:

*Para mim raramente alguém é curado de um tudo, porque até um resfriado ou uma gripe pode acabar matando, pode acontecer uma coisa grave, e muitas vezes acontece, tem quem diga, quem tem saúde tem tudo, mas eu não vi até hoje alguém ter completa saúde, se tem eu queria saber quem vive tão tranquilo que não tenha nada (F30, SV médio).*

*Se eu disse que não tenho saúde eu tava mentindo e se dissesse que sou uma pessoa doente também taria mentindo, pra mim to independente como uma outra pessoa, quem não consegue se mexer ta completamente doente, ou tem que esperar por outra pessoa, nesse sentido que essa é a verdadeira pessoa doente, a pessoa que tem um escape ele não ta*

*completamente doente, ta em cima do muro, não ta nem doente, nem não doente (F 19, SV inferior).*

Na primeira fala, o entrevistado constata que, até hoje, não viu alguém ter saúde completa, pois “raramente se é curado de um tudo, um simples resfriado pode se agravar”, além disso, as “intranquilidades” da vida não permitem ter uma saúde completa e questiona, “quem vive tão tranqüilo que não tenha (ou sinta) nada”?

Na segunda fala o entrevistado encontra-se “em cima do muro”, em que de um lado está a saúde e de outro a doença, é possível que, em alguns momentos, incline-se mais para um lado, ora para outro, porém, mantém-se em cima, entre esses dois estados. E prossegue sua idéia de quem ele considera “verdadeiramente” doente: é aquele que não tem autonomia, que se acha imobilizado. Essa imobilização, apesar de ser referida no sentido do movimento físico, também serve para reflexão da imobilização da ação subjetiva, quando mesmo tendo os movimentos físicos a pessoa não consegue mobilizar recursos, seja para sua reprodução física ou social.

Nesse sentido, observam-se quão múltiplos são os laços, e, por vezes, invisíveis que demarcam uma sociedade, no estabelecimento de contratos, confianças, medo e amizade, os quais interagem com relações macroestruturais e microestruturais: na primeira com as políticas públicas e condições de vida, dentre outras, e a segunda, refere-se a maneira como o indivíduo as operacionaliza no dia-a-dia.

Assim, as explicações para as experiências pessoais, dentre elas a saúde e a doença, combinam a relação entre o individual e o coletivo, o material e o imaterial, que precisam ser levados em conta para promover essas formas de saúde, tanto no nível de elaboração de políticas, como na execução nos serviços (GERHARDT; LOPES, 2008, COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

Portanto, as explicações acionadas para compreender um determinado fenômeno mediaram as práticas adotadas:

*Tem muita saúde depois não tem saúde, aí tem tratamento, tem isso e aquele outro, muitas vezes nem tem tratamento, aí já passa a viver o outro lado, né, ter mais preocupação, sei lá eu, pega a pensar mais coisa, a imaginar mais coisa (F156, SV superior).*

Permanece nesse depoimento a noção de instabilidade no estado de saúde, primeiro “tem-se muita saúde, depois não a tem, então passa-se a viver o outro

lado”. Tal concepção demonstra a proximidade e, ao mesmo tempo, diferença de sentimentos, pois, com a perda da saúde, passa-se a viver mais preocupação e a imaginar situações desagradáveis.

A experiência da doença constitui uma preocupação em reconstruir e negociar significados mediante as dificuldades imputadas por ela, assim como elaborar estratégias que ajudem a (re)situar-se no mundo social (ALVES; RABELO, 1998)

Dessa forma, a aproximação das concepções de saúde e doença, explicados no estado de saúde, refletem o contexto histórico e social, combinados com as condições de vida de uma comunidade rural, que cotidianamente experimenta os desafios do meio (natureza), muitas vezes a penúria financeira e os limites do corpo, mas que nutre motivações, tanto conscientes, como inconscientes de “ter um bom viver”.

Apesar das três diferentes “situações de vida” representada pelas condições de vida e mobilização de recursos sociais, não encontrou-se incongruência entre as concepções, indicando que essas não são determinadas isoladamente pelas condições socioeconômicas, mas na interação dessas características com a matriz histórica e cultural local.

#### **5.4 Práticas em saúde e doença das famílias do Rincão dos Maia**

Esta análise baseia-se em depoimentos e observações de seis famílias da população estudada, referente à suas experiências de adoecimento, assim como as trajetórias desenvolvidas, por meio de práticas em saúde, vislumbradas no itinerário terapêutico e na rede de apoio social.

As trajetórias, para Certeau (2005) evocam um movimento temporal no espaço, projetando um percurso, que, apesar de uma redução dos fatos, transforma e articula-se. Esse percurso ocorre em diversas instituições terapêuticas utilizadas nas experiências da doença, muitas vezes com abordagens contraditórias em diagnosticar e tratar, demonstrando o caráter elástico e mutável das concepções formuladas pelo indivíduo e coletividade, em explicar e ocupar-se com o sofrimento, por meio de encontros, conversas e relações, configurando experiências de saúde e doença (ALVES; RABELO, 1998).

Nessas experiências, em alguns momentos aciona-se mais, em outros menos, mas certamente existem as chamadas redes de apoio social, cuja análise permite a reconstrução dos processos interativos entre indivíduos e grupos, a partir das conexões interpessoais construídas no cotidiano (FONTES, 2004). Estas permitem a circulação de “dádivas”, configurando recursos, positivos, como companhia, apoio social e emocional, conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos, como também negativos por meio de injúrias, ódio, ressentimento e violência (SLUZKI, 2006; CAILLÉ, 2002).

A seguir são ilustradas, esquematicamente, nas figuras 09, 10, 11, 12, 13 e 14, e acompanhadas de uma descrição, os seis itinerários terapêuticos e as redes de apoio social construídas e mobilizadas. Em relação à tipologia “situação de vida”, as famílias observadas encontram-se na seguinte condição: duas são do nível inferior, duas do médio e duas do superior.

A primeira família possuía uma estrutura familiar nuclear, formada pelo casal e oito filhos. Há 22 anos, quando casaram, foram morar na cidade de Rio Grande, pois o esposo fazia parte de uma prole de nove filhos, cuja reprodução física era limitada devido à pequena propriedade dos pais. Por reprodução física entende-se a capacidade biológica de procriação e manutenção da espécie humana, por meio do acesso a alimentação, moradia e trabalho. Sua esposa, Letícia (denominada de forma fictícia), referiu uma vida difícil, quando solteira, proveniente de uma família de oito filhos, cujo pai era um homem de comportamento violento, que não permitia que tivessem qualquer atividade de lazer, como ir a bailes ou à igreja. Referiu ainda que quando ela saiu de casa esse comportamento se intensificou, o pai perseguia as irmãs pelo mato com arma de fogo, fazendo com que elas lá pernoitassem, retornando somente quando ele estivesse mais calmo. Apesar do tempo, Letícia mantinha uma relação de conflito com o pai. Sua mãe faleceu há dez anos de AVC e ele estava casado pela segunda vez, mas Letícia nem conhece a segunda esposa. Relatou que seus irmãos estavam envolvidos com venda de drogas e que o pai os protegia. Com relação às irmãs, elas se visitavam de forma irregular.

Permaneceram na cidade de Rio Grande por uns cinco anos, no entanto, à medida que os filhos nasceram, as dificuldades aumentaram na manutenção da família, foi, então, que o esposo pôde suceder o pai em sua propriedade rural, e no retorno receberam ajuda da família: uma de suas irmãs cedeu uma vaca de leite, beneficiando a todos com esse alimento. As condições de vida foram classificadas

como de nível de vida superior e o de mobilização de recursos sociais, médio; na tipologia de “situação de vida” encontravam-se no nível três, sugerindo alta capacidade em reprodução física pela presença de trabalho, alimentos e moradia adequada e reprodução social, pela ausência de conflitos internos na família (família nuclear) e a rede de entreatajuda construída. Designa-se reprodução social a capacidade de interação em sociedade.

A pessoa de referência nessa família era a mãe, pois desde o primeiro contato na realização da caracterização ela foi a entrevistada, sendo receptiva à ideia de em um segundo momento haver outro encontro com um aprofundamento da entrevista; seu esposo estava trabalhando próximo de casa, mas participou ativamente apenas nos dias de observação. Nesse dia a mãe aguardava pela visita, dizendo que temia que não se retornasse à comunidade, após um período fora.

Em relação à presença de morbidade foi referida a surdez de três filhos, esse quadro trazia ansiedade e preocupação para os pais. O pai demonstrou preocupação em como orientar os filhos surdos-mudos, como lhes ensinar sobre as coisas da vida se eles não ouvem nem falam. Para a mãe, em uma das consultas ao serviço de saúde, foi lhe dito que se tratava de um problema genético, e que “filho sim, filho não, teria o problema”. Na gravidez do “caçula” sempre teve esse medo, e por isso diversas vezes procurou a profissional que a atendia no pré-natal, mesmo sem ter consulta agendada. Após seu nascimento, quando retornou do hospital, as crianças a alertaram “mãe, ele escuta, ele se assusta com barulho”, certeza que ela teve ao vê-lo próximo de completar um ano de vida “dançando ao som da música do rádio”.

Dessa forma, as concepções de saúde e doença, para a entrevistada, remetiam à legitimidade do profissional de saúde em certificar a presença ou ausência de doença. Para Coelho e Almeida Filho (2002) o diagnóstico do profissional de saúde rótula o indivíduo, engendrando um estereótipo em que orienta a ação da sociedade a apresentar um comportamento desviante, um comportamento de quem é doente.

Herlizch e Pierret (1991) apontam que com o avanço da Medicina e da medicalização do corpo doente, a doença passou a ser um fenômeno mais individual e menos coletivo, inscrição que anteriormente ocorria no espaço social e hoje é associada à aparência corpórea. Dessa forma, separou-se “o corpo da doença” e o “corpo do doente”: para entender o mal que o aflige, o indivíduo não olha mais seu



corpo com uma visão global, nem mesmo para a realidade sensível dos seus sintomas, mas espera que as mensagens do interior do corpo sejam reveladas, por meio de exames fornecidos pelo saber biomédico.

Nesse sentido, o itinerário terapêutico descrito com maior ênfase por Letícia foi referente ao diagnóstico de surdez do primeiro filho, aos dois anos de idade, descoberto numa visita a sua mãe que, olhando para a criança que engatinhava e não manifestava nenhuma reação a estímulos sonoros, disse “essa criança tem problema, ela não ouve”. Letícia atribuía essa observação de sua mãe à experiência em criar filhos, pois teve oito. Após este fato, levou a criança para consultar num posto de saúde na cidade do Rio Grande onde morava, e lá foi aconselhada que procurasse uma avaliação do especialista. Com o auxílio dos patrões, foi até Porto Alegre efetuar a consulta em um hospital da rede privada, e a criança foi submetida a exames e recebeu dois tipos de aparelhos auditivos. No entanto, segundo Letícia ele não se adaptou ao uso e, hoje, com dezoito anos, ressent-se e queria outra oportunidade.

Como são sindicalizados (sindicato rural) realizavam consultas com especialistas com uma margem de desconto, tanto na cidade de Canguçu como em Pelotas. O filho mais velho realizou avaliação com o otorrinolaringologista para obter um laudo que o dispensasse do serviço militar. A família contava com o benefício, por invalidez, desse mesmo filho, o que estão tentando reaver com a constituição de um advogado. As duas outras crianças portadoras da mesma deficiência não tiveram a mesma oportunidade de tratamento; Letícia aguardava encaminhamento para consultar o especialista, feito pela assistente social.

Desenvolvimento dos sintomas	Práticas de saúde							Quem fez a mediação	Resultados					
	Práticas populares				Serviços de Saúde									
Não responde aos estímulos sonoros - Surdez	Benzedeira, trabalhos na umbanda				Posto de Saúde – Rio Grande  HMV - POA			Mãe (avó que alertou) Vizinhos  Os patrões	Não se adaptou ao aparelho. Hoje pede p/ usar (adulto).					
Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Famíliares			Externos			
Superior	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Médio
	1	2	2	2	2	0	1	1	2	1	1	2	1	

Alim= Alimentação      CF= conflitos familiares      AD=ajuda dada      T= trabalho  
Mor= Moradia      CFI= conflitos familiares internos      AR=ajuda recebida      R= religião  
M= Morbidade referida      Alcoo=alcoolismo      VD=vizinha dada      VR= vizinha recebida  
T= Trabalho

Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente

**Situação síntese:**

- Alta capacidade em relação a reprodução física, apesar da presença forte de morbidade referida.
- Alta capacidade de reprodução social, mesmo na presença forte de conflitos familiares.
- Alta capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).

**Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não**

**Legenda:**  
□ = sexo masculino      ○ = sexo feminino      N°. = idade em anos \* surdo-mudo  
○ = pessoas que moram juntas      ○ (dashed) = aparentadas      ○ (solid) = não aparentadas  
↔ = troca de produtos      //→ = relação conflituosa      ⇨ = aporte externo

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 09** – Família 156, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

Na tentativa de conhecer o motivo da demora do encaminhamento, procurou-se a assistente social, e esta informou que os encaminhamentos são rápidos, e inclusive é oportunizada a prótese auditiva; tais procedimentos ocorrem na cidade de Bagé, distante 170 km, sede da 7ª Coordenadoria Regional da Saúde. No entanto, foi enfática ao informar que seu trabalho ocorre por demanda espontânea, não realizando visita domiciliar. Em outra oportunidade de visita à Letícia e sua família, esta foi informada da rotina desses encaminhamentos.

Apesar da procura de um serviço especializado em saúde e, da disposição em utilizá-lo, para o filho mais velho, isso não foi suficiente para que a família auxiliasse a criança na adaptação ao uso de um aparelho externo que facilitaria sua comunicação. Segundo Minayo (1988), mesmo quando a intervenção dos serviços de saúde é utilizada e reconhecida como importante, ela também é ressaltada, por muitos, como provocadora de outros males, assim como, de difícil compreensão, fatores que conseqüentemente prejudicaram a adesão ao tratamento designado.

Dessa forma, a família recorreu a alternativas em busca da cura, como, benzedeiras, umbanda por meio de trabalhos e oferendas e igrejas evangélicas. Essa busca adveio da falta de resultados satisfatórios em relação à saúde do filho e aconselhada por vizinhos. O marido de Letícia convenceu-se de que essa era a condição do filho, pois nada do que faziam recuperava a sua audição e procurou alertar a esposa. Embora, próximo da sua residência tenha uma igreja evangélica Assembléia de Deus e freqüentemente sejam convidados, com o argumento que ocorrem várias curas, eles não vão mais, pois não acreditam que acontecerá.

A procura de rituais com finalidade terapêutica muitas vezes advém da negação do sofrimento vivenciado por meio de uma enfermidade, em que o curador tem elementos para promover a cura ou a aceitação do doente junto ao grupo social; na maioria das vezes, essa socialização é a condição necessária para o sucesso do tratamento (RODRIGUES; CARDOSO, 1998).

O esposo de Letícia freqüentava a igreja católica e relata que foi acostumado a essa prática religiosa, desde a infância. Já Letícia não freqüentava a igreja, referindo que recebeu o sacramento do batismo quando batizou o primeiro filho, pois sua família não freqüentava nenhuma Igreja. Ela comparava sua vida a dos “bichos que iam da casa para o trabalho”, sem ter nenhuma outra atividade social, pois dificilmente visitavam alguém ou recebiam visita. As crianças freqüentavam a igreja católica acompanhados do pai, pois Letícia raramente ia junto.

Letícia visitava pouco os vizinhos, e, quando necessário, ia à cidade para compras, consultar com profissionais de saúde e receber “a bolsa-família”. Essa política redistributiva do Governo Federal, segundo ela, colaborava não apenas para alimentação; nesse mês comprou meias e cuecas para as crianças, e também foi possível parcelar o pagamento da capa do sofá da sala. Relatou que a construção da sua casa foi mais rápida, devido a seu salário maternidade do último filho, aliado à boa safra de fumo, pois ainda moravam na casa antiga que tinha na chácara, pertencente ao seu sogro.

Considerava como muito importante a amizade que tinha com a cunhada que morava em Rio Grande, falavam-se frequentemente por telefone (celular) e de vez em quando recebia sua visita. Ao ver a casa nova, ela elogiou a persistência de Letícia e sua dedicação à família. Dentre os tipos predominantes de troca interpessoal entre os membros da rede, esta se aproximava do apoio social, com uma atitude emocional positiva e uma atmosfera de compreensão, simpatia, empatia, estímulo e apoio, característica das amizades íntimas e das relações familiares próximas (SLUZKI, 2006).

No ano anterior seu marido foi picado por uma cobra, quando buscava o gado e procurou uma das irmãs que benze; esta, ao ver o local edemaciado, benzeu, mas pediu que o irmão procurasse um serviço de saúde, ele assim o fez e ficou dois dias hospitalizado. O sincretismo religioso faz parte da cultura brasileira, seu exercício muitas vezes mostra-se nas situações de enfermidade, especialmente utilizado como prática popular em saúde.

O serviço de saúde local não era reconhecido pela família como um local para buscar auxílio, devido a sua funcionalidade ser reduzida a duas vezes na semana. Nos casos em que precisavam acessar o serviço de saúde, recorriam direto ao pronto atendimento municipal ou ao pronto-socorro hospitalar, para isso, contavam com o apoio de um vizinho que tinha carro e cobrava pela “corrida”; no entanto, mesmo que não tivessem dinheiro no momento, podiam pagar depois. Ele também emprestava dinheiro para compra de remédios, e uma vez que precisaram levar o filho mais novo, cobrou a metade, pois a criança é seu afilhado.

A circulação da dádiva se fazia presente, ainda que de maneira diferente de como Mauss identificou, em seu célebre estudo sobre o circuito da dádiva, que se trocavam até mesmo crianças. Neste caso, essa família presenteou seu vizinho com o apadrinhamento do caçula. Na ação social, certamente inclui-se o cálculo e

interesse, material e imaterial, além disso, encontra-se também obrigação, espontaneidade, amizade e solidariedade, em resumo, o dom (CAILLÉ, 2002).

Na entreajuda no trabalho, a família oferecia e retribuía o auxílio na lavoura; eram três casais que se revezavam nas atividades, no entanto, na vez dessa família retribuir, somente o esposo trabalhava na lavoura, pois Letícia se ocupava dos afazeres da casa e dos cuidados com as crianças, então ele pagava em dinheiro a diária de um outro trabalhador. Para Godelier (2001) a reprodução da vida se faz em todas as sociedades nas de relações de parentesco e trabalho.

A Igreja, além da sociabilidade que promovia à família, em especial aos filhos e ao esposo de Letícia, também a auxiliava, por meio da Pastoral da Saúde na Igreja Católica na cidade de Canguçu, oferecendo xaropes e outros remédios caseiros.

A escola cumpria um papel muito importante na rede de apoio social, pois além da instrução formal, permite que as crianças surdo-mudas participassem de atividades como danças folclóricas e campeonato de futebol a nível municipal. A comunicação desses se dava pela linguagem de sinais, embora no interior da família essa parecesse mais instintiva que propriamente formal.

Observou-se nessa família uma reconstrução de rede ao retornarem da cidade do Rio Grande, na busca de oportunidade e a possibilidade de sucessão na propriedade paterna. Apesar da relação de conflito de Letícia com sua família de origem, em especial seu pai, ela reconstruiu fortes laços com a família do seu marido. A família beneficiou-se de instituições como a escola, igreja, sindicato rural e a “bolsa família”. Na relação com o vizinho “compadre” havia troca entre a disposição em levá-los no seu carro à cidade e o pagamento, mesmo que demorasse um pouco. Assim, o dom é, ao mesmo tempo e paradoxalmente, obrigatório, livre, interessado e desinteressado (CAILLÉ, 2002).

Embora tenha havido conflitos familiares que levaram Letícia a sair da comunidade, após seu retorno, observava-se que sua “situação de vida” e de sua família era mediada pela relação de trabalho, fortalecida pela entreajuda e pelo apoio de políticas redistributivas que fornecem a possibilidade de um aporte financeiro mensal e de novas redes de apoio social construídas. Apesar da presença de morbidade na família, representada na surdez de três filhos, isso não afetava a capacidade dos mesmos para o trabalho, e podia até proporcionar mais um aporte financeiro, por meio do benefício. É possível que a procura parcial por tratamento de saúde para os filhos significasse o desejo de não legitimar suas deficiências, visto

que estas são remediadas no dia-a-dia, no exercício de outras capacidades. Portanto, ter saúde não é algo estático e definitivo, mas incerto e desafiador, que chega a preocupar, da mesma forma que as plantações. A manutenção das relações sociais são baseadas, especialmente nas relações de trabalho e família, reafirmando o quão importante é o desempenho dessa atividade, que mobiliza recursos materiais e simbólicos.

A segunda situação refere-se a uma família de estrutura nuclear, em que residiam no mesmo espaço domiciliar o casal e o filho mais moço, de 19 anos de idade. Os demais eram casados, tendo seus próprios domicílios: um residia na mesma comunidade e o outro numa comunidade vizinha, este tinha uma filha.

Possuíam condições de vida classificadas como nível médio. Mesmo residindo em casa de madeira, com frestas, contavam com banheiro com descarga no interior do domicílio. A casa contrastava com a fumageira ao lado, que tinha uma estrutura padronizada de alvenaria, financiada pelas empresas de tabaco. Em relação à mobilização de recursos sociais, foi definida como médio, assim como a tipologia de “situação de vida”, existindo certo aporte familiar e comunitário. A reprodução física tinha a capacidade um pouco reduzida pelas condições de vida, mas a social era potencializada pela ajuda familiar e da vizinha.

A pessoa de referência foi denominada, de forma fictícia, como Ana, sendo a mesma que recebeu a primeira visita, na fase de caracterização, e possuía história de morbidade. Estudou até a segunda série do ensino fundamental, assim como seu esposo, sabendo apenas assinar seus nomes. O filho que residia com eles concluiu o ensino fundamental, e segundo sua mãe, gostaria de fazer um curso de computação e continuar estudando, mas o ensino médio era disponível apenas na cidade, sendo necessário pagar pelo transporte. Além disso, a oferta do ensino médio era diurna, coincidindo com seu trabalho na plantação do fumo.

Ana sofria de diabetes e hipertensão arterial, as primeiras alterações sentidas foram antes da última gravidez; tinha dores no peito, para qual utilizava chás caseiros, associados à “afumetação”, massagem no peito com ervas em infusão no álcool. Atribuía tais sintomas ao esforço, “um mau jeito que tivesse dado”. Nas consultas de pré-natal sua pressão estava alterada, foi aconselhada a não ter mais filho, devido ao risco para sua saúde e, após o nascimento, foi encaminhada pela médica a tratar-se no posto de saúde.

Realizava acompanhamento no serviço de saúde local, participava do grupo de diabetes e hipertensão, onde também tinha acesso a medicamentos distribuídos no grupo, coordenado há oito anos por um técnico em enfermagem. Costuma receber visitas desse profissional, especialmente na época em que fez um cateterismo cardíaco e não ficou muito bem. Ele verificava sua pressão, e às vezes aparecia até no fim de semana. Ana retribuía com frutas ou legumes da sua horta, assim como o convidava para um café ou almoço.

Nesse sentido, a relação estabelecida com o serviço de saúde, personalizado no técnico de enfermagem, permitia uma tensão permanente entre generosidade, interesse, dom e troca, formando um ciclo de restituição (CAILLÉ, 2006). Para Sluzki (2006) a ajuda material e de serviços, prestada pelos profissionais de saúde, seja por meio da colaboração do conhecimento do especialista ou ajuda física, constituía um componente importante na rede de muitos pacientes.

As doenças crônicas com que Ana convivia limitaram um pouco suas atividades de trabalho e alimentação; por exemplo, ela tinha o costume de fazer compotas e geléia de pêsego, porém segundo ela, podia apenas provar. Não experimentou fazer esses mesmos doces com açúcar dietético, aquele permitido para diabético, por desconhecê-los. Nesse sentido, a experiência da enfermidade é influenciada pelo curso da doença, na mudança dos sintomas e por construtos prévios, adquiridos por meio de crenças e valores, os quais colaboram para a reinterpretção dos cuidados na vida diária (BARSAGLINI, 2007).

Assim, as concepções de saúde e doença de Ana estavam relacionadas com todas suas experiências de vida, cuja diferença entre uma e outra está nas limitações impostas pela dieta, “quem tem saúde pode comer de tudo”, assim como pela falta de disposição para o trabalho, “com a doença não se tem tanta força para trabalhar”. No entanto, ainda se considerava saudável, apesar de ter uma doença.

Tinha por sua mãe grande carinho e amizade, visitava-a com frequência. Seu primeiro filho foi criado por ela e seu pai, falecido há 25 anos. Ana foi mãe solteira, antes de casar-se. Do seu irmão recebia ajuda na lavoura, quando precisavam plantar ou colher o fumo, além disso, ele era muito bem humorado e dizia à Ana, “vamos lá minha irmã, ânimo”.

A família, como unidade primeiramente natural, transformou-se na primeira unidade econômica, constituindo, assim, a primeira totalidade cultural que permitiu ultrapassar a existência imediata do mundo biológico e desenvolver um mundo

simbólico propriamente humano (SAMAJA, 2000). Dessa forma, o centro dessas relações, no cotidiano, era retro-alimentado pelo sistema de dádiva, em que circula amor, respeito, perdão e ajuda.

Em um dos dias da observação na casa de Ana, seu marido estava na cidade para encaminhar a aposentadoria rural, tendo ido de carona com o vizinho que residia com a mãe, era separado e doente, não tendo condições para o “trabalho pesado”, por isso o marido de Ana plantava de meeiro com eles. Existia uma relação de proximidade e confiança com a família vizinha, recebiam desde alimentos até peças de vestuário, o que podia ser caracterizado como de reciprocidade assimétrica, em que há assimetria de classe rural, mas há reciprocidade no respeito e nos direitos (MENEZES, 2006). Seu esposo retornou no fim da manhã, contando que encaminhou os papéis, mas o dinheiro demoraria alguns meses. Faziam planos de construir uma “casinha” melhor e Ana contava os anos para sua aposentadoria, dizendo que ai será mais fácil de terem condições para concretizar esse sonho.

Observou-se nessa família planos e crença no futuro, a vida simples em que viviam é repleta de amizade e gratidão aos que se aproximavam deles. A articulação da sua rede era móvel, havia momentos em que um ou outro ponto era mais acionado. Em épocas de plantação e colheita, contava com o irmão e um de seus filhos, seu sobrinho, em outras era o Serviço de Saúde. Assim, Ana permitia a circulação da dádiva, entre interesse, desinteresse, obrigação e espontaneidade, em que sentimentos individuais ecoam e misturam-se aos coletivos (MARTINS; CAMPOS, 2006).

A “situação de vida” de Ana e sua família denotava boa capacidade de interação social, em que recursos tanto imateriais quanto materiais são trocados. A fragilidade da habitação parece causar certo constrangimento para a família, mas isso não impedia que os mesmo recebessem visitas. Ana gostava muito de cozinhar e de oferecer o que fazia aos amigos (forma de retribuir), e isso era um dos seus ressentimentos em conviver com o diabetes e a hipertensão, pela limitação das opções alimentares. No entanto, não se deixava abater muito com isso: cuidava da horta e dos afazeres da casa, enfatizando que, tendo em vista seus problemas de saúde, conseguia fazer muitas coisas. É recorrente a noção da força de trabalho versus incapacidade: se de um lado, convivendo com duas doenças crônicas limitou sua alimentação, por outro ainda lhe era permitido desenvolver atividades de trabalho, oferecendo frutas e verduras a sua mesa.



Desenvolvimento dos sintomas	Práticas de saúde		Quem fez a mediação	Resultados										
	Práticas populares	Serviços de Saúde												
Dor no peito Na gravidez – HAS	Tomava chá Afumentava o peito	Pré-natal PA- tto p/ HAS. e DM Acompanhamento no serviço de saúde local	Ela mesma Médica do pré-natal Técnico em enfermagem	Aconselhamento de não ter mais filhos Acompanhamento em serviço de saúde e participação do grupo de DM e HAS										
Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Familiares		Externos				
Médio	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Médio
	2	0	2	2	0	0	0	1	2	1	2	2	1	

Alim= Alimentação

CF= conflitos familiares

AD=ajuda dada

T= trabalho

Mor= Moradia

CFI= conflitos familiares internos

AR=ajuda recebida

R= religião

M= Morbidade referida

Alcoo=alcoolismo

VD=vizinha dada

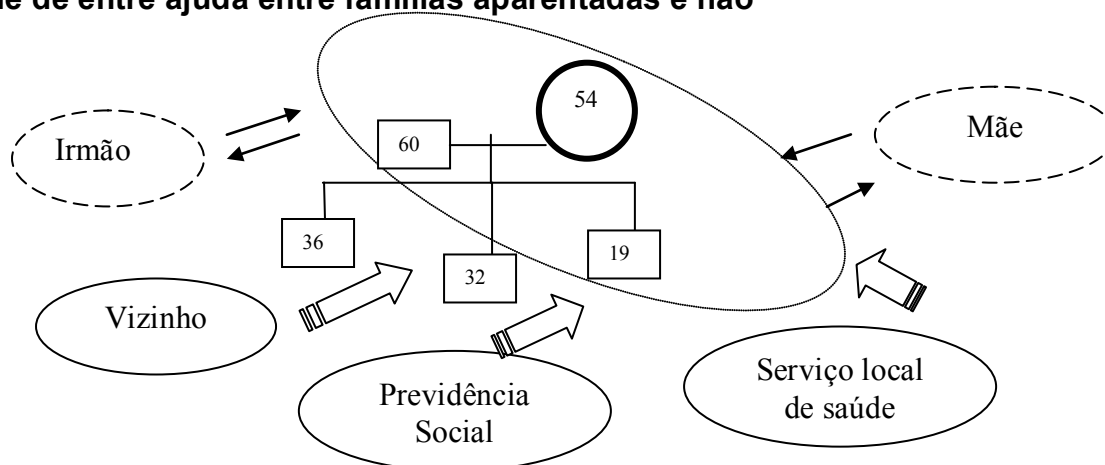
VR= vizinha recebida

T= Trabalho

Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente

**Situação síntese:**

- Certa capacidade em relação a reprodução física, apesar da presença da moradia inadequada.
- Alta capacidade de reprodução social.
- Certa capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).

**Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não****Legenda:**

= sexo masculino



= sexo feminino N°.= idade em anos



= pessoas que moram juntas



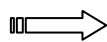
= aparentadas



= não aparentadas



= troca de produtos



= aporte externo

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 10** – Família 03, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

A terceira família possuía estrutura monoparental por viuvez: residiam, no mesmo domicílio, a mãe e dois filhos solteiros. A filha mais nova era casada, morava em uma comunidade próxima. O pai faleceu há sete anos por problemas de asma e bronquite.

As condições de vida foram descritas como superior. Quanto à mobilização dos recursos sociais foi definida como inferior e a tipologia de “situação de vida” como média, cuja reprodução física era seguramente mantida pela forte presença de alimentação, moradia e renda de aposentadoria. A reprodução social existente era prejudicada um pouco por conflito familiar interno, pois seus filhos apresentam instabilidade acentuada de humor e incapacidade física.

Como referência tem-se Beatriz, nome fictício atribuído à matriarca da família. Sua escolha justifica-se por contato prévio, na primeira etapa de coleta de dados da pesquisa, assim como por seu itinerário terapêutico.

O cotidiano de Beatriz, como a maioria das pessoas que vivem no meio rural, era muito ligado ao manejo de animais domésticos ou domesticados e ao cultivo. Devido às limitações de sua idade e história de hipertensão arterial e gastrite não conseguia desempenhar atividades que sempre fizeram parte de sua vida, como criar galinhas, gansos, tirar leite da vaca, podar laranjeiras, pessegueiros e cultivar hortaliças. Dizia sentir-se triste ao ver o estábulo vazio, as vacas foram para outra propriedade, os pessegueiros eram cuidados por outras pessoas com as quais mantém sociedade e para limpar o pátio e podar as laranjeiras precisava contratar um diarista.

Dessa forma, as concepções de saúde e doença, expressas por Beatriz, referiam à saúde como força de trabalho, na qual todas as atividades compatíveis com a vida no campo podiam ser desempenhadas. A doença aparecia como um fator limitante, como alterações sentidas em decorrência de sua enfermidade, trazendo tristeza pela incapacidade em desempenhar atividades, que anteriormente fazia sem a menor dificuldade, assim como a restrição alimentar e o uso contínuo de medicação.

Nesse sentido, Herlizch e Pierret (1991) lembram que a imagem que se faz do doente e a que ele tem de si transformaram-se profundamente, assim como a individualização da doença, pois seguidamente o doente é o único a conhecer a

existência do mal que não pode ser percebido pelo observador. Mas simultaneamente, a doença se desdobrou: ele é, sobretudo, um indivíduo improdutivo, como a doença o faz ser visto, sendo, portanto, um status social, o da incapacidade.

Nesses momentos o que a alegrava era visitar as vizinhas. Contou que em seu aniversário sempre encomendava uma torta, pois recebia visitas. Da mesma forma, as festas promovidas pela Igreja, configuram formas importantes de socialização: Beatriz, de origem alemã, freqüentava uma igreja protestante, nessas festas os músicos tocavam ao vivo, e ela também se envolvia na preparação dos alimentos. A Igreja, nesse caso, apresentava-se como um promotor de saúde mental, ampliando seu convívio social. Para Menezes (2006) as atividades religiosas rotineiras, como festa e missas, promovem a integração de grupos, estabelecendo certa organização social.

Demonstrava preocupação em relação aos filhos adultos que moravam com ela e igualmente não tinham condições de trabalhar: o mais velho tinha problema pulmonar e aposentou-se por invalidez, tinha história de alcoolismo, e, conforme informou Beatriz, há algum tempo ele não bebia, embora em uma das festas da igreja tivesse bebido uma cerveja. O filho do meio tinha problema de “nervos” e tratava-se desde os 18 anos de idade. Contou que o levou ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em uma consulta agendada pela esposa do técnico de enfermagem do serviço de saúde local, mas o profissional que os atendeu fez muitas perguntas e disse “se não fosse para fazer o que ele dizia, nem gastaria tinta da caneta”, assim nunca mais retornaram lá. Atualmente tratava-se com um clínico geral e Beatriz admitiu que “ele não entende muito de nervos, mas é muito boa pessoa, gentil e simpático”.

Em relação ao seu itinerário, sentia tontura ao realizar esforço, que se acentuava quando se alimentava e ia para lavoura; tomava chá para aliviar, mas não via melhora. Procurou uma médica cardiologista sua conhecida e tratava-se com ela, pagando consulta particular, tanto para ela quanto para o filho, e como os médicos tinham convênio com o sindicato rural, obtinha um desconto de 20%. Quando necessitou de um cateterismo fez pelo SUS, em Pelotas. “Não preciso pagar nada”, afirmou Beatriz, sendo acompanhada pela sogra de sua filha, que morava nessa cidade.

Desenvolvimento dos sintomas		Práticas de saúde						Quem fez a mediação		Resultados				
		Práticas populares			Serviços de Saúde									
Tontura, não podia trabalhar,		Tomava chá			Acompanhamento em consultório particular Grupo de DM/HAS			Ela mesma  Técnico em enfermagem		É ruim pra gente que tem que tomar sempre remédio, tem que se cuidar com a comida				
Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Familiares		Externos				
Superior	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Inferior
	2	2	2	0	0	1	1	1	2	1	2	0	1	

Alim= Alimentação      CF= conflitos familiares      AD=ajuda dada      T= trabalho  
Mor= Moradia      CFI= conflitos familiares internos      AR=ajuda recebida      R= religião  
M= Morbidade referida      Alcoo=alcoolismo      VD=vizinha dada      VR= vizinha recebida  
T= Trabalho

Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente

**Situação síntese:**

- Alta capacidade em relação a reprodução física, apesar da inexistência de trabalho.
- Certa capacidade de reprodução social.
- Certa capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).

**Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não**

**Legenda:**

□ = sexo masculino      ○ = sexo feminino      N°. = idade em anos      = morte

= pessoas que moram juntas      ○ = não aparentadas

= troca de produtos      = aporte externo

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 11** – Família 72, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

Relatou que precisou ficar seis horas deitada bem quietinha, e como ouviu o médico falar que beber bastante líquido, fazia a anestesia passar mais rápido, decidiu não beber, “para a anestesia não passar tão ligeiro e não sentir dor”. A sogra da sua filha perguntou, “tu não vai sentar nunca, não vai fazer xixi?”

*Depois fiz um pouquinho, me sentei, tirei aquela camisola que botam na gente, vesti minha roupa, passou a tontura, fiquei um pouco sentada para não sair assim direto, aí levantei caminhei um pouquinho, no outro dia já tava boa. As coisas não são fáceis.*

Participava do grupo de diabetes e hipertensão arterial no serviço de saúde local, o qual é coordenado pelo técnico de enfermagem. Beatriz disse que assim conseguia alguns remédios de que precisava, além disso, tinha muito carinho por ele, pois gostava de conversar, era atencioso, e às vezes tinha sua companhia no almoço.

Quando precisava ir até a cidade contava com um vizinho que conhecia desde pequeno, e quando ele casou ela também se tornou amiga de sua esposa. Relatou que eram pessoas muito boas, podendo contar com eles a qualquer hora e para qualquer situação.

Relembrou que, desde que seu marido era vivo, mantinha boa relação com todos na comunidade, “antigamente eram muito pobres, nem tinham roupa para vestir, dentro das casas tinha um fogo de chão para se aquecer no inverno”. Seu marido emprestava feijão e outros mantimentos que eram devolvidos na safra seguinte. Atribui às melhorias no nível de vida das pessoas à ajuda do Governo, concedida por meio da aposentadoria rural e incentivo financeiro à plantação pelo Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura (PRONAF).

Para Godbout (1992), a assistência dada pelo Estado frequentemente é visto como “dom circulante”, diminuindo a injustiça social e devolvendo a dignidade para as pessoas; assim, a seguridade social e as políticas redistributivas configuram um prolongamento do dom arcaico, identificado nas sociedades primitivas por Mauss. O Estado presta cada vez mais serviços, de saúde e ajudas diversas, em algumas instâncias substituindo os sistemas locais de laços sociais de dom e reciprocidade da família e vizinhança. Dessa forma, sua presença não garante um comportamento altruísta do indivíduo, nem mesmo o protagonismo social, podendo levar ao rompimento de redes e estimulando o comportamento individualista. O problema não está nas políticas redistributivas ou na seguridade social promovidas pelo Estado,

que compreendem uma das formas de promoção da dádiva, mas nas práticas assistencialistas ligadas ao clientelismo e manipulação de interesses que limitam seu potencial (MARTINS; CAMPOS, 2006).

Para Beatriz a aposentadoria rural, a pensão do marido e o benefício de um dos filhos, permitia que tivessem uma vida confortável, no entanto, sua relação com a comunidade se restringia ao convívio de vizinhos próximos e a atividades na Igreja. Seus filhos permaneciam em casa, sua sociabilidade era ainda menor que a de Beatriz.

Observou-se certa ambiguidade em relação à aposentadoria rural e à incapacidade. Ao mesmo tempo em que a primeira é um reconhecimento social e material de uma vida de trabalho, na maioria das vezes vem acompanhada da incapacidade de desenvolvimento de algumas atividades outrora muito caras, especialmente na consolidação da identidade dos trabalhadores e trabalhadoras rurais. Mesclava-se um misto de alegria e visibilidade pelo status que passava a ser adquirido perante a família e a sociedade, pois com um recebimento mensal da aposentadoria era possível arcar com compromissos que somente com o dinheiro da safra era mais difícil de honrar, mas ao mesmo tempo evidenciava-se a fragilidade imposta pela doença e velhice.

Assim, na “situação de vida” de Beatriz percebeu-se que o aporte financeiro permitia sua reprodução física, bem como dos filhos, desenvolvida sem preocupações. No entanto, suas preocupações eram de outra ordem, pois os filhos não apresentavam boas condições para o trabalho, o que a fazia pensar em sua reprodução não apenas física, mas social, visto que suas relações eram restritas aos seus amigos. Beatriz mobilizava recursos afetivos com os vizinhos, alegrava-se em visitá-los, e de os receber em sua casa. Essas trocas amenizavam sua tristeza de não poder mais trabalhar, sendo esta a mais representativa de sua condição de vida. Embora participasse de atividades na Igreja, não conseguiu substituir a importância do trabalho por outras que tinha condições de desempenhar.

A quarta família é de estrutura nuclear, residiam no mesmo espaço domiciliar o casal e duas filhas. Estas são filhas biológicas da esposa de seu primeiro casamento. Era viúva há cinco anos, essa segunda união ocorreu há quatro anos. Por esse motivo recebia pensão mensal, que garantia a alimentação da família, se fosse preciso, podiam comprar “fiado” no comércio local, pois o dinheiro vinha certo todo mês. Para a família esse dinheiro era de grande ajuda, já que as atividades

agrícolas eram incertas. Havia ano em que colhiam muitos pêssegos e de boa qualidade, no entanto, o preço era pequeno e, em algumas vezes não tinha nem comprador, perdendo, assim, a safra. Em outros, havia procura, bom preço, mas a safra tinha má qualidade.

Souza e Nascimento (2007) evidenciaram, em um estudo no Paraná, a presença importante de fonte de renda de aposentadoria e pensões para os integrantes da agricultura familiar, assim como a redução da atividade agrícola. Observa-se que a dificuldade, tanto em plantar devido o custo dos insumos, como no escoamento da safra, podem contribuir para que o pequeno produtor diminua suas atividades.

As condições de vida da família são classificadas como nível inferior, a mobilização de recursos sociais é definida como médio e a “situação de vida” como inferior. Residiam em uma casa de alvenaria, sem reboco ou forro, cedida por sua mãe, construída pelo pai, já falecido, para garagem. Francisco, o marido, contava que enfrentou a resistência de seus irmãos biológicos que discordavam de seu direito em mudar-se para lá com a família. Plantava pêssegos de meeiro com a mãe e quando podia também trabalhava como diarista em outras propriedades. Assim, contribuía para sua reprodução física, bem como da família. A reprodução social é mediada pela forte presença do trabalho, assim como as atividades de pregador da Igreja Assembléia de Deus, juntamente com seu sogro.

A pessoa de referência na família foi denominada de forma fictícia de Francisco, devido sua condição de saúde, assim como sua trajetória terapêutica.

Francisco passou a freqüentar a Igreja depois que casou; contou que antes tinha uma vida “desregrada”, bebia muito. Como tinha epilepsia desde a infância sempre precisou tomar remédio, alegando que isso vem de família, seu tio tinha ataques muito fortes. Fazia o tratamento de forma irregular, chegando a interrompê-lo, ou então associando-o a bebidas alcoólicas, e dizia que não deu muito certo, pois tinha crises freqüentes. Relatou que mantinha o tratamento, pois se ficasse uma semana sem tomar a medicação as crises convulsivas retornavam.

O tratamento mantido por Francisco constava do uso de medicação contínua. Lembrou que havia 15 anos não ia a um serviço de saúde, nem consultava a um profissional, apenas se dirigia a um consultório particular na cidade e pagava cinco reais pela receita que obtinha preenchida com a secretária. Alegava ser difícil para quem trabalhava como ele, ir ao serviço de saúde local que, além de funcionar

apenas duas vezes na semana, quando se chegava lá não tinha mais ficha para atendimento.

Face aos limites impostos pelos serviços de saúde as pessoas criam estratégias marginais, como esta de pagar pela receita já que a mesma é requisito para dispensação da medicação. Nesse sentido, Valla (2003) discute os limites do Estado em satisfazer as demandas apresentadas em saúde, as quais não se restringem apenas à falta de recursos econômicos, mas aos limites do modelo biomédico em tratar e considerar as doenças crônicas no seu caráter singular e subjetivo de cada pessoa.



Desenvolvimento dos sintomas		Práticas de saúde						Quem fez a mediação	Resultados					
		Práticas populares			Serviços de Saúde									
Convulsão desde criança		Não mencionou			Compra receita (5,00) pega com a secretária do médico que já a deixa preenchida			Ele mesmo	Tentou parar a medicação mas tem crises, atualmente em uso da medicação					
Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Familiares		Externos				
Inferior	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Médio
	1	1	1	2	1	0	0	2	2	0	0	2	2	
<p>Alim= Alimentação      CF= conflitos familiares      AD=ajuda dada      T= trabalho  Mor= Moradia      CFI= conflitos familiares internos      AR=ajuda recebida      R= religião  M= Morbidade referida      Alcoo=alcoolismo      VD=vizinha dada      VR= vizinha recebida  T= Trabalho</p> <p>Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente</p> <p><b>Situação síntese:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certa capacidade em relação à reprodução física.</li> <li>- Certa capacidade de reprodução social, apesar do conflito familiar.</li> <li>- Certa capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).</li> </ul>														
<p><b>Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não</b></p> <p><b>Legenda:</b></p> <p>□ = sexo masculino      ○ = sexo feminino      N°. = idade em anos</p> <p>○ = pessoas que moram juntas      ○ (tracejado) = aparentadas      ○ (sólido) = não aparentadas</p> <p>↔ = troca de produtos      ⇨ = aporte externo      ⇨ (com traço) = relação conflituosa</p>														

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 12** – Família 19, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

As concepções de saúde e doença para ele tinham ligação com seu cotidiano, em que doente é aquele que não consegue se mexer, não tem autonomia para decidir aonde ir ou o que fazer. Assim como com preceitos de sua fé:

*é a força do pecado, se não fosse o pecado na humanidade o ser humano não sofreria, talvez, o problema porque eles não chega em quem pode fazer alguma coisa por ele (Deus).*

Herlizlich e Pierret (1991) evidenciaram, em seus estudos, transformações nas noções de “pecado”, do “erro” e da “responsabilidade” que, ao longo dos séculos, acompanharam o desencadeamento das doenças. Assim se observam as relações entre o individual (responsabilidade) e o coletivo (pecado), nas suas manifestações de enfrentamento e de concepção da doença. Desta forma, permanece a dimensão normativa da doença e de seu tratamento, mediada pelas formulações e funcionamento, a partir da visão de mundo na qual se insere essas noções.

Nesse sentido, Francisco acreditava que a doença pode ser uma das formas das pessoas se aproximarem de Deus e se arrependerem de seus pecados. Via no exemplo de seu pai que o criticava por ter se convertido à Igreja, mas quando ficou doente com diagnóstico de câncer “aceitou Jesus”. Ficou mais de um ano trabalhando e depois “partiu”. Relatou que “com doenças repentinas, como infarto a pessoa não tem tempo de se arrepender e morre, sendo incerto o destino espiritual”.

Assim, o dom circula na vida religiosa, o dom divino pode transformar morte em vida, basta que as pessoas aproximem-se de Deus, “aquele que pode fazer alguma coisa”. Em troca é preciso levar uma vida “regrada”, de amor e respeito ao próximo. Dessa forma, a Igreja desempenha um papel de regulação social, cuja interação reafirma as responsabilidades e papéis, neutralizando os comportamentos desviantes que se afastam das expectativas coletivas, permitindo uma redução de conflitos (SLUZKI, 2006).

A Igreja para Francisco significou uma inclusão social importante, com o sentimento de pertencimento a um grupo com o qual se identificava, participando de diversas atividades promovidas fora da comunidade, na sede do Município, até mesmo em outros. Na comunidade, aos sábados à tarde, faziam encontros religiosos nas casas dos irmãos, pois ainda não dispunham de uma sede, e sua

esposa e filhas cantam nesses cultos. Relata ter grande confiança no pastor que os visita com frequência, assim como nos irmãos de fé.

A sensação de coerência de vida e a consciência de que as pessoas precisam uma das outras, apontam para o apoio social promovido pela Igreja na vida de Francisco. A procura de uma religião é cada vez maior pelas classes populares, em busca de recursos que vão de emocionais a materiais, numa tentativa de inclusão social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2006b).

As religiões, de maneira geral, fortalecem a auto-estima dos fiéis, por meio da valorização de dons espirituais em oposição aos bens materiais (GUIMARÃES, 2005). Embora, segundo a mesma autora, configurem mais um bem de consumo, algumas religiões ainda resistem à marginalização imposta pelo capitalismo, funcionando como uma espécie de sub-cultura da modernidade. Nesse sentido, os cultos religiosos proporcionam um ambiente atrativo e relaxante, em que se ouvem músicas evangélicas tocadas e cantadas ao vivo, ao mesmo tempo, em que se pode cantar junto, bater palmas e balançar o corpo, representando uma prática terapêutica (GUIMARÃES, 2005).

Dessa forma, acredita-se que a Igreja configura uma rede importante de apoio social para a família de Francisco, por meio da manutenção de laços de solidariedade e reconhecimento, uma representação simbólica de sua crença e maneira de ver o mundo.

Em sua “situação de vida” e de sua família observa-se que a capacidade de reprodução era facilitada pela pensão recebida pela esposa, que garantia a alimentação mensal. Sua inserção no trabalho permitia a busca de melhores condições, assim como o exercício da autonomia em relação às atividades que realizava. A participação em uma comunidade evangélica permitiu certa visibilidade perante o grupo, e o significado de que escolheu o melhor caminho para seguir, transformando seus antigos hábitos em exemplo para outros, sentindo-se fortalecido pelas bênçãos de Deus e vendo em sua doença crônica uma aproximação com as coisas divinas, à medida que a bebida alcoólica nunca combinou com o tratamento. No entanto, essa doença não representava um motivo para vínculo com algum serviço de saúde, pois encontrou na Igreja lugar para o acolhimento e a aceitação. Apenas procurava pela medicação, pois esta mostrou ser insubstituível, e como ele mesmo afirmou; “Deus deu sabedoria para que desenvolvessem técnicas e medicações, auxiliando a todos”.

A quinta família estudada possuía uma estrutura familiar classificada como pessoa que vive sozinha, formada somente pelo casal. Possuíam duas filhas casadas que residiam em uma comunidade próxima, com as quais mantêm contato e se visitam com certa frequência, ao menos uma vez por semana. Entre as irmãs também existe amizade e entressocorro, na época em que a mais velha teve sua primeira filha a irmã ainda solteira ficou em sua casa, auxiliando nos cuidados com a recém nascida, juntamente com a avó. Quando a caçula teve sua filha, ao sair do hospital foi para a casa dos pais e lá permaneceu por uns quinze dias, seu marido trabalhava em casa e à noite pernoitava com eles. Sua irmã não pode retribuir diretamente os cuidados porque estavam em plena safra de pêssego.

Contam que foi muito triste, após os quinze dias, quando estes retornaram para sua casa. Sentiram um vazio semelhante quando as filhas casaram e foram embora. Lembram que nessa época ambos sentiram-se desanimados e adoeceram de tristeza, precisando que a cunhada os ajudasse nos afazeres domésticos. O denominado “ninho vazio”, situação em que os filhos constroem suas famílias e saem de casa, é observado nesse relato, em que o casal precisou se adaptar novamente a mais essa experiência de vida.

Em relação às condições de vida e à mobilização de recursos sociais, o nível foi classificado como inferior, semelhante à “situação de vida”. A reprodução física é limitada, tendo em vista a precária habitação, de madeira, piso de barro, sem forro ou banheiro; em suas atividades agrícolas plantam pouca quantidade de produtos, como milho e algumas hortaliças. Para complementar sua renda o marido trabalhava com uma família que possui comércio de carnes, em atividades que iam desde buscar o gado em outras cidades até seu abatimento e comercialização. Há certa capacidade na reprodução social, tendo em vista a ausência de conflitos familiares e ajuda recebida.

Como referência, nessa família elegeu-se o Luís (nome fictício dado ao chefe da família) e a escolha ocorreu por sua disponibilidade em participar da primeira e segunda etapa da pesquisa, assim como pela sua trajetória terapêutica.

Luís relatou utilizar o recurso do PRONAF para sua plantação. Em uma safra perdeu todo o milho pela forte estiagem na região, fato que foi atestado pelo técnico da Emater. No entanto, contou que algumas pessoas se aproveitam desse dinheiro fornecido por essa política de incentivo agrícola para outras atividades e nada investem na agricultura.

O PRONAF é uma política pública que privilegia a gestão local de suas ações, formada por Conselhos de Desenvolvimento Rural, presentes nos três níveis de governo – Federal, Estadual e Municipal. A função do Conselho Municipal é a de formular políticas de Desenvolvimento Rural Sustentável, a partir de sua necessidade local (SILVA; SCHNEIDER, 2004). Segundo os mesmos autores, ao estudarem 30 Municípios no Rio Grande do Sul, observaram fragilidades e limitações no programa, especialmente em relação à participação dos agricultores no espaço de discussão, fato que resulta em investimentos maiores em beneficiamento de máquinas e caminhões para a Prefeitura do que em melhorias para o agricultor.

Desenvolvimento dos sintomas	Práticas de saúde		Quem fez a mediação	Resultados
	Práticas populares	Serviços de Saúde		
Começou assim, parecia uma fraqueza na cabeça, não dormia nada	Benzedor – fez um trabalho com emplasto sabiá	Consultório particular Farmácia	Vizinhos Ele mesmo	Em uma semana já tinha mais vontade de comer, de caminhar, quando terminei, dali, me encaminhei senão já tava morto se fosse atrás dos médico, né

Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Familiares			Externos			
Inferior	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Inferior
	1	0	1	1	0	0	0	2	2	0	0	1	0	

Alim= Alimentação

CF= conflitos familiares

AD=ajuda dada

T= trabalho

Mor= Moradia

CFI= conflitos familiares internos

AR=ajuda recebida

R= religião

M= Morbidade referida

Alcoo=alcoolismo

VD=vizinha dada

VR= vizinha recebida

T= Trabalho

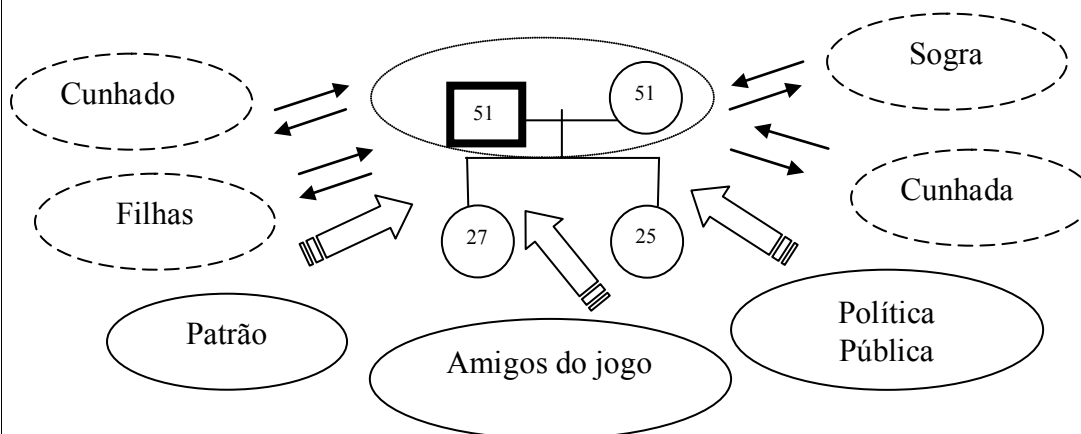
Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente

**Situação síntese:**

- Certa capacidade em relação à reprodução física.

- Certa capacidade de reprodução social.

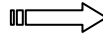
- Certa capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).

**Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não****Legenda:**

Nº.= idade em anos



= troca de produtos



= aporte externo

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 13** – Família 120, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

Para Navarro (2001), as dificuldades de participação em discussões e em redes associativistas é um forte limitador de iniciativas que tenham sua centralidade nos âmbitos exclusivamente locais, pois o Estado possui uma longa história de planejamento centralizador. Assim, as ações participativas precisam ser estimuladas, como por exemplo, oportunizando discussões em cada localidade, para que os agricultores possam se apropriar dos objetivos desse recurso, e assim o utilizarem de forma a fomentar o desenvolvimento rural sustentável, cujas premissas incluem noções de equidade social, além da absorção das novas tecnologias que permitam o aumento da produção e da produtividade e, assim, da renda familiar (NAVARRO, 2001).

Em algumas ocasiões essa aproximação do “Estado” e do cidadão poderá contribuir para a sensação de que o mesmo só se faz presente, por meio da cobrança de impostos. Exemplo dessa dificuldade é ilustrada a seguir: Luís, em uma de suas viagens para buscar gado sofreu uma torção no pé, ficando impossibilitado de trabalhar. Sua esposa contou que foi um período difícil e precisou ir até o empregador para pedir ajuda no encaminhamento dos papéis para receber recurso do INSS; Luís argumentou, porém, que o que precisou gastar para encaminhá-los teve custo quase maior que o valor recebido, pois gastou 160 reais e teve, como retorno 190 reais.

Observa-se nas concepções de saúde e doença de Luís questões ligadas a seu cotidiano e maneira de ver o mundo. Saúde para ele remetia a harmonia entre indivíduo, sociedade e natureza, sendo importante manter bons sentimentos, liberdade e alegria pela vida. Doença advém de problemas do cotidiano, como as plantações que não dão certo.

Para amenizar essas situações, tanto ele quanto a esposa usavam medicação do tipo “calmante” de forma irregular, “quando julgam necessário”, sendo comprado na farmácia, sem receita médica. O uso frequente de medicação comprada diretamente na farmácia demonstra não apenas a falta de acesso aos serviços de saúde, como também sua inoperância frente às necessidades dos usuários, como observado na trajetória terapêutica de Luís.

Atribuía sua enfermidade, “problema de nervos” à morte da mãe, na queda de um raio, quando tinha cinco anos de idade. Presenciou tudo e descreve seu estado de choque, “fui parar em baixo da cama, não me mexia, nem nada”. Receberam ajuda de um vizinho, pai de sua esposa. Contou que ele e a irmã mais velha foram

criados pelo pai, mas vizinhos e parentes davam muito “palpite”. Recordava sua dificuldade perante esses acontecimentos:

*Tinha quase 20 anos que eu fui agarra uma carreira. Mas de primeiro, se levantasse uma nuvem, assim no céu não sabia onde me socar.*

A busca por cuidados de saúde ocorreu próximo dessa época, aos 18 anos de idade, quando começaram os sintomas descritos por Luís:

*começou assim, parecia uma fraqueza na cabeça e aquilo ali começou, não dormia nada, cheguei num ponto de passar a noite inteira de olho arregalado.*

Relatou que recebeu muitos conselhos dos vizinhos, seguindo um deles procurou um benzedor próximo da cidade de Canguçu, descrevendo dessa forma sua experiência:

*Uma praga lá, um nego véio lá que era um benzedor, né (risos), que Deus que me perdoe a palavra né, me deu vontade de ir la e dar uma coça de pau nele né (risos). Pois o negro desgraçado não me rapou todo o peito assim ó, e me tocou um emplasto sabiá, e aquilo me grudou em cima assim e me largou um óleo no lombo assim, e aquilo me arrancou o coro tudo. E isso aqui não conseguia, não conseguia parar mais, ai um dia agarrei e fui afroxando aquilo né, fui botando um óleo desses de comida, fui, fui até que consegui arrancar. Tá, não deu nada, fiquei mais louco ainda.*

Helman (2003) menciona desencontros entre o que enfermo busca e o que é oferecido pelo curandeiro, especialmente quando ambos não estão familiarizados com o funcionamento social do outro.

Assim, decidiu procurar atendimento médico, indo em vários consultórios, todos particulares. Revelou que na época eram poucos os “postos de saúde”, assim recebeu diversas orientações combinadas com medicação: alguns recomendavam fumar e outros tiravam o cigarro. Na farmácia em que comprava a medicação recebeu atenção especial do proprietário, que o chamou para conversar e indicou o uso de um remédio líquido “era mais em vidrinho, ai desmanchava num copo de água e tomava”. A partir disso, sentiu-se melhor, mais disposto e concluiu a partir dessa experiência:

*ai eu já fiquei mais por dentro também né, porque ai eu vi que não é assim, tu ir atrás das conversas, de chegar assim, não tu toma esse ou toma aquele outro (remédio). Agora hoje em dia, se tu toma um remédio tem que ver de onde que saiu, como é que é, qualquer um também nem tomo.*

É importante mencionar, que essa desconfiança em relação ao sistema biomédico, foi descrito por Minayo (1988), em um estudo em que os entrevistados



ressaltavam a intervenção dos serviços de saúde como provocadora de outras enfermidades, assim como responsável por mortes ou lesões irreparáveis.

Dessa forma, o modo de lidar com o corpo, com as doenças e com as terapias vincula-se às representações sociais que se tem do corpo e das emoções, em que a relação entre material e imaterial indaga o papel desempenhado pela cultura na formação do ambiente e equilíbrio biológico, evidenciando que, a relação entre doença e meio ambiente não é direta, mas antes sofre a mediação social (GERHARDT, 2007b). Assim, o universo imaterial de Luís, representado em suas concepções e crenças, possuía uma lógica própria mediada por suas experiências e preceitos culturais, os quais não se relacionavam diretamente com seu universo material.

Recentemente ganhou de seu cunhado uns bezerros que está tratando, e pretendia mais tarde trabalhar com tambo (produção de leite). Costumava prestar ajuda à sogra em alguns serviços que se faziam necessários e recebia alimentos ou mesmo dinheiro em troca.

Sua rede de reciprocidade era mais familiar, embora nos domingos frequentasse um bar onde jogavam bocha, que eram momentos de descontração e lazer. Ia à Igreja uma vez ao mês, às vezes em intervalos maiores, dizia sentir-se bem lá, nunca foi desprezado, embora nem sempre encontrassem as mesmas pessoas.

Observa-se uma história de doação e partilha entre Luís e a família de sua esposa. Godbout (1992) faz uma reflexão extremamente pertinente sobre laços afetivos e dom, em que a partilha permite a circulação da dádiva, por meio de trocas, gratidão e serviço, configurando, assim, uma modalidade de dom. A família, portanto, é a base para o dom de toda uma sociedade, lugar onde este é vivido com toda sua intensidade, e onde também se aprende. A transformação de um estranho em familiar configura a essência do dom, permitindo a reciprocidade e a troca, mas em primeiro lugar, permite que a sociedade perpetue-se como agrupamento social (GODBOUT, 1992).

Assim, nessa “situação de vida” acredita-se que apesar das limitações em relação à reprodução física imposta por sua moradia inadequada e pelas atividades informais de trabalho, Luis tece planos em relação ao futuro: ter sua produção de leite um tambo e melhorar as condições de moradia. A interação com sua rede

familiar permitia a mobilização de recursos que fortaleciam seus sonhos, por meio de ajudas materiais e, principalmente, imateriais.

A sexta família estudada possuía uma estrutura classificada como extensa; residiam no mesmo domicílio o casal, dois filhos e quatro cunhados, dos quais três eram surdos-mudos. A pessoa como referência nessa família foi a esposa do casal, denominada de forma fictícia de Luísa, devido a sua disponibilidade e interesse em participar das três etapas da pesquisa, assim como pela sua trajetória terapêutica.

Possuíam condições de vida classificadas como nível superior, assim como a mobilização de recursos sociais e “situação de vida”. Vivem em uma grande casa de alvenaria, em boas condições. Quanto à reprodução física, esta era seguramente mantida pelo trabalho dos integrantes, na agricultura e comércio de hortaliças, em feira fora do Município. A reprodução social era um pouco prejudicada pela presença de conflito familiar interno, pois Luísa, dizia que ali ninguém a compreendia. A mobilização dos recursos familiares e comunitários, representado pela vizinha, referiam-se mais a apoio social e suporte emocional.

Em relação ao apoio familiar, contava em especial com o apoio da mãe e irmã que moravam numa comunidade vizinha, visitavam-se nos fins de semana e se telefonavam com frequência. Após o nascimento de seus filhos estas se revezavam para ficar com ela e lhe prestar cuidados nos primeiros quinze dias. Na vizinha, buscava companhia para conversar durante a semana. Tinha carinho pelos cunhados, embora se sentisse muito só, pois todos iam para a lavoura, ficando apenas ela com as crianças. Salientava que se entendia com os cunhados surdos-mudos e que os mesmos tinham autonomia de cuidar de si, como por exemplo, de sua higiene.

Para driblar a solidão assistia à televisão e às vezes ligava para números telefônicos de anúncios de tele-markting, comentando que as telefonistas eram muito simpáticas, e que em uma das vezes comprou alguns produtos de perfumaria, e que tinha planos de se tornar uma representante local dos mesmos.

Luísa casou-se há dez anos, indo morar com a família do marido. Nessa época sua sogra era viva e relembra que, enquanto todos iam para lavoura, as duas faziam os serviços domésticos. Sua sogra cozinhava muito bem e tinha boa saúde, até que um dia começou a passar mal, consultou e fez uma ultra-sonografia, em que foi diagnosticado câncer no fígado. Dois meses depois faleceu no hospital “na sua mão”, o que a marcou profundamente: “nunca tinha visto ninguém morrer antes”.

Desenvolvimento dos sintomas		Práticas de saúde						Quem fez a mediação		Resultados				
		Práticas populares			Serviços de Saúde									
Dor no estômago Sufocamento Crise de choro		Não refere			Consultório particular CAPS Consultório particular			Ela e o marido  Médico Marido e família		Sente melhor, mas ainda tem medos				
Nível de vida	Tipos de problemas ressentidos e expressos							Recursos mobilizados						Nível de recursos sociais
	Reprodução física				Reprodução social			Familiares		Externos				
Superior	Alim	Mor	M	T	CF	CFI	Alcoo	AD	AR	VD	VR	T	R	Superior
	2	2	2	2	0	1	0	1	2	1	1	0	0	

Alim= Alimentação      CF= conflitos familiares      AD=ajuda dada      T= trabalho  
Mor= Moradia      CFI= conflitos familiares internos      AR=ajuda recebida      R= religião  
M= Morbidade referida      Alcoo=alcoolismo      VD=vizinha dada      VR= vizinha recebida  
T= Trabalho

Pontuação: 0= inexistente/inadequado; 1=presente 2= fortemente presente

**Situação síntese:**

- Alta capacidade em relação à reprodução física.
- Certa capacidade de reprodução social.
- certa capacidade de mobilização de recursos familiares e comunitários (cf. figura abaixo).

**Rede de entre ajuda entre famílias aparentadas e não**

**Legenda:**

□ = sexo masculino      ○ = sexo feminino      Nº.= idade em anos      \* surdo-mudo

○ = pessoas que moram juntas      ○ (tracejado) = aparentadas      ○ (simples) = não aparentadas

↔ = troca de produtos      → (com barra) = aporte externo      / = morte

Fonte: adaptado de Gerhardt, 2000.

**Figura 14** – Família 06, os elementos presentes em um itinerário terapêutico, no enfrentamento da doença e a situação de vida.

Dessa forma, as concepções de saúde e doença de Luísa remetiam a essas vivências, em que saúde resulta das ações do dia-a-dia como acesso a alimentos, por exemplo, e a doença que pode aparecer sem nem dar sinais, por isso a preocupa tanto.

Segundo Oliveira (2002) a doença é uma experiência que não se limita apenas a alterações biológicas, mas como base de um processo de construção cultural, sendo concomitante com seu meio social, influenciando como se percebe e se expressam as doenças, seus sintomas e os recursos de cura utilizados.

Durante os primeiros cinco anos do casamento não usava qualquer método de anticoncepção e não engravidava, um mês após a morte da sogra engravidou. A gravidez transcorreu bem até os seis meses de gestação, em que teve “ameaça de aborto”, ficando dois dias hospitalizada, e após a alta precisou manter repouso. Relatou que o parto foi normal sem nenhum problema. Um ano depois, começou a ter dores muito forte de estômago, temia que fosse câncer, consultou com a médica com convênio pelo sindicato, fez Raio X, endoscopia e recebeu medicação, mas não melhorou.

Então, procurou um outro médico, este não atendia pelo sindicato, novamente fez uma endoscopia, trocou sua medicação, de custo maior, mas fez efeito, pois melhorou. Contou que uns seis meses depois tinha a sensação de sufocamento e vontade de chorar, seu marido não queria levá-la à cidade, pois chovia muito, ela insistiu e foram ao médico. E este disse que eram “nervos”, que não havia nenhum problema no estômago e lhe passou outras medicações.

Após uma semana, “tinha crises de choro”, retornou ao médico que a encaminhou ao CAPS, informou que era atendida pela psicóloga e pelo médico, mas estava melhorando pouco, apesar de gostar muito, pois lá conversavam, sentia-se muito acolhida, mas continuava com crises de choro e seu marido pensou em interná-la no hospital psiquiátrico de Pelotas. Mas antes consultaram um psiquiatra particular, esse mudou sua medicação e a partir disso começou a se recuperar, embora ainda tenha medo de vir a desenvolver uma doença, como o câncer. Com o nascimento do segundo filho homenageou esse médico colocando seu nome na criança. Sua cunhada temia que ela tivesse alguma “recaída”, e contou que Luísa, além da crise de choro, brigava e falava mal com todos. Tinha medo de deixar o menino mais velho com ela e algumas vezes o levavam para lavoura.

As sucessivas buscas de atendimento em saúde, tendo em vista a necessidade de alívio de um sofrimento um tanto difuso, em que dói o estômago, tem-se angústia e crises de choro, levou Luísa a essa trajetória descrita. A identificação de um dos profissionais de que seu problema não era no estômago, mas “dos nervos”, levou-a ao atendimento no CAPS, lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, em que é preconizado um atendimento interdisciplinar, ou pelo menos multiprofissional, tanto individual como coletivo, por meio de grupos e oficinas (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o sistema de atenção à saúde é uma construção coletiva, e seu uso difere de acordo com o grupo social, nos quais diversos fatores influenciam, desde o grau de instrução, religião, rede social de pertencimento e a percepção da doença existente (OLIVEIRA, 2002). Dessa forma, o serviço de saúde deve ser aceito socialmente, no sentido de poder ser procurado e legitimado no caso de doença. Semelhante ao conceito de realidade social, a realidade clínica também está em constante mudança, variando conforme o grupo social (OLIVEIRA, 2002).

Dessa forma, todos esses elementos contribuíram para as diversas buscas por profissionais e serviços de saúde que resolvessem ou pelo menos amenizassem a enfermidade vivenciada por Luísa. As doenças da vida moderna e das transformações na individualização e socialização da doença estão ligadas aos modos de vida e às condições de trabalho, acarretando uma sobrecarga, denominada como cansaço, nervosismo e depressão (HERZLICH; PIERRET, 1991).

Observa-se que a família extensa favorece a mobilização de recursos sociais, aliada à presença das condições de vida classificadas como superiores, obteve-se assim uma “situação de vida” igualmente superior. No entanto, esses fatores não garantem a capacidade de reação do indivíduo frente às dificuldades, nem a circulação de recursos que colaborem para sua reprodução social, pois como fator limitante Luísa vivencia um processo biológico de depressão que prejudica seu potencial de lutar e resistir, e existe uma lacuna no mediador que a auxilie nessa superação, o qual pode ser representado por um familiar, amigo ou até mesmo um profissional de saúde.

Assim, a forma como são operacionalizadas no cotidiano essas relações de mobilidade e imobilidade, laços de medo versus confiança, solidão e amizade configuram a interação na arena do dia-a-dia, em que recursos materiais e imateriais

não são isolados, mas interagem constantemente, mediando e sendo mediados nas diversas situações da vida.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste estudo conhecer e compreender as necessidades em saúde constitutivas das práticas terapêuticas e do apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes na comunidade de Rincão dos Maia, Canguçu/ RS. Assim, as especificidades locais desse Município apresentadas na problemática, por meio do PROINTER, engendram a complexa inter-relação entre o sistema natural e social, apontando, em parte, para grupos heterogêneos em aspectos econômicos, no entanto, identificados pelo contexto cultural, que media suas concepções e práticas em saúde.

Ao concluir essa pesquisa de leituras acerca da temática, observações, falas e reflexões das experiências vivenciadas junto aos moradores de Rincão dos Maia, observou-se a relevância de se conhecer os determinantes sociais em saúde, por meio das condições de vida materiais e dos aspectos subjetivos dos processos cotidianos, intermediados pelas relações sociais e culturais locais, que se configuram em diferentes situações de vida.

Acredita-se que essa configuração aproxima-se, não apenas de fatores macrossociais, como também da noção do micro, no estabelecimento das relações entre estas pessoas e a busca por cuidados de saúde, cujo entendimento torna-se imprescindível para a compreensão das experiências do cotidiano, que refletem a maneira de levar a vida, em que a saúde e doença resultam dessa interação de fatores ligados às condições e situações de vida. Tais considerações, não têm o propósito de dar por encerradas as discussões, já que a temática é ampla, instigante e permite muitas outras análises, leituras e contribuições.

Assim, os resultados encontrados em relação à caracterização sociodemográfica da população estudada evidenciaram a prevalência do sexo masculino em relação ao sexo feminino, o grupo etário de maior ocorrência situou-se entre 25-59 anos de idade, a maioria das pessoas sempre morou nessa localidade, os anos de estudo predominaram de 1 a 4 anos, a ocupação foi a de agricultor(a), e os arranjos familiares nucleares foram os mais prevalentes. Quanto à morbidade, a mais referida foi a pressão alta, no grupo das doenças cardiovasculares.

Na caracterização socioeconômica definiram-se três níveis de condições de vida: inferior, médio e superior. A maioria das famílias encontrou-se no nível médio,

seguido do nível inferior, com habitações sem forro ou piso, mas a grande maioria do nível médio tem sanitário, diferentemente do nível inferior, em que não há presença desse aparelho. O uso do fogão à lenha torna-se um grande aliado para aquecer o ambiente, visto que a serra do sudeste tem um inverno rigoroso, como também auxilia na economia doméstica no cozimento de alimentos, diminuindo o uso do gás butano. As disparidades nas condições dos domicílios foram evidenciadas durante a coleta de dados, pois um menor número apresentava forro, piso, pintura e não tinha frestas nas paredes.

Ao considerar a escolarização por nível de condições de vida, observou-se maior prevalência de 1 a 4 anos de estudos entre as pessoas de nível inferior, assim como o analfabetismo; as poucas pessoas que estavam estudando ou concluíram o ensino médio encontravam-se no nível superior. Observou-se que esse fato era favorecido pela ausência desse ensino na escola da comunidade e pelo transporte escolar ser pago. Dessa forma, cursar o ensino médio era quase um “luxo” para poucos.

O tipo de produção prevalente visava à subsistência e comercialização, sendo que no nível de vida inferior apenas para subsistência, o que justifica a ocupação de agricultor diarista neste nível, configurando aquele que trabalhava em outras propriedades, por dia, conforme a oferta em épocas de plantio, poda ou safra, e planta pouca quantidade para o seu consumo. Para os agricultores que vivem nesse nível em função das perdas freqüentes nas pequenas propriedades, arrendar ou mesmo plantar de meeiro é “menos arriscado”. A ocupação de comerciante bem como agricultor(a) apenas são encontrados no nível superior. O que ocorre devido ao alto custo para o plantio.

Quanto aos arranjos familiares e nível de vida, os monoparentais foram os mais prevalentes no nível inferior, assim como famílias extensas no superior e nuclear, no nível médio. Essa configuração influenciava as dinâmicas de mobilização de recursos sociais, por meio do trabalho e entreajuda que a família extensa representava: considerando o nível I, II, III de mobilização de recursos sociais, a maioria das famílias da comunidade encontrava-se no nível I, o que menos recursos mobiliza.

A mobilização de recursos sociais, no entanto, não se limitava a fatores mensuráveis, mas englobavam estratégias desenvolvidas pelas famílias por meio da



entreeajuda e pertencimento a outras redes como Igreja ou inclusão em políticas estatais, sendo estas formas de contribuição para a reprodução física e social.

Ao examinar as idades dos chefes das famílias, constatou-se que exceto nas nucleares, eram pessoas com mais de 60 anos, portanto aposentados rurais, significando um aporte financeiro mensal, que para a maioria garantia a alimentação, pagamento de consultas e remédios, como se pôde observar nos itinerários terapêuticos.

Quanto à morbidade referida e nível de vida, a queixa de pressão alta foi preponderante no nível médio, outras doenças cardiovasculares, no superior e problema de visão, álcool, nervos e enxaqueca, labirintite e desmaio, no inferior. Observou-se que, possivelmente, as pessoas de nível de vida médio e superior tivessem mais acesso aos serviços de saúde, e assim, após diagnóstico identificavam seu problema de saúde, enquanto as de nível inferior conviviam com seus denominados “sofrimentos difusos”, os quais eram por elas sentidos e ilegítimos aos olhos de muitos profissionais. Nesse sentido, as desigualdades sociais, entre os níveis de vida prejudicavam os menos favorecidos economicamente, em relação ao direito de acesso universal aos serviços de saúde, os quais estavam longe de desempenhar seu papel na intermediação e identificação dessas desigualdades e nos esforços para compreender e amenizar seus efeitos.

Evidenciou-se, por meio da “situação de vida”, elaborada a partir das condições de vida e mobilização de recursos sociais, a capacidade de os sujeitos expressarem suas crenças, valores e concepções a respeito dos processos de saúde e doença, bem como os seus sentimentos em relação a esses fenômenos. Assim, na conjugação desses níveis observou-se que apesar das diferenças econômicas, esse grupo apresentava uma coesão social, especialmente em sua matriz cultural de trabalhadores rurais.

Para os sujeitos dessa pesquisa, saúde e doença formavam um construto social que incluíam dimensões físicas e subjetivas, por meio de rupturas e formação de identidade, na qual as concepções biológicas incorporaram conceitos de doenças com seus parâmetros biomédicos e de enfermidade, como um processo vivido no cotidiano individual e coletivo. Nesse cotidiano, as condições de vida expressas, como ter “boa moradia”, acesso à alimentação e água, foram aspectos materiais relevantes, mas não determinantes da saúde e da doença, pois evidenciou-se nas estratégias pessoais e coletivas a busca de elementos imateriais, como alegria,

prazer e distração em conversar com amigos e vizinhos, maneiras de ter ou preservar a saúde.

Assim, reconhece-se a complexidade da vida, em que os aspectos materiais traduzidos nas condições de vida precisam ser pensados na formulação de políticas públicas e de saúde, mas sem perder de vista a interação com os desejos e sonhos construídos em um contexto social e cultural local, pois os mesmos constituem e são constituídos por essa interação, entre o material e o imaterial. Acredita-se, na importância do nível local na formulação e implementação de políticas voltadas à emancipação e valorização dos sujeitos, respeitando as barreiras históricas e culturais construídas ao longo do tempo.

Os relatos sobre o trabalho revelam o importante status, a ele atribuído. É referido de forma ambígua, em que favorece tanto a saúde como a doença, pois ao mesmo tempo em que media as interações sociais e materiais, também os expõe as intempéries do clima, e lhes traz preocupações com o plantio, colheita e uso do agrotóxico. O valor simbólico atribuído ao trabalho remete à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva, mas essa atividade pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento.

O sentimento em relação ao estado de saúde independe da presença de uma doença, pois apesar de conviver com seu aspecto crônico, as pessoas se consideram saudáveis, substituindo atividades de trabalho anteriormente exercidas, por outras que consigam desempenhar. No entanto, a sensação de estar adoecido é fortemente vinculada ao modo como se vivência essa enfermidade, assim como o sofrimento por ela decorrente, tendo em vista a incapacidade que este estado impõe, seja ela física ou mental. A alternância entre sentir-se doente ou saudável vem da constatação prática de que nenhum estado é contínuo: ele pode se modificar, como igualmente o dia e a noite, o sol e a chuva. Portanto, a observação do meio natural sinaliza o quão tênue são os estados de saúde e doença.

Identificou-se, nos itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos pesquisados, a busca do alívio de uma doença ou enfermidade, traduzida em seus sinais e sintomas físicos e mentais, os quais na maioria das vezes são plurais, associando os três setores que interligam a sociedade e o sistema de saúde definidos por Helman (2003): o informal, o popular e o profissional. A ordem de escolha ou a opção por apenas um dependerá das experiências vivenciadas pelo sujeito, bem como da influência da família, amigos ou vizinhos. O uso de chás,

afumentação e procura por um curandeiro, advém como primeira tentativa, ou então, pelo insucesso do tratamento profissional. O uso freqüente de consultórios particulares demonstra, para além das escolhas pessoais, as fragilidades do Sistema de Saúde Municipal.

Como observado na descrição dos Serviços de Saúde do Município estudado, existe carência de ações programáticas, refletida nos baixos números de consulta de atenção básica, pois os atendimentos são centralizados por demanda espontânea, em um pronto atendimento de média complexidade e um pronto socorro na cidade de Canguçu. Uma das dificuldades em acessar esses serviços é a geográfica, fato que é acentuado pela oferta reduzida dos horários de ônibus, transporte mais utilizado pela população, juntamente com a moto. Assim, as pessoas precisam criar estratégias, como ir a pé ou endividar-se com um vizinho que tenha carro para ir até esses serviços.

O serviço de saúde local impõe limitações devido aos dias de funcionamento, sendo mais utilizado por usuários portadores de doenças crônicas do que por aqueles em situação aguda. Para os portadores de doenças crônicas, principalmente o diabetes e hipertensão arterial, há acolhimento e distribuição de medicamento em encontro coletivo mensal, coordenado pelo técnico de enfermagem. Ele está incluído na rede de convívio desses, fazendo assim, uma circulação da dádiva, pautada na tríplice obrigação de dar, receber e retribuir, distribuindo remédios, encaminhamento para consultas, em troca de frutas, refeições e gratidão.

Salienta-se a descrença no sistema profissional, evidenciado pela compra de receitas médicas, pois o que interessa é tê-las para adquirir a medicação, ou ainda, pela peregrinação que o indivíduo é levado a fazer, até que em alguma farmácia alguém o acolha e escute, e a partir daí ele passe a perceber-se melhor. Existe a necessidade de que os profissionais sejam capazes de exercer a boa clínica, sem excluir a escuta ativa, imprescindível ao diálogo entre profissional e paciente.

Acredita-se na riqueza do encontro entre conhecimentos, que atribuem poder diferentemente a profissionais e usuários. Para isso, a aproximação do significado das práticas populares deve somar-se às profissionais, na amenização do sofrimento humano. Ao mesmo tempo em que se espera disponibilidade e respeito nesse encontro, não se isenta a organização e oferta dos serviços. Assim, o potencial estratégico desses serviços precisa ser planejado pelos gestores

municipais visando o acesso universal e equânime da população, bem como a integração de ações intersetoriais que melhore a qualidade de vida.

No que se refere às redes de apoio social do grupo observado, os serviços de saúde se fazem presentes, embora

personificados em uma ou outra pessoa. Se por um lado, isso é positivo, pelo vínculo estabelecido, por outro fragiliza, pois não é uma política institucional, sendo motivo de conflito e rechaço.

Os recursos circulantes na rede são predominantemente mobilizados por elos familiares e de vizinhança, procurando atenuar os problemas sentidos e expressos, tanto em relação à reprodução física, como social. As relações familiares são constituídas por fortes laços de pertencimento e sociabilidade; quando a família se apresenta fragilizada, normalmente por sua estrutura de tamanho reduzida, os vizinhos a integram. Sua principal atuação ocorre na entreaajuda, seja para as atividades de labor, durante plantação e colheita, no acompanhamento de hospitalização ou ainda no aluguel do carro para levar até a cidade, nas situações de doença.

Observa-se que as famílias extensas possuem maior capacidade para a reprodução física, baseada nas atividades de trabalho, divididas entre seus membros. No entanto, as relações sociais independem do tamanho da família, aproximando-se mais da forma como as pessoas se sentem no mundo, em relação a sua autoconfiança e às relações estabelecidas. Nesse sentido, pode-se pensá-las como expressa Caillé (2002):

Ao estabelecerem relações determinadas pelas obrigações que contraem quando se aliam e ao se darem uns aos outros, submetem-se à lei dos símbolos que criam e põem em circulação. Os seres humanos produzem simultaneamente sua individualidade, sua comunidade e o conjunto social em cujo seio se exerce a sua rivalidade (CAILLÉ, 2002, p.67).

Assim, a vida coletiva no formato de rede congrega relações interpessoais de amizade e camaradagem, como também permite a circulação de sentimentos, como ressentimento e abandono entre seus membros.

A presença do Estado nas políticas redistributivas, na Previdência Social e no fortalecimento da agricultura é incluída nas redes de apoio social das famílias estudadas, como um fator de acesso a bens e serviços, permitindo visibilidade perante a sociedade. Outra forma de adquirir visibilidade e reconhecimento, sem excluir a primeira, é a participação em uma Congregação religiosa, que permite uma

identidade social, prestação de serviços e a promessa de uma vida melhor no porvir, recompensando as penúrias terrestres.

Salienta-se a importância de se conhecerem as redes sociais em que os sujeitos estão incluídos, como forma de compreender suas estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde, pois estas redes revelam muito do contexto sócio-cultural e histórico das comunidades locais. Assim, tem-se a intenção de divulgar os resultados deste estudo, propondo discussões a partir de experiências locais, enfocando o cotidiano, como uma forma de integrar nos determinantes sociais de saúde não apenas as condições, mas igualmente as situações de vida das populações socialmente excluídas, como as do meio rural.

Acredita-se que uma das contribuições do presente estudo é a visibilidade dada e esse segmento social, não apenas ao seu perfil sociodemográfico, socioeconômico e de saúde, como a seus significados e sua aplicabilidade no cotidiano. Enfatiza-se, assim, a necessidade de considerar o significado do fenômeno saúde e doença como ferramenta imprescindível para a formulação de programas de promoção e prevenção à saúde da população, em especial a rural, devido às suas dificuldades funcionais e geográficas em acessar serviços. Os resultados desta investigação podem servir de base para pesquisas posteriores com grupos diferenciados, focalizando essa temática e a sua inter-relação com a dinâmica social.

Ao concluir este estudo percebe-se, no elevado número de informações, a possibilidade de se aprofundarem as questões aqui trabalhadas, sendo as mesmas resultantes de um processo de construção permanente do conhecimento. Contudo, espera-se que este trabalho sensibilize os profissionais de saúde e gestores na valorização dos determinantes subjetivos em saúde, aqui estudados por meio das concepções e práticas em saúde na comunidade pesquisada.

## REFERÊNCIAS

14ª Reunião Interamericana a nível Ministerial en Salud y Agricultura. México, D.F., 21 y 22 de abril de 2005. **Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud** [relatório].

ACIOLI, S. Os Sentidos das práticas populares voltadas para saúde e doença. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006b. p. 187-203.

ACIOLI, S. Os Sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006a. p. 57-166.

ALMEIDA FILHO, N. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 143-156.

ALMEIDA, J. *et al.* Pesquisa interdisciplinar na pós-graduação: (des)caminhos de uma experiência em andamento. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 116-140, 2004.

ALMEIDA, J. Prefácio: por um novo sentido à prática da agricultura. *In*: ALTIERI, Miguel. **Agroecologia: a dinâmica produtiva da agricultura sustentável**. 5. ed. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 01-06.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre as representações e práticas em saúde/doença. *In*: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ Relume Dumará, 1998. p.107-122.

ANAND, S. The concern for equity in health. *In*: ANAND, S.; PETER, F.; SEN, A. **Public Health, Ethics, and Equity**. New York: Oxford University Press, 2004. p. 15-20.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

ASSIS, A. M. O. *et al.* Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, supl. 1, p. 28-42, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004a.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3. p.16-29, 2004 b.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária passo a passo**. Fortaleza: LCR, 2005.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.11. n. 4, p. 911-926, 2006.

BARSAGLINI, R. A. O viver com diabetes. *In*: CANESQUI, A M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecimentos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 53-85.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.71-80, 2005.

BENJAMIN, C. *et al.* **A opção brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1998.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de saúde – demográficas e socioeconômicas. 2000**. Disponível em: <<http://www3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359ª1B379C6D0E0F359G23H011Jd6L26M0N&VInclude=/site/infsaude.php>> . Acesso em: 5 nov. 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Mapa do analfabetismo no Brasil**. Brasília: MEC, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores de morbidade e fatores de risco. 2006**. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/d27>>. Acesso em 20 nov. 2008.

BRASIL. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1996.

BRICEÑO-LEÓN, R. Quatro modelos de integração de técnicas qualitativas e quantitativas de investigação nas Ciências Sociais. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 157-183.

BUSS, P. M. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. F. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAILLÉ, A. **Antropologia do dom: o terceiro paradigma**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CAILLÉ, A. O dom entre interesse e desinteressamento. *In*: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. (Orgs.). **Polifonia do dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006. p. 25-66.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.



CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. de. Das Necessidades de saúde à demanda socialmente construída. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1260-1268, 2005.

CANESQUI, A. M. Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos. *In*: CANESQUI, A. M. (Org.). **Olhares socioantropológicos sobre os adoecimentos crônicos**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 19-51.

CASTRO, A. L. *et al.* “Mulher, mulher: saúde, trabalho, cotidiano. *IN*: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de S. (Orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 141-152.

CECÍLIO, L.C.de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os Sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 113-126.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

CHAMMÉ, S. J. O corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.2, p.1-12, 2002.

CHAUÍ, M. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CNS. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, 1986. Disponível em: <<http://www.conselhode saude.gov.br/biblioteca/relatorios>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

COELHO, M. T. Á. D; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2. p. 315-333, 2002.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final**. 2008. Disponível em: <[www.http://determinantes.fiocruz.br](http://determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em: 20 nov. 2008.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. 2005. Disponível em: <[www.http://determinantes.fiocruz.br](http://determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em: 15 mar. 2007.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Disponível em: <[www.http://determinantes.fiocruz.br](http://determinantes.fiocruz.br)>. Acesso em: 15 mar. 2007.

CORBIN, J. M. The Body in Health and Illness. **Qualitative Health Research**, v. 13, n. 2, p. 256-267, 2003.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 642-657, 2002.

DAHLGREN, G., WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DEGENNE, A.; FORSE, M. **Les réseaux sociaux: une analyse structurale en sociologie**. Paris: Armand Colin, 1994.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n. 54, p 7-11, 1986.

DELGADO, G. A pesquisa de avaliação da previdência social rural contextualizada. *In*: DELDADO, G; CARDOSO JÚNIOR, J. C. (Orgs.). **A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90**. 2. ed. Brasília: IPEA, 2003. p. 18-40.

DIAS, G. *et al.* A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde–doença. **História, Ciências, Saúde–Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p.779-800, 2007.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 38. n. 2, p. 284-291, 2004.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 7, p. 1603-1612, 2007.

DONABEDIAN, A. **A introduction to quality assurance in health care**. Oxford University Press, 2003.

DUARTE, C. E. *et al.* **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília: OPS, 2002.

ESTENSSORO, L. **Capitalismo, desigualdade e pobreza na América Latina**. 2003. 286 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FARIA, N. M. X. *et al.* Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: um estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16. n. 1, p.115-128, 2000b.

FARIA, N. M. X. *et al.* Trabalho rural, exposição a poeiras e sintomas respiratórios entre agricultores. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40. n. 5, p. 827-836, 2006.

FARIA, V. Prefácio. *In*: KLIKSBURG, B (Org.). **Desigualdade na América Latina: o debate adiado**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000a. p. 9-11.

FEHLBERG, M. F; SANTOS, I. S. dos; TOMASI, E. Acidentes de trabalho na zona rural de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17. n. 6, p.1375-1381, 2001.

FIALHO, M. A. V. **Rincões de pobreza e desenvolvimento: interpretações sobre comportamento coletivo**. 2005. 213 f. Tese (Doutorado em Sociologia Rural). Instituto de Ciências Humanas e Sociais – Curso de Pós graduação em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

FONTES, B. Sobre trajetória de sociabilidade: a idéia de rede se saúde comunitária. *In*: MARTINS, P. H.; FONTES, B. (Orgs.). **Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004. p. 121-142.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FRANCO, L. J. (coord.). **Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil** – “Censo de Diabetes”. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP e Organização Panamericana de Saúde - OPAS. Brasília, 2006. Disponível em:<  
[http://www.diabetes.org.br/sucessos/apresentacao\\_estudomulticentrico.php](http://www.diabetes.org.br/sucessos/apresentacao_estudomulticentrico.php)> .  
Acesso em: 25 out. 2008.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **Índice de desenvolvimento socioeconômico (Idese 2005)**. Disponível em:  
<[www.http://fee.tche.br/Sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_idese.php?ano=2005](http://www.fee.tche.br/Sitefee/pt/content/estatisticas/pg_idese.php?ano=2005)> .  
Acesso em: 20 jan. 2009.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. **População, 2008**. Disponível em<  
[www.http://fee.tche.br/Sitefee/pt/content/estatisticas/pg\\_populacao\\_tabela\\_02.php](http://www.fee.tche.br/Sitefee/pt/content/estatisticas/pg_populacao_tabela_02.php)  
> Acesso em: 22 out 2008.

GERHARDT, T. E. (coord.). **Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde**. Ministério da Ciência e Tecnologia, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e do Departamento de Ciência e Tecnologia. Porto Alegre, 2006a. Texto não publicado. Projeto de pesquisa.

GERHARDT, T. E. **Anthropologie et santé publique: approche interdisciplinaire – pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil**. 2000. 362 f. Tese (Docteur en Ethnologie, option Anthropologie sociale et culturelle) – Université de Bordeaux 2. Bordeaux, 2000.

GERHARDT, T. E. **Da saúde pública à antropologia**. Porto Alegre, 2007a. Texto não publicado.

GERHARDT, T. E. *et al.* **A utilização de serviços de saúde de Atenção Básica em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em Sistemas de Informação**. 2008a. Texto não publicado.

**GERHARDT, T. E. et al.** Descrição das Notificações de Atenção Básica dos Municípios em Estudo, conforme Dados Secundários - Datasus e Portaria 1.101/02 - GM/MS. **Porto Alegre, 2008b. Texto não publicado. Relatório de pesquisa realizado na Escola de Enfermagem da Universidade do Rio grande do Sul.**

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. *IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.* Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007b. 401 p. p. 279-300.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11 p. 2449-2463, nov., 2006b.

GERHARDT, T. E. Situações de vida, pobreza e saúde: estratégias alimentares e práticas sociais no meio urbano. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 713-726, 2003.

GERHARDT, T. E.; LOPES, M. J. M. **Desigualdades sociais e de saúde:** elementos para análise interdisciplinar. Porto Alegre, 2008. Texto não publicado.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. **O inquérito:** teoria e prática. 3 ed. Portugal: Celta, 1997.

GODBOUT, J. T. **O espírito da dádiva.** Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

GODLIER, M. **O enigma do dom.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Editores S.A., 1982.

GOODMAN, D. Economia e sociedades rurais a partir de 1945. *In: BACHA, E. L.; KLEIN, H. S. (Orgs.). A transição incompleta: Brasil desde 1945.* Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986. p. 113-173.

GRAHAM, H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 82, n. 1, p. 101-124, 2004.

GUIMARÃES, M. B. Feminização da pobreza e religiosidade. *In*: VALLA, V.V; STOTZ, E. N; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. p. 169-189.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 37-56.

GUIZZO, B. S *et al.* O software QSR NVivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p.53-60, 2003.

GUS, I; FISCHMANN, A; MEDINA, C. Prevalence of risk factors for coronary artery disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Rio de Janeiro, v. 78.n. 5, p. 484-490, 2002.

HEGEL, G. W. F. **A fenomenologia do espírito**. Petrópolis: Vozes, 1992.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HERZLICH, C. Saúde e Doença no Início do Século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.383-394, 2004

HERZLICH, C., PIERRET, J. **Malades d’hier, malades d’aujourd’hui: de la mort collective au devoir de guérison**. Paris : Éditions Payot, 1991.

IBGE. **Perfil das mulheres responsáveis pelo domicílio no Brasil, 2000**. Rio de Janeiro: IBGE 2002c.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

IBGE. **A população rural e a previdência social no Brasil: uma análise com ênfase nas mudanças constitucionais**. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. **Censo demográfico 2000: características da população e dos domicílios – resultado do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 1996.

IBGE. **Censo demográfico 2000: resultados da amostra.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. **Conceitos e definições: censo demográfico 2000.** Rio de Janeiro: IBGE, 2002a.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio no Brasil, 2000.** Rio de Janeiro: IBGE 2002b.

IPEA. **Políticas sociais: acompanhamento e análise.** Brasília: IPEA, 2008.

KASSOUF, A. L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. **Revista de Economia Rural**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 29-44, 2005.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.** Berkeley: University of California Press, 1988.

LACERDA, A. *et al.* As redes participativas da sociedade civil no enfrentamento dos problemas de saúde-doença. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 445-457.

LACERDA, A. *et al.* Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio social. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007. p. 249-262.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 279-291.

LALONDE, M.. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Minister of Supply and Services Canadá, 1974.

LEVIGARD, Y. E.; ROZEMBERG, B. A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1515-1524, 2004.

LINHARES, C. F. S. Políticas de conhecimento na política da escola: perspectivas para a formação de professores. **Revista de Ciência e Educação**, Campinas, v. 16, n. 50, p. 170-190, 1995.

LOPES, M. J. M. Do poder normativo à concepção de desenvolvimento humano – a busca da sustentabilidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p.123-129, 1999.

LOPES, M. J. M. **Les soins: images et réalités – lê quotidien soignant au Brésil**. 1993. 711 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Université de Paris VII, Paris, 1993.

LARAIA, R. de B. **Cultura: um conceito antropológico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

MACHADO, L. Z. Dádivas, conflitualidades e hierarquias na saúde. *In*: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. (Orgs.). **Polifonia do dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006. p.257-284.

MACINTYRE, S.; DER, G.; NORRIE, J. Are there socioeconomic differences in responses to a commonly used self report measure of chronic illness? **International Journal of Epidemiology**, London, v. 34, n. 6, p. 1284-1290, 2005.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. de C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p.1415-1421, 2007.

MARTINS, P. H. Ação pública, redes e arranjos familiares. *In*: FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006. p. 9-22.

MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. Apresentação. *IN*: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. (Orgs.). **Polifonia do dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006. 300 p. p.257-284.

MATTOS, R. A. de. Direito, necessidade de saúde e integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 33-46.



MATTOS, R.A. de. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006a. p. 103-117.

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MCCARTHY, M. Urban development and health inequalities. **Scand J Public Health**, London, v. 30, n. 3, p. 59-62, 2002. Disponível em: <<http://www.informaworld.com/smp/title~content=t713684341>>. Acesso em: 05 mai. 2007.

MELO, E. M. de. Ação comunicativa, democracia e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 167-178, 2005.

MENEZES, M. A reciprocidade e a economia moral: repensando a teoria do campesinato. *IN*: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R.B.C. (Orgs.). **Polifonia do dom**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2006. p. 209-233.

MINAYO, M. C. de S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. *In*: MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p.19-51.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. Saúde doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p.363-381, 1988.

MINAYO, M.C. de S.; MINAYO-GOMEZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H. de A. (Orgs.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-142.

MONTOYA-AGUILAR, C. Aspectos de salud y su relación con ruralidad: rural health in Chile. **Cuadernos Medico Sociales**, Santiago do Chile, v. 47, n 2, p. 58-67, 2007. Disponível em: < [http:// www. colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl) >. Acesso em: 14 nov. 2007.

NAVARRO, Z. O desenvolvimento rural no Brasil: os limites do passado e os caminhos do futuro. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 15, n. 43, p. 83-100, 2001.

NÉRI, M. C. **Trata Brasil: saneamento e saúde**. Rio de Janeiro: FGV, IBRE, CPS, 2007.

NÉRI, M; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. supl., p. 77-87, 2002.

NGUYEN, V. L.; PESCHARD, K. Anthropology, inequality, and disease: a review. **Annual Review Anthropology**, v.32, p.447-474, 2003.

NOVAKOSKI, L. E. **A desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, A. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: OPS, IPEA, 2001.

OLIVEIRA, F. A. de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n.10, p.63-74, 2002.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERES, F. *et al.* Percepção das condições de trabalho em uma tradicional comunidade agrícola em Boa Esperança, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1059-1068, 2004.

PIATTO, V. B. *et al.* Genética molecular da deficiência auditiva não-sindrômica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 71, n.2, p. 216-223, 2005.

PIGNATTI, M. G.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 83-94, 2008.

PIMENTA, A. M. *et al.* Associação entre obesidade central, triglicérides e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 90. n. 6, p. 419-425, 2008

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Os Sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p.65-112.

PINHEIRO, R. *et al.* Demanda em Saúde e Direito à Saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 11-31.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. Construção Social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Orgs.). **Construção Social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005. p. 5-7.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGUAL, S. Quanto vale o capital social? O papel das redes informais na provisão de recursos. *In*: FONTES, B.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Redes, práticas associativas e gestão pública**. Recife: Editora da Universitária da UFPE, 2006. p. 51-75.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade**: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1989.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008; **combater as alterações climáticas**: solidariedade humana num mundo dividido. Nova Iorque, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório do desenvolvimento humano 2006; **a água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água**. Nova Iorque, 2006.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESAROLLO. Informe sobre desarrollo humano 2005; **la cooperación internacional ante una encrucijada ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual**. Madrid, 2005.

RAYNAUT, C. Interfaces entre a antropología e a saúde: em busca de novas abordagens conceituais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 149-165, 2006.

RECENA, M. C. P.; CALDAS, E. D. Percepção de risco, atitudes e práticas no uso de agrotóxicos entre agricultores de Culturama, MS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 294-301, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre: SEGRAC, 2002.

ROCHA, L. **Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS: (des) construindo idéias, repensando novos desafios**. 2006. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de “sofrimento” e representação cultural da doença na construção da pessoa. *In*: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 137-149.

ROESE A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROTOLI, A. **Trajetórias terapêuticas e redes sociais de pacientes portadores de câncer: assimetrias no atendimento em um município da região noroeste do Rio Grande do Sul**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SAMAJA. **A reprodução social e a saúde:** elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das “relações” entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SANTOS, D. L. **Produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de 2006.** 65 f. Trabalho de conclusão (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SCHNEIDER, S. A abordagem territorial do desenvolvimento rural e suas articulações externas. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 6, n. 11, p. 88-125, 2004.

SCHNEIDER, S; FIALHO, M. A. V. Pobreza rural, desequilíbrios regionais e desenvolvimento agrário no Rio Grande do Sul. **Teoria e Evidência Econômica**, Passo Fundo, v.8, n.15, p.117 - 149, 2000.

SCHWARTZ, M.; SCHWARTZ, C. G. **Problems in Participant Observation.** **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 60, n. 4 p. 343-53, 1995.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SEN, A. **Desigualdade reexaminada.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, J. A da. **O idoso do município de Arambaré – RS:** um contexto rural de envelhecimento. 2005. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SILVA, J. B. da; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, Washington, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

SILVA, L. P. A.; QUEIROS, F.; LIMA, I. Fatores Etiológicos da Deficiência Auditiva em Crianças e Adolescentes de um Centro de Referência APADA em Salvador-BA. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia.** São Paulo, v. 72, n. 1, p. 33-36, 2006.

SILVA, M. K; SCHNEIDER, S. A participação dos agricultores nas políticas de desenvolvimento rural: a experiência recente dos Conselhos Municipais e os impactos do PRONAF – Infra-estrutura e Serviços. *In:* Schneider, S.; Silva, M.K.;

Marques, P.E.M. (Orgs.). **Políticas públicas e participação social no Brasil rural**. Porto Alegre: UFRGS, 2004. p. 147- 174.

SILVA, N. do V. O esquema analítico e a classificação ocupacional. *In*: HASENBALG, C.; SILVA, N. do V. (Orgs.). **Origens e destinos: desigualdades sociais ao longo da vida**. Rio de Janeiro: TOPBOOKS, 2003. p. 37-54.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SOARES, W. L.; FREITAS, E. A. V. de; COUTINHO, J. A. G. Trabalho rural e saúde: intoxicações por agrotóxicos no município de Teresópolis - RJ . **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43. n. 4, p. 685-701, 2005.

SOUZA, A. C. de. **Como manda o figurino: práticas entre idosos de Porto Alegre**. 2005. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, A. C. de. LOPES, M. J. M. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** , São Paulo, v. 41, n. 1, p. 52-56, 2007.

SOUZA, M. de; NASCIMNETO, C. A. do. Ocupações e renda das famílias rurais e agrícolas do estado do Paraná. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, Curitiba, n.112, p.73-91, 2007.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S. Mulher e trabalho: a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latina de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.1, v. 5, p. 593-600, set.-out, 2003.

STEAGALL-GOMES, D. L.; MENDES, I. J. M. A força de trabalho da mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1/3, p. 61-74, 1995.

STOTZ, E. N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito** (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). 1991. 765f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

STOTZ, E. N. Ações de solidariedade na saúde: semântica, política e ideologia diante da pobreza e da doença. *In*: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H. de A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e**

abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 349-361.

THEME FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. de. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 73-81, 2008.

TRAVASSOS, C. *et al.* Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. p. 133-146, 2000.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23. n. 10, p. 2490-2502, 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

UNITED NATION. DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. POPULATION DIVISION. **World ageing**: 1950-2050. New York: United Nations, 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing/19502050/pdf/05brazil.pdf>>. Acesso em: 20 out 2008.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. Human Development Report 2006. **Beyond scarcity**: power, poverty and the global water crisis. New York, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Ciências Econômicas. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável**: contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio grande do Sul. Relatório técnico. Porto Alegre, 2002.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. de (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006b. p. 103-117.

VALLA, V.V. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas *In:* GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H. de A. (Orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.363-378.

VALLA, V.V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. *In:* VASCONCELHOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39-62.

VALLA, V.V. Globalização, a questão social e a nova pobreza. *In:* VALLA, V.V; STOTZ, E. N; ALGEBAILLE, E. B. (Orgs.). **Para compreender a pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Contraponto: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. p. 33-52.

VEIGA, G. V. da; BURLANDY, L. Indicadores sócio-econômicos, demográficos e estado nutricional de crianças e adolescentes residentes em um assentamento rural do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17.n. 6, p. 1465-1472, 2001.

VERDUM, R. *et al.* **Desenvolvimento rural na 'Metade Sul' do Rio Grande do Sul:** sistemas de relações, mecanismos e dinâmicas sociais e naturais. 2008. Texto não publicado.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.7. n. 4, p. 607-621, 2002.

VILARINO, M. A. M. **A (re) volta da vacina:** eficácia e credibilidade social da vacinação contra influenza entre idosos em Porto Alegre. 2002. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

WESTERT, G. P. *et al.* Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch National Survey of General Practice. **European Journal of Public Health**, v. 15, n. 1, p. 59-65, 2005.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health.** Geneva: WHO, 2000.



**APÊNDICE A – Instrumento para caracterização da população do  
Rincão dos Maia**

<b>SOCIODEMOGRÁFICO</b>						
<b>Moradores no domicílio</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Tempo de moradia</b>	<b>Doença referida</b>
<b>HABITAÇÃO MORADIA</b>						
Tipo de construção (1) madeira (2) mista (3) alvenaria (4) outro material _____						
Nº de cômodos _____ Nº de quartos _____						
Luz elétrica (1) sim ( 2) não						
Água encanada (1) sim ( 2) não . De onde provém? _____						
Esgoto (1) fossa séptica (2) canal de escoamento (3) outros _____						
Sanitário (1) dentro de casa com descarga (2) dentro de casa sem descarga (3) fora de casa com descarga (4) fora de casa sem descarga/casinha						
Destino do lixo (1) coletado (2) queimado (3) jogado (4) enterrado (5) outros _____						
<b>PRODUÇÃO</b>						
O que produz na propriedade (1) nada (2) para subsistência (3) para comercialização. O quê? _____						
<b>TRANSPORTE</b>						
Qual a família mais utiliza (1) automóvel (2)ônibus (3) carroça (4) bicicleta (5) outro _____						

## APENDICE B – Instrumento para coleta de dados qualitativos

Data:

Família:

### **Necessidades de saúde**

a) Definições e classificações da saúde e da doença. Quais são as distinções feitas (definição de saúde e de doença), quais os limites dos diferentes estados (estar doente, estar com saúde).

b) Existem relações com o corpo biológico e com o espírito? Quais são?

c) Quais as principais causas das doenças? De onde vêm as doenças? Qual sua origem?

d) Quais os fatores influenciam a saúde? O que considera prejudicial à saúde?

e) Para você qual a importância da saúde em sua vida?

f) Qual a importância da doença, no caso da pessoa entrevistada com a doença? E no caso de outra pessoa?

g) Quais as normas (da família ou do entrevistado) em relação à saúde e à doença? Qual estado parece mais frequente? Quais sinais preocupam mais?

Grau: grave, benigno, curável incurável, mortal, não mortal, reversível ou irreversível.

Tempo/duração: longa, curta ou média.

Qualidade: dolorosa ou não dolorosa.

h) Que doenças o Senhor (a) considera como grave e quais são leves?

i) Do que mais tem medo na vida? Atingir a integridade física (doença, ferimentos, agressões...), adoção de comportamentos negativos (pólicia...), isolamento, solidão, fracasso escolar/profissional, relação com parceiros (infidelidade, rivalidade...).

j) Quais as doenças de que tem medo (hierarquizar)?

l) Experiência da doença (atual). Considera-se doente, tem boa saúde, não é doente nem tem boa saúde. Experiências diferentes de acordo com idade e sexo.

m) Relate como foi sua experiência da doença (passado). Nunca ficou doente, esteve doente (como a classifica – grau).

n) O que considera como necessidade de saúde e de doença?

### **Práticas terapêuticas**

a) O que costuma fazer para conservar sua saúde?

b) Na presença de um desconforto físico ou emocional, o que faz para aliviá-los? Quando ocorrem pela primeira vez, nas crises e as recaídas? Quais são as práticas terapêuticas adotadas em cada circunstância? Quem procura?

c) Como são realizadas as escolhas terapêuticas (conforme a classificação de grave e leve)?

Setor informal (automedicação, tratamento recomendado por um vizinho, chás...), popular (procurar curandeiros, espiritualistas, benzedadeiras, atividade de cura de

igreja...) e profissional (posto de saúde, PSF, pronto atendimento, hospital, farmácia...). Quais doenças são relacionadas a cada setor?

e) Se o problema de saúde persistir, o que faz?

d) Qual serviço de saúde costuma utilizar? Onde se localiza?

### **Posição da saúde nas redes de apoio social as quais pertence**

a) Com quem fala sobre problemas de saúde? Há quanto tempo conhece essa pessoa? Tipo de relação (familiar, amical, vizinhança, profissional, institucional).

b) Em que situações fala de saúde com essa pessoa?

c) Natureza de ajuda recebida (informativa, material, normativa, valorização)<sup>2</sup>:

d) Frequência de encontros:

e) Ordem de importância das pessoas com quem se relaciona para falar de saúde:

f) Diagrama da estrutura familiar residencial atual:

g) Diagrama das relações familiares atuais (identificar o tipo de relação e a ordem de importância das relações).

---

<sup>2</sup> Informativa – sugestões, conselhos, opiniões. Material – ajudas diretas ou indiretas (empréstimos, prestações de serviços, ajudas diversas). Normativa – que veicula pelas maneiras de fazer, as atitudes e os comportamentos. Afetiva – ou emocional que exprime-se pelos sentimentos, pela amizade ou simpatia. Valorização – ou de afirmação que fundamenta-se na auto-estima e existe graças a imagem de valorização que o outro lhe envia.

**APÊNDICE C – Instrumento para observação participante**

Data:

Família:

**Descrição das práticas e estratégias individuais e familiares frente a um problema de saúde:**

Desenvolvimento do episódio de doença:

Quem ficou doente?

Quem percebeu que a pessoa estava doente?

Sinais e sintomas percebidos:

Causas atribuídas:

Considera essa doença grave ou comum?

Quem decidiu fazer alguma coisa?

A que procurou?

Descrição das redes sociais existentes e a quais tipos de problemas de saúde são por elas mobilizadas (redes de entre - ajuda familiares e comunitárias):

## APÊNDICE D – Variáveis sociodemográficas: categorias e agrupamentos

- sexo: masculino e feminino;

- idade: das descritas pelos entrevistados utilizaram-se de recortes etários propostos pelo IBGE (1999, 2002) para análise, 0-14 anos de idade, crianças, de 15 a 24, jovens, 25-59, adultos e idosos de 60 anos ou mais para análise estatística bivariada;

- tempo de vida na comunidade: foi analisado como nasceu no Rincão dos Maia, mais de cinco e menor de cinco;

- ocupação: foram descritas pelos entrevistados e agrupadas para análise estatística bivariada em agricultor(a), aposentado(a), Agricultor(a) diarista, estudante, do lar, diarista, comerciante e outros. Considerou-se agricultor diarista quem planta em sua propriedade e trabalha como diarista em outras e apenas diarista aquele que nada planta e trabalha em outras propriedades. Tais categorias foram adaptadas da classificação do IBGE (s/d) para posição na ocupação.

- anos de estudo: a correspondência foi adaptada de IBGE (2002) de forma que cada série concluída com aprovação correspondeu a 1 ano de estudo. As pessoas que declararam não terem estudado ou não obtiveram aprovação na 1ª série foram denominadas analfabetas;

- responsável pelo domicílio: foi considerada a pessoa que o entrevistado identificou como tal (IBGE, s/d).

- morbidade referida: a morbidade referida foi obtida por meio da simples informação sobre a ocorrência ou não por sintomas ou doença (PINHEIRO, *et.al*, 2002).

- tipo de família: ocorreu com o agrupamento em quatro categorias sugeridas por Gerhardt (2000) das 12 descritas nas entrevistas:

<b>Categorias</b>	<b>Sub categorias (descritas nas entrevistas)</b>	<b>Número de famílias</b>	<b>Número de pessoas</b>	<b>%</b>	<b>Tamanho médio das famílias</b>	<b>Total de pessoas</b>
<b>Pessoas que vivem sozinhas</b>	a) pessoas que vivem sozinhas	a) 12	a) 12	a) 1,5	a) 1 hab/dom	134
	b) Casais sem filhos	b) 42	b) 84	b) 10,3	b) 2 hab/dom	
	c) Casal sem filhos que vivem com sogro(a)	c) 4	c) 16	c) 2,0	c) 4 hab/dom	
	d) Casal sem filhos e cunhados	d) 2	d) 7	d) 0,9	d) 2,33 hab/dom	
	e) co-residentes aparentados (irmãos, primos)	e) 4	e) 15	e) 1,8	e) 3,75 hab/dom	
<b>Famílias monoparentais</b>	a) Pessoas sem cônjuge que vivem com os filhos e/ou netos	a) 29	a) 72	a) 8,8	a) 2,48 hab/dom	146
	b) Pessoas sem cônjuge que vivem com filho(s) e nora (s)	b) 4	b) 16	b) 1,9	b) 4 hab/dom	
	c) Pessoas sem cônjuge que vivem com os filhos+ netos+genro/nora+sobrinho(a)	c) 11	c) 58	c) 7,1	c) 5,27 hab/dom	
<b>Famílias nucleares</b>	Casais com filhos	117	445	55,2	3,81 hab/dom	445
<b>Famílias extensas</b>	a) Casal com filhos e cunhados	a) 3	a) 16	a) 2,0	a) 5,33 hab/dom	89
	b) Casal com filhos + avós	b) 10	b) 54	b) 6,6	b) 5,4 hab/dom	
	c) Casal com filhos + netos+genro/nora+sobrinho(a)	c) 3	c) 19	c) 2,3	c) 6,33 hab/dom	
<b>Total</b>		241	814	-	3,38 hab/dom	814

**APÊNDICE E – Variáveis utilizadas para compor a representação do nível de vida das famílias entrevistadas**

Tipo de construção da moradia	0= madeira 1= mista 2= alvenaria
Condições da moradia	0= sem piso ou forro 2= frestas ou rachaduras 4= sem reboco ou pintura 6= boas condições
Número de pessoas/dormitório	0= > 2 1= ≤ 2
Luz elétrica	0= não 1= sim
Água encanada	0= não 1= sim
Destino dos efluentes	0= nada 1= vala a céu aberto 2= sumidouro
Sanitário	0= não há 2= fora de casa, sem descarga (“casinha”) 4= com descarga, fora ou dentro de casa
Destino do lixo	0= jogado ou enterrado 1= queimado 2= coletado
Tipo de produção	0= nenhum 1= subsistência 2= comercialização 4= subsistência e comercialização
Produção para subsistência	0= nada 1= 2 a 3 produtos 2= 4 ou mais
Transporte que a família mais utiliza	0= carona, bicicleta ou carroça 1= moto ou ônibus 3= automóvel ou caminhão
Pontuação mínima-máxima	0 - 28
Pontos de corte: <14 14-22 >22	Inferior Médio Superior



**APÊNDICE F – Variáveis utilizadas para compor a representação do nível de mobilização de recursos sociais**

Tipo de família	0= pessoas que vivem sozinhas + monoparentais 4= nucleares + extensas
Ocupação	0= diarista + estudante + do lar + outras 1= aposentado + agricultor diarista 2= agricultor + comerciante
Tempo de vida na comunidade	0= < 5 anos 1= > 5 anos 3= nasceu no rincão dos Maias
Pontuação mínima-máxima	0 – 9
Pontos de corte: <6 6-8 9	I II III

## APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado(a) pela mestrande Deise Lisboa Riquinho, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt. O estudo desenvolvido é intitulado “NECESSIDADE DE SAÚDE, PRÁTICAS TERAPÊUTICAS E APOIO SOCIAL EM UMA COMUNIDADE RURAL NO SUL DO BRASIL”, cujo objetivo é conhecer e compreender as necessidades de saúde, o uso das práticas terapêuticas, a mobilidade e o apoio social na comunidade de Rincão dos Maia, Canguçu/ RS.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com famílias dessa localidade, por meio de entrevista e observação das práticas em saúde. A entrevista será gravada e registrada posteriormente por escrito. Fui informado(a) também que, mesmo após o início da entrevista e da observação, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que estas, serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Considerando-me esclarecido em relação a proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Mestranda Deise L. Riquinho

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou

representante legal

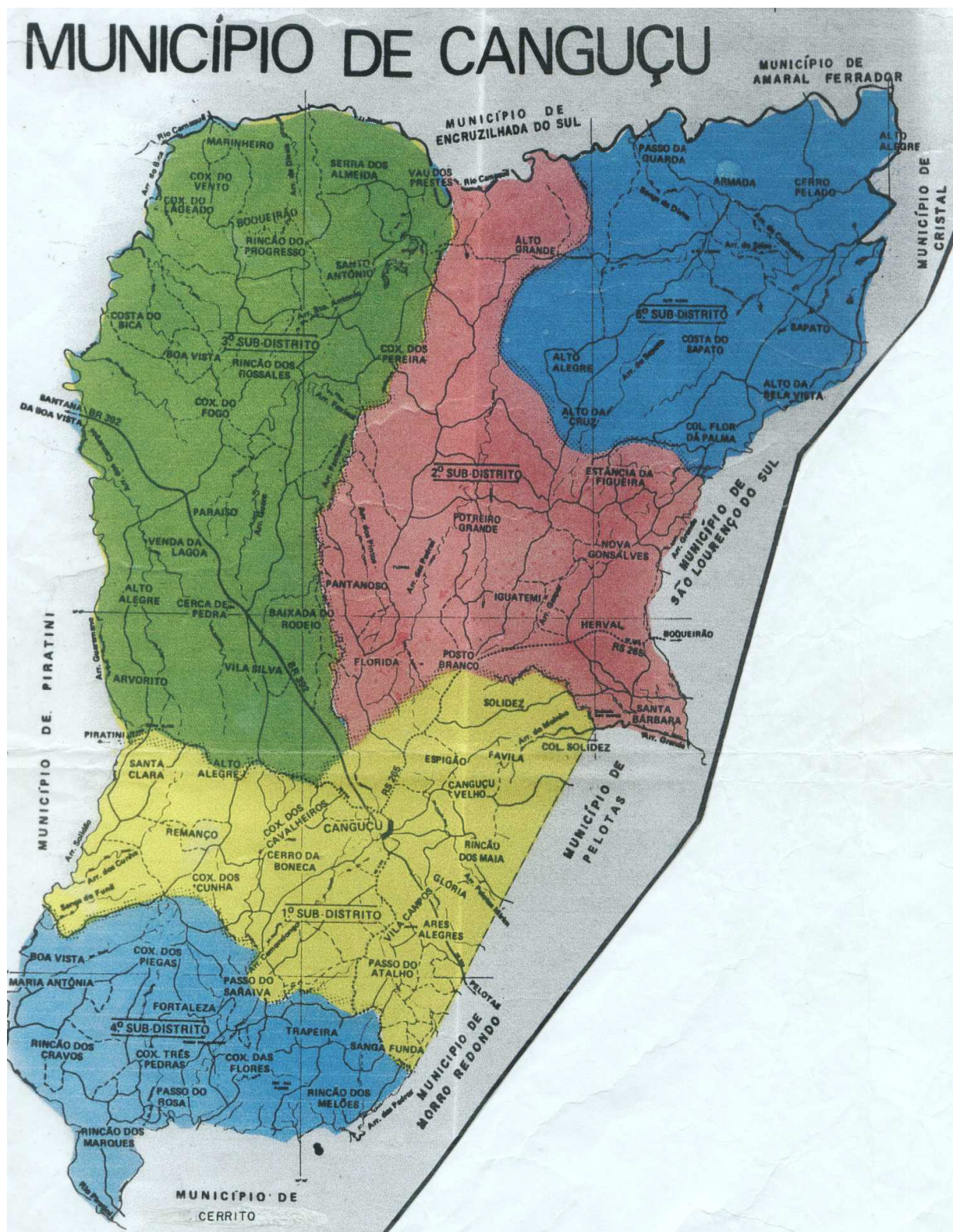
Caso se faça necessário, contato: Rua São Manoel, 963 – Campus da Saúde – Porto Alegre/RS – Fones: (51) 3085481 (horário comercial) Dra. Tatiana.

(51) 96457921 – Mestranda Deise.

### ANEXO A – Localização geográfica do Município de Canguçu



## ANEXO B – Mapa ilustrativo do Município de Canguçu



## ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Projeto-Base



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**CARTA DE APROVAÇÃO**

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

**Número :** 2006656


**Título :** Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde

**Pesquisador (es) :**

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
TATIANA ENGEL GERHARDT	PESQ RESPONSÁVEL	tatiana.gerhardt@ufrgs.br	33085421
ADRIANA ROESE	PESQUISADOR	adiroese@terra.com.br	33085421
DANIEL LABERNARDE DOS SANTOS	PESQUISADOR	daniel.lasantos@pop.com.br	
DEISE LISBOA RIQUINHO	PESQUISADOR	deiselis@terra.com.br	33085421
JULIANA MACIEL PINTO	PESQUISADOR	ju_pinto1@yahoo.com.br	
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA	PESQUISADOR	malice@enf.ufrgs.br	33085421

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 2 , ata nº 82 , de 1/3/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 7 de março de 2007

  
**LUIZ CARLOS BOMBASSARO**  
 Coordenador do CEP-UFRGS