

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Graciele Erthal

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-
DOENÇA SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL**

Graciele Erthal

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Trabalho e gestão em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Carmem Lúcia Colomé Beck

Santa Maria, RS, Brasil
2014

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado

**DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A
ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
RURAL**

Elaborado por
Graciele Erthal

Como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora

**Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller
(Presidente/Orientadora UFSM)**

**Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck,
(Coorientadora UFSM)**

Prof^ª. Dr^ª. Maria Denise Schimith (UFSM)

Prof^ª. Dr^ª. Liane Beatriz Righi (UFRGS)

**Prof^ª. Dr^ª. Suzinara Beatriz Soares de Lima
(Suplente UFSM)**

Santa Maria, 27 de fevereiro de 2014.

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Erthal, Graciele
DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A
ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL
/ Graciele Erthal.-2014.
113 p.; 30cm

Orientadora: Teresinha Heck Weiller
Coorientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2014

1. Processo saúde-doença 2. Determinantes 3. Atenção
Básica 4. Enfermagem I. Heck Weiller, Teresinha 11.
Lúcia Colomé Beck, Carmem 111. Título.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Graciele Erthal. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: gracieleerthal@gmail.com

Com carinho especial e estima, dedico este
trabalho a todas as pessoas que
contribuíram para a concretização deste
estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais esta conquista e por conduzir-me sempre.

Aos **meus pais**, que me incentivaram na busca constante pelo estudo e oportunizaram a tranquilidade nessa caminhada. Eles são meu porto seguro. Obrigado por acreditarem em mim e por compartilharem comigo valores que levarei para vida toda.

Aos **meus irmãos Daniele e Luciano**, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e cuidado comigo. O conforto do abraço estará sempre comigo.

Ao **meu esposo e amigo Alceu...**, nem sempre pude estar presente, agradeço pelo carinho, pela atenção e pelo amor que tens por mim. Obrigado pelo conforto do teu abraço e pelas palavras de incentivo que foram essenciais nessa caminhada. Agradeço por ter me motivado desde o início, pelos conselhos nem sempre seguidos, pela preocupação e por acreditar em mim, no meu potencial. Sou grata pelas contribuições na versão final deste trabalho. Essa conquista é nossa, na construção do nosso futuro juntos. Te amo infinitamente!

Aos amigos **Beth, Greice, Leticia, Simone, Andrea, Ubirajara, Sandro, Viviane...**, é muito bom saber que tenho pessoas assim por perto, com quem posso sempre contar. Obrigado pela amizade, pela diversão nos momentos juntos, pelo carinho e apoio nos momentos de dificuldade. Lembrarei eternamente...

Beth, obrigado por me acompanhar desde que nos conhecemos, pela disponibilidade comigo, tuas palavras aliviaram minhas angústias. Juntas somos nós mesmas, independente do tempo e da distância, estaremos sempre em contato. Nossas conversas refletem que nossa amizade é uma plantinha bem regada.

Andrea e Bira, no simples olhar nos entendemos. Nossa amizade reflete a cumplicidade que temos. Agradeço o carinho e cuidado comigo. Sou grata a Deus por ter conhecido vocês.

À nossa **afilhadinha Amandinha...**, que mesmo sem saber transmitia a pureza e serenidade que acalmaram a ansiedade do meu coração. Tu fostes um lindo presente dos seus pais para nossas vidas, minha alegria nas horas de tristeza e desânimo.

Sandro e Vivi, nossos momentos divertidos, nossos carteados, aliviaram o cansaço da escrita, obrigado pelo apoio e incentivo. Agradeço por estarem comigo sempre.

À nossa **afilhadinha Gabi**, de coração, pequena guerreira, que nos ensina o quanto devemos ser gratos pela vida, pequeno anjo a iluminar nossas vidas.

Aos amigos **Rosana e Dau**, por todo apoio neste trabalho, pela amizade, pela tranquilidade e conselhos que asseguraram a continuação e conclusão deste estudo. A vocês todo o carinho. Não basta dizer amigo, foi bom ter vocês ao meu lado nesse período.

À **Profª. Drª. Silviamar Camponogara**, por iniciar-me na pesquisa de maneira tão prazerosa. Foi na constituição do grupo de pesquisa que reforcei minha trajetória no caminho da pesquisa. Obrigado por acreditar em mim, pelo apoio e pelos ensinamentos compartilhados. És um exemplo.

À minha orientadora **Profª. Drª. Teresinha Heck Weiller**, uma de minhas maiores incentivadoras. Obrigado por acreditar em mim... por não desistir de mim... e por estimular a minha busca para ir além, muitas vezes, do que achei que pudesse. És a prova de que a relação orientador/orientando pode ser construída pela amizade, pelo respeito. És exemplo de profissional e amiga. Obrigada por dividir seus conhecimentos comigo, pela paciência, pela compreensão, pelo conforto. Obrigada pelos ensinamentos profissionais e pessoais, por furar os “balõezinhos cor-de-rosa” na tentativa de tirar o “Vale” de dentro de mim. Agradeço a Deus por ter me reconduzido a você, que me inspira a tornar-me um ser humano melhor e a me constituir também como um ser profissional.

À **Profª. Drª. Carmem Lúcia Colomé Beck**, pela tranqüilidade transmitida durante a caminhada reduzindo o nível de ansiedade, por dividir os ensinamentos comigo e pelas contribuições neste trabalho.

Agradeço às professoras integrantes da banca de defesa de dissertação, **Drª. Maria Denise Schimith**, **Drª. Suzinara Beatriz Soares de Lima**, por fazer parte dessa caminhada, colaborando para o meu crescimento, suas contribuições serão sempre valiosas, em especial a **Profª. Drª. Liane Beatriz Righi**, por aceitar participar desta defesa e contribuir para o melhoramento deste trabalho.

Agradeço à **Universidade Federal de Santa Maria** por ter oportunizado e colaborado com a minha formação profissional, por disponibilizar tantas alternativas aos seus estudantes num espaço privilegiado.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria** e seus professores, obrigada pelo compartilhamento de saberes pelo empenho e responsabilidade profissional que demonstraram. Orgulho-me de fazer parte desta história.

Ao **Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)**, berço da minha formação, por ter oportunizado a vivência da formação profissional.

Por fim, agradeço à **Secretaria Municipal da Saúde** por ter autorizado a realização deste estudo junto aos moradores do 5º Distrito do município.

E, de forma especial, a todos os **sujeitos deste estudo**, residentes no espaço rural, que aceitaram participar e que contribuíram para a construção deste conhecimento.

[...] é oportuno não transferir para outrem (parceiro, amigo, pais) a responsabilidade que somente a cada um compete das escolhas que faz, dos espaços que conquista. Aprendamos a viver cada momento, sem ficarmos prisioneiros do passado ou do futuro. E, sobretudo, incorporemos a ideia de que o bem-estar e a felicidade não existirão, como projeto individual, isto é, somente desfrutaremos dessa condição se nos engajarmos, diuturnamente, na tarefa de construção de uma sociedade mais fraterna, onde impere a justiça social.

(José Augusto Barros)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL

Autora: Graciele Erthal

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 27 de fevereiro de 2014.

O processo saúde-doença resulta de uma série de determinações emergentes nas sociedades. Para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, a ampliação e aprofundamento dos determinantes e condicionantes desse processo implicam práticas assistenciais integrais de saúde, que considerem o indivíduo como ser social, cultural e espiritual, que influencia e é influenciado constantemente pelo meio em que vive, contribuindo para uma melhor condição de saúde dos usuários. O estudo buscou identificar os determinantes sociais do processo saúde doença sob a ótica dos usuários de uma ESF rural, no interior do Rio Grande do Sul. Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo exploratório com usuários do sistema de saúde do meio rural. A produção dos dados foi a partir de um formulário sócio demográfico e de entrevista semiestruturada. As questões, bem como a análise dos dados seguiram o Modelo de Determinantes Sociais proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Foram observados os preceitos éticos de pesquisa conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados da pesquisa permitiram identificar os determinantes sociais da saúde como potencialidades e fragilidades no processo saúde-doença, para o espaço rural. Como potencialidades destacam-se o ambiente sereno, o contato com a natureza, a produção e consumo de alimentos saudáveis, a flexibilidade da jornada de trabalho, o acesso aos serviços de saúde, estilo de vida que permite aos sujeitos uma vida boa, profícua, a medida que conseguiam fazer o bem, ser feliz, ter família e companhia, num esforço de ajuda mútua de solidariedade para com o outro. Como fragilidades destacaram-se o estilo de vida fixado nas “lidas” do campo, tendo essas prioridades no cotidiano individual e coletivo, não permitindo a inclusão do lazer como forma de produção de saúde; a insegurança no espaço rural como limitante para a conformação das redes sociais; limitações do transporte público, a distância das residências, a linguagem como limitante na comunicação entre usuários e profissionais de saúde, a jornada extensiva de trabalho em períodos de plantio e colheita, o contato e inalação frequente de agrotóxicos, a exposição cotidiana ao sol e a sobrecarga física do trabalho. Concluiu-se que as especificidades do espaço rural determinam socialmente a constituição do processo saúde-doença. O entendimento desse fenômeno ainda constitui-se um desafio para as políticas públicas de saúde, porém faz-se necessária, uma vez que tal compreensão possibilita a identificação das prioridades no planejamento de ações de saúde e assegura o direito à saúde a todos os cidadãos residentes no espaço rural.

DESCRITORES: Processo saúde-doença, Determinantes, Atenção Básica, Enfermagem.

LISTA DE TABELAS

RESULTADOS

Tabela 1: Artigos originados da Pesquisa32

ARTIGO 1

Tabela 1: Códigos e Referências dos Artigos.....42

Tabela 2: Categoria e Extratos dos Artigos44

ARTIGO 2

Tabela 1: Códigos e Referências das Dissertações e Teses49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF – Estratégia Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

AB - Atenção Básica

GEPESC - Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde coletiva

AIS - Ações Integradas de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

8ª CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde

PACS - Programas de Agentes Comunitários

PSF - Programas Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

ER - Equipe de Referência

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

CSDH - Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health*)

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CTG - Centro de Tradições Gaúchas

CEP-UFSM - Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

SIE/UFSM - Sistema de Informações para o Ensino da UFSM

SMS - Secretaria de Município da Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MDT - Monografia Dissertações e Teses

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Processo Saúde-Doença	18
2.2 Sistema de Saúde no Brasil	21
2.2.1 Estratégia Saúde da Família	23
2.3 Determinantes Sociais da Saúde.....	26
2.4 O Espaço Rural.....	29
3 PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1 Tipo de Pesquisa	32
3.2 Cenário de Estudo	33
3.3 Participantes do Estudo	34
3.4 Coleta de Dados	34
3.5 Tratamento e Análise dos Dados.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 Caracterização do Meio Rural e Sujeitos da Pesquisa.....	39
4.2 ARTIGO 1: DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA	46
Introdução	46
Metodologia.....	48
Resultados	50
Considerações Finais	52
Referências Bibliográficas	53
4.3 ARTIGO 2: DETERMINANTES SOCIAIS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO NA PÓS-GRADUAÇÃO.....	54
Introdução	54
Metodologia.....	55
Resultados	57
Considerações Finais	67
Referências Bibliográficas	68
4.4 ARTIGO 3: ESTILO DE VIDA E REDES SOCIAIS COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA RURALIDADE	69
Introdução	69
Metodologia.....	71
Resultados e Discussão	72
Considerações Finais	76
Referências Bibliográficas	77
4.5 ARTIGO 4: CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO E SUA IMPLICAÇÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DA RURALIDADE.....	79
Introdução	79
Metodologia.....	80

Resultados e Discussão	82
Considerações Finais	91
Referências Bibliográficas	92
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICES	102
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
APÊNDICE B- Formulário Sócio Demográfico	104
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista	105
APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade	108
ANEXOS	109
ANEXO A- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética	110

1 INTRODUÇÃO

O objeto/tema desse estudo refere-se ao processo saúde-doença de usuários do sistema de saúde. A temática está centrada nos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma ESF rural em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Na sociedade atual há consenso que o mundo passa por profundas e rápidas transformações. As mudanças na economia, no trabalho, no meio ambiente e na vida das pessoas, indicam que essas variações fazem parte dos novos tempos, nos quais as pessoas são confrontadas com situações diferentes, exigindo adaptações cotidianas. No meio social essas alterações parecem interferir nas condições de saúde dos sujeitos, fazendo-se necessário um novo modo de pensar o processo saúde-doença, exigindo a construção de paradigma que reoriente as práticas em saúde.

A trajetória evolutiva das concepções e das práticas sobre a saúde e doença atravessa a história da humanidade. Na antiguidade, as práticas de saúde e doença estavam pautadas em paradigmas que sustentavam uma visão mágico-religiosa. Na atualidade, elas evoluíram para a abordagem do modelo biomédico ou mecanicista o qual está em processo de transformação e superação constante.

Percebe-se, nas práticas atuais em saúde, que os profissionais ainda orientam suas ações pautadas em um paradigma herdado do positivismo. Tal pensamento privilegia a causalidade linear e tem na doença (modelo biomédico) seu objetivo real, a qual é vista apenas como fenômeno físico, sendo negligenciados aspectos psicológicos, sociais e ambientais. Dessa forma, há a necessidade de construir concepções, que superem os limites do modelo hegemônico e conduzam os profissionais à compreensão do adoecimento humano, a partir dos elementos que emergem da realidade social dos sujeitos (RIOS et al, 2007).

No final do século XIX, buscou-se a construção de um paradigma que elucidasse o processo saúde-doença, tomando a realidade social como conteúdo e, dessa forma, buscando o enfoque estritamente bacteriológico. O tratamento das doenças passa a ser repensado, na medida em que se questionava se a saúde pública deveria tratar do estudo de doenças específicas, baseando-se fundamentalmente na microbiologia e na teoria dos germes, ou centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos (RIOS et al, 2007).

No século XX, entretanto, predominou o enfoque médico-biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sociopolíticos e ambientais. Essa tensão já era evidente na história da conformação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em que se percebem períodos de forte domínio do enfoque biológico, individual e tecnológico, intercalados com outros fatores sociais e ambientais.

Travassos e Castro (2008) também se referem às condições de saúde que são preponderantemente influenciadas por fatores que afetam os grupos sociais. Os autores citam a pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais, entre outros, como fatores que colocam a população em condição de risco e de vulnerabilidade.

A constituição do SUS no Brasil, no final do século XX, resgata a dimensão social da doença à medida que assegura a todos cidadãos o direito à saúde de qualidade como um dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. Também, ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção proteção e recuperação. Na letra da lei, fica garantida também a universalidade da cobertura e do atendimento e a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços tanto às populações urbanas quanto às populações rurais (BRASIL, 1988).

A Atenção Básica aponta para produção de serviços de saúde em consonância com o perfil epidemiológico da população, evidenciando as especificidades dos territórios, especialmente das comunidades que residem distantes dos centros urbanos. Verifica-se que, o acesso aos serviços de saúde das populações rurais tem apresentado fragilidades, tendo em vista que os serviços são estruturados em territórios com maior densidade populacional (WEILLER, 2008).

Estudos apontam para a precariedade das condições de vida no meio rural. Nesse sentido, assinalam que a inexistência e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à assistência especializada, as barreiras culturais e a falta de informação, contribuem para agravar a situação. Essas características configuram importantes desafios a serem superados em defesa da saúde do trabalhador rural (SCOPINHO, 2010).

Morais (2007) também refere que é possível verificar as desigualdades sociais das populações rurais no âmbito da saúde, pois os mecanismos de regulação ou de perturbação da saúde são de ordem social e cultural. O papel das relações sociais e o comportamento individual dos sujeitos têm relação com as desordens corporais e são determinantes para a estruturação do sistema de assistência em saúde, uma vez que, o impacto dos reflexos sociais interfere no processo saúde-doença das populações. Minayo (2004) afirma que a saúde

transcende os limites setoriais, na medida em que depende de políticas sociais, micro e macroeconomias, relações comportamentais e ações institucionais e individuais.

A atual estrutura de assistência à saúde no Brasil não tem dado atenção necessária às populações rurais, fato percebido pela fragilidade do acesso na história recente da saúde brasileira. A compreensão do acesso advém de um conceito multidimensional, onde cada dimensão exprime um grupo de características de oferta (acessibilidade geográfica, organizacional), que exerce influência no aumento ou na diminuição da capacidade dos indivíduos utilizarem os serviços de saúde (WEILLER, 2008).

A assistência de enfermagem pode auxiliar na promoção de saúde das comunidades rurais, ao considerar a cultura, a educação em saúde e o meio ambiente nas suas ações. Reforça, ainda, a importância da informação e do conhecimento em saúde para a promoção de comportamentos saudáveis nessas populações (FERNANDES e BOEHS, 2011).

No decorrer das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, a realidade e os problemas dessas comunidades se aproximam dos profissionais de saúde, tornando-se necessários conhecimentos abrangentes sobre o processo saúde-doença e seus determinantes no intuito de realizar ou gerenciar uma assistência competente, humanizada e resolutiva (DEGANI e CAMELO, 2009).

Dessa forma, na busca pela integralidade, universalidade e equidade do acesso nos serviços de saúde, devem ser implementadas políticas que facilitem o acesso dos usuários ao sistema de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS) a porta de entrada preferencial dos usuários no serviço preconiza ser a AB, que se caracteriza por um conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, tão no âmbito individual quanto coletivo. Tais atividades são desenvolvidas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios delimitados, considerando a dinamicidade existente no território. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Tendo em vista a diversidade da realidade brasileira, a AB tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido eleita como um potente dispositivo que busca garantir o acesso às ações de saúde das pessoas adscritas nos territórios (WEILLER, 2008).

Nessa perspectiva, evidencia-se, a necessidade urgente de re-estruturação e planejamento de políticas públicas de saúde direcionada à população rural, visto que essa população encontra-se estagnada socioeconomicamente e apresentando fragilidades no seu processo saúde-doença (SODER, 2007).

Estudos demonstram que as condições de saúde e adoecimento dos sujeitos sofrem influência do meio social e que essa questão assume papel de destaque nas reflexões no campo de saúde (SANTANA et al, 2012; SANT'ANNA et al, 2010). Entretanto, por ocasião de revisão bibliográfica realizada junto às principais bases de dados *online*, visando capturar estudos referentes à temática, observou-se a escassez de estudos que abordem o tema a partir do olhar da população rural sobre o seu processo saúde-doença, bem como de estudos que relacionam o tema à área da enfermagem.

Assim, o interesse em investigar os determinantes do processo saúde-doença partiu da trajetória acadêmica por meio do grupo de estudos “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem”, Eixo temático: “Trabalho, Educação, Saúde, Enfermagem e Meio Ambiente”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Em consonância com o grupo de estudos, realizou-se estudos referentes à temática interface saúde e meio ambiente, estudos esses que culminaram com a realização do trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem. Desse modo, tem-se a convicção em uma prática assistencial integral em saúde, que considere o indivíduo na sua totalidade, o qual influencia e é influenciado pelo meio social em que vive.

O interesse em aprofundar os conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde fora despertado da participação no Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (GEPESC) que oportunizou a participação no projeto de extensão “Ações de promoção de saúde com mulheres trabalhadoras rurais”. O referido projeto visava instigar práticas que mobilizem a promoção de saúde e favoreçam reflexões na direção de uma postura crítica sobre o seu contexto social e político. A vivência nesse espaço despertou a necessidade em compreender como as pessoas que vivem no espaço rural entendem o processo de saúde e adoecimento e, a partir dos determinantes, propor ações de saúde condizentes com a realidade de cada comunidade.

Essa pesquisa é relevante para o campo da saúde, em especial, para o núcleo da enfermagem na medida em que os estudos demonstram a influência social nas condições de saúde-doença. Outro elemento que corrobora com a escolha do tema justifica-se pela carência de estudos relacionando o tema à área da enfermagem, especialmente, porque os profissionais do núcleo da enfermagem integram a equipe de referência (ER) na AB, fato que o coloca em relação contínua com os usuários.

Espera-se que a partir deste trabalho possam-se fomentar novas pesquisas que aprofundem a discussão e ampliem o universo de construção de políticas públicas de saúde voltadas para a realidade das populações rurais, considerando os determinantes sociais da referida região.

Desta maneira, o estudo busca aprofundar o tema sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais. Delineou-se como problema de estudo a seguinte questão: Quais são os determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica dos usuários de uma ESF rural de Santa Maria - Rio Grande do Sul?

O objetivo geral desse estudo foi identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de usuários de uma ESF rural de Santa Maria - interior do Rio Grande do Sul.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Na perspectiva de compreender melhor os determinantes do processo saúde-doença, elaborou-se uma revisão que contemplasse aspectos relacionados ao processo saúde doença, sistema de saúde brasileiro, atenção básica e determinantes em saúde.

2.1 Processo Saúde-Doença

A sociedade capitalista organiza a forma como as pessoas vivem em um dado momento e lugar, definindo os modos de produção que condicionam objetivamente a existência humana, especialmente, as de saúde e adoecimento (MADEIRA; ALVES, 1996).

O processo saúde-doença é um termo usualmente utilizado para referir todas as variáveis que tratam da saúde e da doença na dimensão individual e coletiva, na medida em que estas estão intimamente relacionadas e uma determina e é determinada pela outra. Desta forma, quando se trata do processo saúde-doença, parte-se do pressuposto que este é um processo complexo, na medida em que são múltiplos os fatores na sua composição.

O processo saúde-doença foi representado a partir da inter-relação entre corpos de seres humanos, os objetos e os demais seres que o cercam. Ao longo da história, elementos naturais e sobrenaturais habitaram as representações humanas, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os espíritos, os valores e as crenças dos povos. A concepção do processo saúde-doença evolui a partir das ideias defendidas por Hipócrates, médico grego que influenciou o mundo antigo (460-377 aC), o qual não aceitava a ideia de intervenção dos deuses, que tratavam o adoecimento como resultante da desarmonia dos constituintes da *physis* (natureza) (SEVALHO, 1993).

Dias et al (2007), ao referir a produção teórica de Hipócrates, destacam que, para esse, o corpo do homem é constituído por sangue, flegma, bile amarela e bile negra; estes elementos fazem a natureza de seu corpo e através deles, se sente dor ou se tem saúde. Esse homem goza de saúde perfeita quando esses elementos são devidamente proporcionais em composição, poder e volume e quando eles estão perfeitamente misturados. Sevalho (1993, p.350) ao referir estudos realizados por Le Goff em 1988 na sua obra "As mentalidades uma história ambígua", afirma que "A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades".

As primeiras representações de saúde e doença, segundo Madeira e Alves (1996), foram mágicas, na medida em que os povos não possuíam escrita. Para esses, a doença era o resultado da vontade de forças sobrenaturais, externas ao mundo, dessa forma, o homem tinha pouca governabilidade sobre o seu adoecimento. Nesse período a construção de uma representação mágica, em que a existência de seres superiores e inferiores poderiam causar toda sorte de mal ao homem. Na sequência, afirmam as autoras, a doença passa a povoar as crenças religiosas, na medida em que ela era obra dos deuses, fruto do humor divino, independente do comportamento humano.

Esse período marca uma visão em que a doença era resultante de castigo divino, força que ainda circula em nossa sociedade quando indagamos “Porque eu?”. O medo e a culpa permeiam a relação do homem com a doença. Barros (2002, p.1), ao abordar o modelo biomédico que orienta a prática médica, o faz a partir da reflexão do que denomina de modelos explicativos dos processos saúde-doença, de forma que, estes remontam a antiguidade;

A medicina mágico-religiosa, predominante na antiguidade, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, conforme a cultura local, liderados pelos feiticeiros, sacerdotes ou xamãs. As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que incluíam deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os indivíduos pensavam a doença em termos desses agentes cabendo aos responsáveis pela prática médica da época aplacar essas forças sobrenaturais.

À medida que a sociedade foi acumulando conhecimento, os focos de interesse das forças sobrenaturais passam para o portador da doença, o homem. Para Barros (2002), esse momento deve ser tomado como um fenômeno natural, na medida em que a doença passa a ser liberada de forças divinas ou malévolas. Afirma ainda que, com o nascimento da filosofia (amor à sabedoria) e as tentativas dos primeiros filósofos pré-socráticos em encontrar explicação para as origens do universo e da vida, essa matéria-prima (*arké* = origem, começo) por eles visualizada como sendo a água, a terra, o fogo e o ar, está subjacente à teoria dos humores de Hipócrates.

Para Barros (2002), no ocidente foram várias as tentativas no sentido de encontrar uma explicação não sobrenatural para a saúde e doença. Esses esforços para aproximação dos fenômenos ocorreu, inicialmente, na Grécia, que atribuíam a concepção do mundo, como sendo formadas pelo somatório dos quatro elementos, princípios elementares (terra, água, fogo e ar) que existiriam juntos e em termos iguais, bases de uma teoria dos elementos, presente na medicina ocidental nos próximos dois milênios seguintes.

Na Idade Média, afirma Sevalho (1993), o mundo ocidental foi influenciado pela igreja católica, cuja representação de saúde e doença retomou um caráter fundamentalmente religioso. Neste período a doença era compreendida como decorrente de um castigo dos deuses e a saúde como um presente dos deuses. Afirma ainda que, com o declínio da Idade Média, ocorreu a sedimentação gradual de uma série de aspectos culturais no mundo ocidental.

Entre os séculos XII até XVII, em vários momentos, o conhecimento pagão renasceu. Nasce uma racionalidade humanista de cunho individualista, impondo sobre o anonimato e o cerceamento da crítica e da criatividade ao mercantilismo apresenta a ideia de um ser humano livre oriundo dos burgos medievais, onde circulavam mercadorias e idéias (SEVALHO, 1993).

A partir do século XX várias foram as teorias que buscaram explicar o processo saúde-doença, dentre elas destaca-se, a da unicausalidade, difundida por profissionais e nos serviços de saúde. Essa teoria defende a ideia de que as doenças possuem um único fator etiológico. A superação deste conceito se dá a partir da compreensão de que para a existência de condição de saúde-doença entram em cena os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, como eles, pretende obter possíveis motivações para o surgimento de alguma enfermidade (BARROS, 2002).

A passagem para o conceito de multicausalidade não exclui a presença de agentes etiológicos numa pessoa como fator de surgimento de doenças. Ele vai além e leva em consideração os aspectos psicológicos do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, entre outros. Esses fatores, inclusive, não são estáveis, podem variar com o passar dos anos, de região e de etnia. Parte do pressuposto que o ser humano necessita de equilíbrio interno e externo para que possa ter boa saúde. A partir dessa visão a OMS (1978) define a saúde como um completo bem-estar. Nesse sentido, a associação do processo saúde-doença fica associado a elementos relacionados com a qualidade de vida, vida saudável e estilo de vida.

Na atualidade, ocorrem mudanças na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento em relação às práticas de saúde, voltando o seu enfoque especialmente para a promoção da saúde. A atenção em saúde vai muito além das aplicações técnicas e normativas, ou seja, tem dentro de si a dimensão da promoção da saúde que tem potência para estimular a capacidade individual e coletiva das pessoas, para conduzirem novas formas de viver e de lidar no cotidiano de suas vidas, frente aos múltiplos condicionantes da saúde. Assume importância neste cenário o empoderamento (*empowerment*), dos indivíduos e coletivos. Significa que é preciso estar atento aos acontecimentos da realidade, os quais nos mobilizam para intervir de forma mais efetiva, especialmente nos contextos vulneráveis (BACKES et al, 2009).

Desse modo, Laurell (1982, p.12) afirma que o processo saúde-doença “Adquire historicidade porque está socialmente determinado, isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social.” Para a autora (LAURELL, 1975, p.11), o processo saúde-doença é entendido como:

o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é o surgimento da doença.

Afirma ainda Laurell (1975), que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, uma vez que esses padrões estão sujeitos às características da relação entre o homem e o meio ambiente. Assim, a natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos.

O Modelo Social Estruturalista proposto por Breihl e Granda, em 1986, define que o processo saúde-doença resulta de uma série de determinantes emergentes em uma sociedade, que se manifesta, nos diferentes grupos sociais, com o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, sob a forma de perfis ou padrões de doença ou saúde (CARVALHO e BUSS, 1998).

Para Backes et al (2009) o processo saúde-doença não deve restringir-se apenas na biomedicina, ou no modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como um processo biológico. Há que se considerar as discussões mais recentes da antropologia, que questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais, em que a doença é resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva dos sujeitos. Carvalho e Buss (2008, p.148) colocam que “estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo ou população está exposto”. Assim, o processo saúde-doença é o resultado das condições de vida dos sujeitos, ou seja, dos seus hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, de sua cultura, bem como do meio ambiente em que esses sujeitos vivem e se relacionam.

2.2 Sistema de Saúde no Brasil

O sistema de saúde brasileiro tem sido caracterizado por mudanças estruturais sucessivas ao longo do século XX. Até a criação do SUS, o cenário brasileiro era marcado por fragilidades decorrentes do processo de organização da rede pública de saúde (WEILLER, 2008).

A assistência à saúde, antes da criação do SUS, mantinha estreita vinculação com o modelo previdenciário, cujo marco inicial ocorreu a partir da promulgação da Lei Eloy Chaves de 1923. Para Weiller (2008, p. 22), a lei Elói Chaves ao “normatizar a prestação de benefícios previdenciários produziu no campo da assistência médica um processo de estratificação social, marcando profundamente a ideia de direito com o qual a sociedade brasileira passa a operar por todo o século XX”.

A população que neste período tinha acesso ao serviço de saúde era as que contribuía para a previdência, gerando a existência de dois grupos de usuários, os previdenciários e não previdenciários. Os segmentos de usuário, contribuintes da previdência, tinham acesso amplo à assistência de saúde, dispondo de uma rede de serviços, prestadores ambulatoriais e hospitais providos pela previdência social; os demais tinham acesso limitado à serviços de saúde, dependentes da caridade e da filantropia da sociedade (BRASIL, 2011).

Na década de 70, teve início o movimento da reforma sanitária que buscou construir bases teóricas e políticas para o tema da saúde ser incorporada pela sociedade. No contexto de instabilidades do processo de democratização, pelo qual passava a sociedade brasileira nos anos 80, a sociedade civil se organizou de forma a colocar em cena os grandes temas nacionais que orientariam a agenda do debate, dentre eles, a saúde. Dessa forma, o sistema previdenciário adota uma série de medidas na busca da universalização do acesso aos serviços de saúde, instituem-se as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que organizou a construção do sistema público de saúde pela instituição de diretrizes e princípios que, mais tarde, originaria o SUS (BRASIL, 2011).

É marco deste período a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), que apresentou proposta para um novo modelo de saúde pública. A partir da 8ª CNS, a saúde passou a ser considerada, antes de tudo, como resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida, devendo ser entendida no contexto histórico de cada sociedade no seu estágio de desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Esse cenário, marca a reorganização do modelo de saúde brasileiro, tendo em vista a existência de um forte movimento social, que permitiu a conformação do mesmo marcado pela ação do Estado, sustentado pelos princípios da universalidade do acesso, integralidade da assistência; e como diretriz, a descentralização e a participação da comunidade. A Constituição Federal de 1988 incorporou mudanças no papel do Estado, alterando profundamente o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde, criando novas relações entre as diferentes esferas de governo, novos papéis entre os atores, dando origem ao Sistema Único de Saúde (WEILLER, 2008).

Pela primeira vez, a constituição brasileira estabeleceu, de forma relevante, uma seção sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, definindo as responsabilidades de cada nível de governo. A Constituição Federal de 1988 assume que a saúde tem como fator determinante e o meio físico, social cultural, reconhecendo que a produção de saúde demanda ações intersetoriais, interinstitucionais para responder ao conceito ampliado de saúde (BRASIL, 1998).

O sistema de saúde brasileiro organiza a atenção à saúde em níveis de complexidade, baixa, média e alta densidade tecnológica. Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Considerando a dinamicidade dos territórios e das populações, a AB caracteriza-se pela busca da promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização. Desse modo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a ESF deve ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

2.2.1 Estratégia Saúde da Família

As necessidades em saúde são determinadas socialmente, de acordo com as variações das situações econômicas, sociais e políticas, as quais modificam as demandas de assistência à saúde. Esses fatores pressionam o Estado para que esse faça movimentos diferenciados na edição de novas políticas para a saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 e constituiu-se em um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios brasileiros para implementar a AB. O PSF foi apontado como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência. O programa comunga dos pressupostos que orientaram os debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma, desde a década de 1970. Nesse sentido, o programa, objetiva produzir impacto na orientação do modelo de atenção, substituindo o modelo centrado na supervalorização das práticas curativa, especializada e hospitalar, a qual induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, produz a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2001).

Reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia Saúde da Família – ESF, uma vez que para o Ministério da Saúde (MS), essa assume papel de vanguarda na organização dos serviços de saúde. Foi regulado pela Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 do MS, e estabelece essa como um dos seus alicerces o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade tendo como pressupostos os princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2001).

A Portaria Nº 648 foi substituída pela Portaria Nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Esta Portaria define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por

favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

A ESF é orientada pela lógica da territorialização, vinculação, responsabilização e pelo olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridos os indivíduos e as famílias. Cabe destacar, que o trabalho em equipe constitui a base dessa proposta de assistência à saúde e que para Araújo e Rocha (2009), a importância do trabalho é ressaltada, principalmente, pelo aspecto de integralidade nos cuidados de saúde (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde preconiza que o trabalho na ESF seja realizado por uma equipe de saúde da família multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. As equipes deverão ter responsabilidade sanitária por um território de referência e o processo de trabalho deve ser organizado de modo que garanta o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Franco e Merhy (2003) referem que as visitas são compulsórias e apresentadas como o principal dispositivo do programa para mudar o modelo de assistência. A ESF trabalha a ideia de que essa intervenção no ambiente familiar contribui para alertar o perfil sanitário da população, e assim, prevenir os agravos à saúde. A capacitação dos recursos humanos é uma estratégia para o programa, visto que as equipes tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde.

Ferreira, Varga e Silva (2009) apontam que a formação de uma equipe permite a troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação e escuta do outro, como instrumentos para enfrentar o fazer em grupo. A complementaridade e a interdependência estão presentes e indicam uma ação integral na oferta do cuidado. Para os autores, o trabalho em equipe exige uma construção coletiva das ações em saúde, em que as dificuldades estão sempre presentes e precisam ser trabalhadas no coletivo.

Para Araújo e Rocha (2009), a ESF desencadeia um processo de construção de novas práticas, à medida que articula uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Os autores apontam que para o trabalho em equipe em ESF é condição a ação comum, trabalho coletivo, finalidades, planos e objetivos. Referem também, a necessidade de encontros periódicos, para que a equipe possa dialogar, interagir e construir de forma coletiva os planos terapêuticos para os usuários, sob a responsabilidade das equipes no território de abrangência.

Nesse sentido, a atuação dos trabalhadores da ESF, em especial do enfermeiro, necessita ir além dos cuidados anatomo-fisiológicos, buscando ações de prevenção da doença e promoção da saúde dos indivíduos na comunidade onde estão inseridos, compreendendo os aspectos culturais e sócio-ambientais (SANT'ANNA et al, 2010). O enfermeiro adquire relevância nesse contexto, na proposição de ações de saúde nas ESF na medida em que o mesmo, por força de seu núcleo de formação com pesquisa, assume a coordenação do processo de trabalho, isto é, coordena as ER.

Nessa perspectiva, os trabalhadores de saúde constituem-se em potentes dispositivos de mudanças dos serviços assistenciais. As equipes de ESF devem ser capazes de identificar os determinantes e condicionantes de saúde e de adoecimento das pessoas adscritas em um território, no qual prestam assistência. Dessa forma, atuar na efetivação da assistência em saúde é elaborar planos de assistência condizentes com a realidade de cada usuário objetivando a integralidade da atenção.

2.3 Determinantes Sociais da Saúde

As definições acerca dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) apontam para uma relação direta que expressa, com maior ou menor ênfase, que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população, estão relacionadas com sua situação de saúde. Buss e Pellegrini Filho (2007), ao tratarem dos DSS, apontam que existe uma tentativa de estabelecer hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica e política e o modo pelo qual esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas.

Para Buss e Pellegrini Filho (2007) há consenso sobre a importância dos DSS na situação de saúde, tanto de indivíduos quanto de grupos sociais, construído ao longo da história. Para os autores, no século XIX, vários foram os paradigmas que buscaram explicar os problemas de saúde. Merece destaque, nessa discussão, a teoria miasmática, que buscava estabelecer relações entre as mudanças sociais e as práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização, ocorridos naquele momento histórico. Segundo essa teoria, o

conceito de miasmas reforçaria as ações de saúde pública e justificaria estudos sobre a contaminação de água e dos alimentos, assim como, sobre os riscos ocupacionais.

Buss e Pellegrini Filho (2007) identificam que, já em 1902, Virchow referia que as ciências médicas são intrínseca e essencialmente uma ciência social e, sob esse olhar, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença dos sujeitos. Assume relevância, uma vez que interferem na vida dos sujeitos e, sendo assim, devem ser postos em estudos visando uma prática implicada na intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Nas últimas décadas do século XIX, Buss e Pellegrini Filho (2007), apontam que a emergência de um novo paradigma se fez para explicar o processo saúde-doença, com enfoque no trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, o qual passa a ser denominado de paradigma bacteriológico. Questionava-se, se a saúde pública deveria tratar do estudo de doenças específicas, baseando-se, fundamentalmente, na microbiologia e na teoria dos germes, ou se os estudos deveriam centrar-se na influência das condições sociais, econômicas e ambientais, na saúde dos indivíduos.

Passa a predominar, no século XX, o enfoque médico biológico na conformação inicial da saúde pública como campo científico, em detrimento dos enfoques sócio políticos e ambientais. Essa tensão já era evidente por ocasião da criação da Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1948, na qual percebe-se forte domínio do enfoque biológico, individual e tecnológico, intercalados com outros fatores sociais e ambientais. Na fundação da OMS, identificava-se a existência de segmentos que defendiam uma concepção ampliada de saúde para além de um enfoque centrado na doença, evidenciando-se uma preocupação com as questões sociais como determinantes nas condições de saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Carvalho e Buss (2008) e Buss e Pellegrini Filho (2007) afirmam que, no final da década de 70, o tema dos DSS volta a merecer destaque na Conferência de Alma Ata, inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado retoma o aspecto da assistência médica individual. Na década de 90, o debate sobre as Metas do Milênio proposta pela Organização das Nações Unidas – ONU retoma os determinantes e os condicionantes do processo saúde e doença, mas somente em 2005 a ONU cria a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health - CSDH*). Essa comissão visa promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência, sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e, também, sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Referem os autores que os estudos sobre

os determinantes permitem identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde, ou seja, permite intervir nos pontos mais sensíveis, provocando impactos maiores nas condições de saúde da população. Afirmam ainda que, para a OMS, os determinantes sociais de saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

Em 2006, no Brasil, por um decreto presidencial, foi instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), sendo esse, o primeiro país a criar sua comissão, integrando-se precoce e decisivamente ao movimento global em torno dos DSS. A criação dessa comissão inscreveu-se dentro do processo de desenvolvimento da Reforma Sanitária, uma vez que, desde o início do século passado, os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento. No relatório final da CNDSS em 2008, foram apontadas diversas recomendações tendo como ênfase a necessidade da criação de espaços institucionais para o enfrentamento dos DSS, visando integrar as ações de diversos setores governamentais e da sociedade (CARVALHO; BUSS, 2008; BRASIL, 2006; FIOCRUZ, 2008).

Para Cesse (2007) o termo determinante guarda uma relação entre os eventos e processos da natureza e da sociedade. No contexto de determinantes em saúde considera três níveis de determinações: *Macrodeterminantes*: referem-se às macropolíticas e ações próprias do desenvolvimento do país, salientando que essas macropolíticas e ações devem ser entendidas como processos contraditórios de desenvolvimento; *Microdeterminantes*: referem-se às ações específicas do campo da saúde, salientando que a presença ou ausência destas impactam na ampliação, manutenção ou controle das doenças crônicas; *Determinantes individuais ou de grupo*: que se referem à forma como os indivíduos/grupos vivem em sociedade, seus hábitos e estilos de vidas, salientando que o modo de vida possibilita a ocorrência de doenças crônicas.

Para Travassos e Castro (2008), os sistemas de saúde configuram um dos determinantes das desigualdades sociais nas condições de saúde. Dessa forma, para Carvalho e Buss (2008) as relações entre os determinantes da saúde-doença caracterizam o perfil sanitário de uma população, e conseqüentemente auxilia a implementação de políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde. As determinações econômicas e sociais gerais do processo saúde-enfermidade envolvem ações, não apenas no sistema de atenção à saúde, como mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de

políticas públicas intersetoriais, sobretudo em políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem estar social.

Para Carvalho e Buss (2008), o cuidado com a saúde na esfera pública se desenvolve como política de proteção contra riscos sociais e ambientais, muito mais do que como política e assistência como era anteriormente, ou seja, há uma compreensão da determinação social da saúde e da doença que é anterior à medicina científica ou medicina experimental.

2.4 O Espaço Rural

No início de Século XXI, tem-se observado uma revalorização dos espaços rurais como um dos fenômenos demográficos. Tal processo está ligado à importância setorial da agricultura, mas também, a duas características ligadas a ruralidade: a presença marcante da biodiversidade e as relações de interconhecimento tão decisivas nas regiões interioranas do mundo todo (ABRAMOVAY, 2005).

Nesse sentido, as relações entre campo e cidade, longe de constituírem pólos opostos, guardam especificidades que se expressam social, política e culturalmente. O espaço urbano é visto normalmente como grande centro aglutinador da maioria da população e, o espaço rural, por sua vez, se confunde com o atraso e deixa de existir sob a influência do progresso vindo da cidade. O espaço rural pode ser em alguns contextos, expressão da tradição, da autenticidade das relações interpessoais, do simples, do atraso, como também pode, por meio de um reelaborar simbólico por parte dos atores sociais, conter ícones da modernidade e ser expressão de uma modernização (CARNEIRO, 2003).

Para Santos (2011) algumas características, como a densidade demográfica, compõem um importante critério na diferenciação entre o urbano e o rural. Outra questão que merece destaque é a complexidade das relações sociais em um determinado espaço, que considera o grau de tecnificação da população. O autor aborda ainda a questão da localização como uma questão que já não tem a importância de séculos atrás, devido ao conjunto das relações capitalistas que passaram por fortes transformações nos últimos tempos.

Wanderley (2003) sustenta que o rural é um modo de vida, por meio do qual os indivíduos enxergam a si mesmos e o mundo à sua volta. A autora reflete sobre a ideia de “mundo rural”, um universo que não é isolado, mas que carrega especificidades, buscadas através da história, acreditando no rural como formação sócio-histórica concreta. Nesse universo existem duas características fundamentais do meio rural, uma relação específica dos

habitantes do campo com a natureza, sendo neste sentido um espaço predominantemente não construído pelo homem, do qual resultam práticas e representações particulares a respeito do espaço, do tempo do trabalho da família, entre outros. Outra característica constitui-se nas relações sociais também diferenciadas, resultantes da dimensão da complexidade restritas das coletividades rurais.

O espaço rural é uma região de propriedades rurais familiares, cujos donos, geralmente, são os próprios trabalhadores que delas retiram o seu sustento e o de sua família. Geralmente, esses trabalhadores desenvolvem uma agricultura familiar, entendida como atividade em que a propriedade, a gestão e a maior parte do trabalho vêm de pessoas que mantêm entre si vínculos de sangue ou de uniões estáveis (ABRAMOVAY, 2005).

A relevância da agricultura familiar para o país traz repercussões nas diversas áreas sejam elas políticas, econômicas, sociais e culturais, uma vez que no momento em que são desenvolvidas políticas de incentivos agrícolas, há um incremento na qualidade de vida das pessoas que residem no campo, resultando numa diminuição do êxodo rural e, conseqüentemente, dos cinturões de pobreza nas grandes cidades.

Enquanto os conceitos adotados pela legislação brasileira, esvaziam artificialmente o mundo rural e desqualificam-no dando prioridade às políticas públicas dos grandes centros. Abramovay (2005) refere que o desenvolvimento rural, deve enfatizar a dimensão territorial do desenvolvimento. Não se trata de apontar vantagens ou obstáculos geográficos de localização e sim de estudar a montagem das “redes”, das “convenções”, em suma, das instituições que permitem ações cooperativas – que incluem, evidentemente, a conquista de bens públicos como educação, saúde, informação - capazes de enriquecer o tecido social de certa localidade (ABRAMOVAY, 2000).

Para o autor acima citado, uma política de desenvolvimento rural, por exemplo, voltada para a juventude não pode limitar-se à agricultura. Os futuros agricultores serão cada vez mais pluriativos, suas rendas dependerão da agricultura, mas também de outras atividades. Quanto mais os jovens estiverem preparados para essas outras atividades - entre as quais se destacam as voltadas à valorização da própria biodiversidade existente no meio rural – maiores serão suas chances de realização pessoal e profissional. Além disso, nas regiões rurais - entendidas como as áreas interioranas do País - não vivem apenas agricultores. O grande risco das políticas de desenvolvimento rural é que, por serem elaboradas em ministérios cujas bases sociais são de agricultores, ignorem esta realidade elementar e hoje sobejamente conhecida: o meio rural é muito maior do que a agricultura.

Abramovay (2005) afirma que o desenvolvimento rural deve associar a atribuição de ativos aos jovens - dos quais o mais importante é uma educação de qualidade - com o estímulo a um ambiente que estimule a formulação de projetos inovadores que façam do meio rural, para eles, não uma fatalidade, mas uma opção de vida. Seria interessante, no caso daqueles que pretendem estabelecerem-se como agricultores, que sua implantação fosse acompanhada e mesmo condicionada à elaboração de um projeto técnico consistente, cujas chances de afirmação em mercados dinâmicos fossem altas. Mais importante do que o aprendizado de técnicas agronômicas, neste caso, são os conhecimentos de gestão, contabilidade e funcionamento de mercados.

Nesse cenário, a efetivação de políticas públicas no campo da saúde assume relevância na medida em que se reconhece a especificidade do processo saúde-doença. As políticas públicas precisam contribuir para a fixação e manutenção da população no campo.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir é descrito o percurso metodológico seguido durante a realização da pesquisa de campo: tipo de pesquisa, cenário da pesquisa, sujeitos participantes, critérios de inclusão e exclusão, a coleta de dados, a análise dos dados, bem como os aspectos éticos que embasaram o estudo.

3.1 Tipo de Pesquisa

A investigação dos determinantes sociais do processo saúde-doença em uma comunidade rural nos remete a uma pesquisa de cunho social em situações particulares. Desse modo, o estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória, para melhor entender os fenômenos sociais ali vividos. Os estudos qualitativos descrevem a complexidade do problema, analisam a interação entre as variáveis, compreendem e classificam os processos dinâmicos vividos no meio social, contribuindo para o processo de mudança, bem como, possibilitando o entendimento de particularidades do comportamento dos indivíduos no seu processo saúde-doença (RICHARDSON, 2011).

O trabalho de campo facilitou a interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. Também, possibilitou a apreensão da realidade e significações no meio rural, cenário de diversas manifestações (MINAYO, 2010).

O processo saúde-doença assim como a ação humana é impregnado de valores e significados. Nessa perspectiva, o estudo qualitativo buscou o sentido velado nesse processo, uma vez que o conhecimento originado a partir dessas pesquisas não podem ser generalizados e controlados, pois os dados levantados dependem diretamente da vivência e experiências das pessoas, do agir humano no seu convívio diário (LEOPARDI, 2002).

Minayo (2010) refere que os processos subjetivos representam os aspectos culturais de uma comunidade. Nesse sentido, esse trabalho envolveu o universo dos significados, crenças e valores de uma comunidade rural. Ao investigar os determinantes sociais do processo saúde-doença apreenderam-se as significações e as relações sociais existentes em uma situação particular da realidade que não pode ser quantificada, mas sim compreendida e explicada por meio dessas relações.

O aspecto descritivo proposto nesta pesquisa permitiu um levantamento de significações e atitudes, indo ao encontro do objetivo do trabalho. Para Triviños (2010)

estudos descritivos têm como foco o desejo de conhecer a fundo uma comunidade e os seus traços característicos, seus problemas, sua educação, sua percepção para o trabalho, seus valores, entre outros aspectos relevantes para o estudo.

Além disso, a característica exploratória proporcionou uma visão geral acerca do processo saúde-doença, propondo aproximação com o problema pesquisado, contribuindo para a construção do conhecimento e descoberta de novas percepções no meio rural (GIL, 2008).

3.2 Cenário de Estudo

O estudo foi realizado no 5º Distrito do Município de Santa Maria/RS, denominado Arroio do Só, o qual se localiza no extremo leste do mesmo. A população do município de Santa Maria é de 261.031 habitantes sendo que desta, 95% vivem no espaço urbano e 5 % (13.051 habitantes) residem na área rural (IBGE, 2010). A população do distrito de Arroio do Só é de 1.127 habitantes, o que representa aproximadamente 9% da população rural do município (SANTA MARIA, 2013).

A sede do distrito de Arroio do Só, distancia-se 36 km do marco zero do município (área central), e situa-se na divisa com o município de Restinga Seca, possui uma área de 159,30 km², que equivale a 8,89% do território do Município de Santa Maria. O distrito de Arroio do Só é constituído por cinco comunidades: Trunqueiras, Agua Boa, São Geraldo, Sede e Pains.

A referida comunidade caracteriza-se por ser de colonização portuguesa e italiana, com atividade de predomínio na agricultura familiar como forma de desenvolvimento sustentável. Nesse meio, destacam-se produtos como soja, arroz e porongos. No distrito estão estabelecidas cinco fábricas responsáveis pela produção de aproximadamente 3 milhões de cuias ao ano, que são comercializadas em todo o país, no Uruguai e Argentina (CARVALHO, 2010).

O acesso à localidade é por estrada não pavimentada e a população dispõe de linhas de ônibus regulares em horários definidos. Há no local uma igreja, uma escola, uma estação férrea desativada, um Centro de Tradições Gaúchas (CTG) Vitório Mário e as principais atrações da localidade são as fábricas de cuias e as festas que ocorrem na localidade

A população local acessa os serviços públicos de saúde junto a Unidade Básica de Saúde, que conta com uma equipe de ESF, composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, dois técnicos em enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de saúde da população nas cinco microáreas.

Tendo em vista a grande extensão de área a ser atendida pela equipe de ESF, o acolhimento ocorre em período condicional (dias específicos da semana). Duas microáreas recebem atendimento na UBS de Arroio do Só e três microáreas recebem atendimento na UBS de Pains.

3.3 Participantes do Estudo

Fizeram parte deste estudo usuários cadastrados junto à Unidade Básica de Saúde da ESF rural do distrito de Arroio do Só. Como critério de inclusão estipulou-se, ser morador do distrito, maior de idade (18 anos ou mais), estar cadastrado junto à ESF e ter acessado o serviço nos últimos seis meses. Foram excluídas da pesquisa aquelas pessoas que apresentaram limitações cognitivas (atenção, raciocínio, fala, dentre outros) significantes, porém todos preponentes estavam aptos e puderam participar.

Obedecendo ao critério de saturação de dados, foram realizadas 18 entrevistas. Dessas, dois sujeitos não conseguiram concluir a entrevista. Sendo assim, o *corpus* de análise ficou composto por 16 entrevistas.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM-(CEP-UFSM), observando os princípios éticos que são preconizados pela Resolução 196//96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A coleta de dados ocorreu no período de março a junho de 2013, junto a UBS de Arroio do Só e de Pains, por meio de entrevista semiestruturada e de formulário sócio demográfico.

Os sujeitos foram abordados aleatoriamente na sala de espera da UBS enquanto aguardavam atendimento e convidados a participarem do estudo. Buscou-se garantir o número equitativo de sujeitos para cada microárea. A captura na sala de espera permitiu uma familiarização com os sujeitos, uma vez que a conversa inicial sobre a pesquisa começava quando os sujeitos esperavam pelo acolhimento.

Com o aceite da participação no estudo, o sujeito era acompanhado até uma sala na própria UBS, livre de movimentação e barulho que assegurou um bom ambiente para a realização das entrevistas. Na sala, era lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A) e, após a assinatura, procedia-se a entrevista e o preenchimento do

formulário sócio demográfico (APENDICE B). Foi assegurado aos participantes que a realização da entrevista não comprometeria o atendimento na unidade de saúde.

A entrevista foi estruturada em dois momentos, sendo um referente ao preenchimento do formulário sócio demográfico com questões fechadas e abertas e o outro na realização de entrevista que seguiu um roteiro (Apêndice C) com questões abertas.

As entrevistas tiveram duração média de 35 minutos e foram realizadas em um único encontro com os sujeitos. As questões do roteiro da entrevista foram pautadas no Modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), e foram organizadas na forma de fichas para facilitar o manuseio.

As entrevistas forneceram dados essenciais para o desenvolvimento e a compreensão da interrelação social com o meio em que vivem os sujeitos, propiciando a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações em relação ao comportamento das pessoas, no contexto rural (GASKELL, 2008).

Durante a entrevista foi possível resgatar pontos relevantes ao estudo, com uma relativa flexibilidade das questões pré elaboradas, bem como foi possível alterar a ordem prevista das questões e levantar novos questionamentos, de acordo com a necessidade, para melhor explorar o tema. Na tentativa de explorar mais amplamente os determinantes do processo saúde-doença, foram feitos resgates nas falas dos sujeitos para evitar desvios do objeto de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O registro da entrevista realizou-se em um gravador digital, com o consentimento prévio dos sujeitos, o que facilitou manter as falas originais, tornando as informações o mais fidedignas possível. As gravações foram transcritas e salvas em arquivo de computador para identificar, a partir da análise da fala dos sujeitos, os determinantes do processo saúde-doença. Todos os sujeitos aceitaram a gravação digital.

O formulário foi aplicado pelo entrevistador durante a entrevista, com o intuito de caracterizar o perfil sócio demográfico dos usuários da ESF rural, cadastrados junto à unidade, bem como esclarecer aspectos relevantes para a pesquisa. (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2002; GIL (2010). Para melhor caracterizar os usuários da ESF rural, o formulário era constituído por questões referentes ao sexo, idade, naturalidade, religião, escolaridade, atividade laboral, renda *per capita*, estado civil, filhos, situação da residência, se alugada ou própria; local da residência, condições da residência (água, luz, esgoto, coleta de lixo); tempo de residência no distrito, tipo de locomoção e a existência ou não de vida social em grupos comunitários.

Após cada entrevista, foram anotadas em um diário de campo as observações referentes a cada entrevista, como sentimentos dos usuários e a percepção do entrevistador, com o intuito de resgatar dados importantes para a análise.

3.5 Tratamento e Análise dos Dados

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a análise conforme o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Segundo esse modelo vários aspectos da vida devem ser considerados ao abordar os determinantes sociais da saúde dos indivíduos/comunidade. Desse modo, o modelo é constituído por quatro níveis, estando no centro o indivíduo com seus fatores intrínsecos como idade, sexo e fatores hereditários: o primeiro nível refere-se ao estilo de vida dos indivíduos; o segundo às redes sociais e comunitárias; no terceiro nível encontram-se as condições de vida e de trabalho que aborda questões como a produção agrícola e de alimentos, a educação, o ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação; e, por fim, no quarto nível situam-se as questões socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

3.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta e estabelece normas e diretrizes para as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto foi, primeiramente, registrado no Sistema de Informações para o Ensino da Universidade Federal de Santa Maria (SIE/UFSM) e, após, encaminhado à Secretaria de

Município da Saúde (SMS) de Santa Maria, a fim de obter autorização para o seu desenvolvimento na ESF rural de Arroio do Só.

De posse desses documentos, o projeto, juntamente com a aprovação da SMS, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), por meio da Plataforma Brasil, sendo que a coleta dos dados somente iniciou após sua aprovação sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética sob o CAAE nº 12354213.7.0000.5346 (ANEXO A).

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) sendo este composto pelo objetivo e justificativa da pesquisa, bem como a descrição dos princípios éticos que garantiram a privacidade e preservação da identidade dos participantes. O TCLE foi lido e entregue a cada participante no momento da coleta de dados, assinado em duas vias, uma ficando com o pesquisador e outra com os sujeitos da pesquisa.

O anonimato dos participantes foi preservado por meio da adoção de códigos elaborados pela própria pesquisadora. Para identificar os sujeitos do estudo foi utilizada a letra E, fazendo referência a “entrevista”, seguida de números que identificava a ordem em que a coleta dos dados foi realizada como, por exemplo, E1, E2, ... , E18.

A forma de divulgação dos resultados para os sujeitos será feito com o retorno à UBS e a elaboração de material didático para explicar melhor os achados. Esse retorno ocorrerá posterior ao término da pesquisa. Para a equipe de ESF será entregue um relatório com os principais resultados do estudo, sendo este apresentado em reunião previamente acertada.

As entrevistas gravadas e transcritas ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por um período de cinco anos, na sala 1304, 3º andar, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, Universidade Federal de Santa Maria/RS. Ainda, as entrevistas irão compor um banco de dados, o qual poderá ser utilizado, exclusivamente, para fins científicos em outras pesquisas, conforme assegura o Termo de Confidencialidade (Apêndice D).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa incluem, inicialmente, a caracterização dos sujeitos no meio em que vivem por meio da descrição do espaço rural, como também, assinala o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. Na seqüência encontram-se os artigos que compõe os resultados da pesquisa. O formato de artigos foi estruturado em consonância com o preconizado pela norma de elaboração de trabalhos científicos, Monografia Dissertações e Teses (MDT), vigente na UFSM.

A apresentação da dissertação neste formato possibilita que os artigos possam ser submetidos em periódicos indexados. Destaca-se que os artigos elaborados estão organizados conforme as normas do periódico que serão enviados (MDT, 2012).

No quadro a seguir, apresentam-se os artigos elaborados a partir dos resultados da pesquisa:

Tabela 1: Artigos originados da pesquisa

TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO
Artigo 1: Determinantes sociais do processo saúde-doença: uma análise da produção bibliográfica	Investigar o que tem sido publicado acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença.
Artigo 2: Determinantes sociais e processo saúde-doença: tendências da produção na pós-graduação	Identificar a tendência da produção na pós-graduação relacionada aos determinantes sociais saúde e aos determinantes sociais do processo saúde-doença.
Artigo 3: Estilo de vida e redes sociais como Determinantes sociais da saúde na ruralidade: contribuições para a enfermagem.	Verificar como o estilo de vida e as redes de trabalho influenciam o processo de adoecimento no espaço rural.
Artigo 4: Condições de vida e de trabalho e sua implicação no processo saúde-doença no contexto da ruralidade: contribuições para a enfermagem.	Verificar como as condições de vida e trabalho determinam o processo saúde-doença no contexto da ruralidade.

4.1 Caracterização do Meio Rural e Sujeitos da Pesquisa

Tendo em vista que a pesquisa envolveu moradores da área rural do 5º distrito de Santa Maria, faz-se necessário melhor caracterizar esse espaço, bem como os sujeitos desta pesquisa.

A população da pesquisa caracterizou-se equitativa em relação ao gênero, 8 do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com idades entre 31 a 76 anos, adscritos a um território com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família- ESF, os quais residem na sede do distrito e nas microáreas de Trunqueiras, Água Boa, São Geraldo e Pains.

O espaço rural, objeto deste estudo, caracteriza-se por ser um espaço de construção social, a partir das relações dos homens entre si e com a natureza, associado ao tempo sazonal. O rural ficou identificado com a tradição e culturas estáveis, homogêneas e primitivas, caracterizando-o como conservador, por vezes, ainda, identifica-se o rural como meio de incivilidade e irracionalidade, como autoritário e não democrático (BIAZZO, 2008).

No entanto, outros autores trazem o rural como significado de espaço em constante evolução e não limitadas ao trato com a terra. Para Santos (2011), essas relações não se restringem simplesmente à visão de espaço rural como uma extensão das atividades agrícolas, e sim como uma construção social que vai além dessas atividades. As abordagens sobre o rural não são limitadas às atividades ligadas diretamente ao trato com a terra, engloba também formas de produção, consumo, comportamento, infra-estrutura, técnicas, enfim, uma série de aspectos que, relacionados entre si, podem expressar se o meio é caracterizado como rural ou não.

Para Wanderley (2003) rural é um modo de vida, por meio do qual os sujeitos descobrem a si mesmos e o mundo à sua volta; um universo conexo que carrega especificidades, buscadas através da história, acreditando no rural como formação sócio-histórica concreta.

A questão da ruralidade também é abordada como expressão das características de tudo que se relaciona a vida rural, em particular as condições materiais e morais da existência das populações rurais. Nesse sentido, a ruralidade é entendida como o modo de vida que está presente no espaço rural e também contribui para a definição conceitual de meio rural. Assim, o espaço rural é uma construção social com características específicas e a ruralidade esta mais ligada ao modo de vida de seus habitantes (SANTOS, 2011).

Contudo uma nova visão de espaço rural está surgindo numa perspectiva de novas relações de trabalho, atividades, padrões de produção e principalmente com novas estratégias de sobrevivência, fato que se deve a modernização da agricultura a partir dos anos 1960. A corrida

tecnológica por redução de custos de produção impõe uma especialização no meio rural, o que diminui o emprego nas atividades rurais, sobretudo aquelas oriundas das atividades agrícolas, uma vez que a mecanização desprezaria a mão de obra não qualificada (SANTOS, 2011).

Biazzo (2008) aborda a questão da terra como base produtiva, mas também como base natural, patrimônio ambiental, dedicado não apenas às atividades agrícolas, mas também às atividades ligadas ao lazer, como as práticas turísticas e de segunda residência, com usos de objetivo supostamente mais conservacionista do que predatório. Espera-se que esse espaço encontra-se em um processo de preservação dos seus recursos tendo em vista as gerações futuras e as graves conseqüências climáticas advindas, em grande parte, da ação do homem sobre o meio.

Com relação à comunidade rural estudada, observa-se que os acessos às localidades de Arroio do Só e de Pains são rudimentares e sem pavimentação. Segundo relatos dos moradores locais, os acessos das localidades têm poucas obras de conservação por parte do poder público municipal, o qual somente responde mediante reivindicação dos moradores.

Do mesmo modo, a comunidade local (Arroio do Só e Pains) relata a escassez de água, o que fez com que o poder público e a iniciativa privada, construíssem poços artesianos para o abastecimento de parte significativa da comunidade. As famílias, que não foram beneficiadas com o abastecimento de água desses poços, tiveram que buscar alternativas, como revela a fala a seguir:

Poço normal. Já não temos é a água. A água é precária, digo porque os caras foram fazer exames (água) lá e em outros vizinhos e não era uma água aprovada (boa para consumo). Água do poço, quase não bebo, sempre compro mineral, do poço só para banho, comida porque é fervida.[...] E quando chove tem bastante (água), mas quando faz seca, tem vizinhos que ficam sem água, e os políticos ficam de resolver e fica só na conversa de tempo de eleição (E16).

Com relação à condição de habitação, 15 dos entrevistados revelam que possuem casa própria, com rede elétrica e fossa séptica. Em relação à coleta de resíduos sólidos, revelam que em duas microáreas o recolhimento é realizado quinzenalmente e nas demais semanalmente. Foi possível identificar a preocupação em descartar resíduos de difícil decomposição, como embalagens plásticas, pet, latas e vidros, referindo ainda a utilização dos resíduos orgânicos nas hortas domésticas.

A comunidade tem sua base econômica predominante na atividade agrícola extensiva modelo este pautada no cultivo de grandes propriedades, associado ao uso de mecanização e insumos. Também observam propriedades com produção familiar associadas à produção de subsistência.

Relatam os entrevistados que esta forma de produção no espaço rural local tem levado ao aumento de áreas cultivadas em detrimento do espaço destinado a vida social da família e das comunidades, o qual vem produzindo um afastamento da experiência cultural histórica da vida no campo decorrentes das exigências impostas pelo modo de produção capitalista.

Na comunidade estudada, verifica-se que as lavouras agrícolas cada vez mais ocupam os espaços entorno das residências. Isso é fruto do modelo de desenvolvimento implementado no país a partir dos anos 70, o qual teve como consequência o desmatamento em larga escala para a introdução do cultivo das culturas agrícolas. Tal desenvolvimento, com uso de tecnologias e de insumos químicos, contribuiu para a contaminação da água, do ar, do solo, pelo uso abusivo de defensivos no cultivo dos produtos agrícolas, comprometendo a vida nesse entorno. Dessa maneira, revela a fala a seguir:

[...] não adianta cuidar na minha horta para não colocar agrotóxicos, sendo que as lavouras estão cada vez mais perto da casa da gente. [...] Quando eles passam veneno com o trator, lógico que o vento carrega longe. Eles pulverizam o soja, mas vem (agrotóxico) na escola, vem aqui. O cheiro é insuportável. O cheiro é muito forte [...] Agora está caindo as folhas, mas se tu olhares na pontinha dos cinamomos normal, direitinho, não é mais folhinhas de cinamomos, os brotinhos vêm tudo repolhadinhas. Tem árvores que secam aqui perto da gente e perto das lavouras. Isso tudo agride o organismo da gente. Ali no posto de saúde a lavoura de soja, a cerca é aqui não dá 10 metros tem o poço artesiano, aquele veneno deve descer para o lençol de água (E17).

Quanto às residências, situam-se distantes umas das outras tendo em vista que as mesmas situam-se em grandes propriedades rurais. A área com maior concentração populacional localiza-se na sede do distrito, na qual as propriedades são menores (em geral com menos de dois alqueires, tamanho do menor módulo rural), que têm a função de residência rural e não de um estabelecimento agropecuário produtivo (SILVA, 2001).

Os entrevistados referem não terem por hábito encontros sociais, tanto no espaço público quanto no privado, revelando uma característica muito próxima da urbanidade, do isolamento e da individualidade.

Não gosto muito, não gosto muito de sair, sou muito caseiro. Lá de vez em quando eu vou em algum, só venho aqui no Arroio (E1).
É, eu quase não saio aqui, meio difícil. Aquele que estava sentado alí, aquele é meu amigo. Eu vou na casa dele. [...] As vez no domingo. Dá uma conversada com ele (E15).

Santos (2011) aborda a questão da complexidade das relações sociais em um determinado espaço ao considerar o grau de tecnificação da população. Nesse sentido, o autor refere que quanto maior o acesso à tecnologia maior o isolamento a que os sujeitos estão

submetidos. O autor aborda ainda a questão da localização como uma questão que já não tem a importância de séculos passados decorrente do conjunto das relações capitalistas que passaram por fortes transformações nos últimos tempos.

Nesse sentido as urbanidades associadas à cultura, se manifestam com a emancipação feminina e a redução da divisão sexual do trabalho, com a fluidez de informação, com a estetização de comportamentos de acordo com as mídias, o vazio das relações sociais frente às tecnologias, entre muitos outros exemplos. No campo da economia a urbanidade está associada às manifestações por meio da complexa divisão social do trabalho, redes técnicas, de transporte e comunicação, tanto no campo quanto na cidade (BIAZZO, 2008).

Com relação às atividades quotidianas relatadas pelos entrevistados, o trabalho na ruralidade é designado como “lidas” as quais tem prioridade na organização do trabalho individual e coletivo da família, fato que justifica para os mesmos a pouca disponibilidade de tempo para atividades de lazer.

[...] é muito pouco tempo. O pessoal assim para fora sempre acha o que fazer! Eu não tenho tempo livre, sábado de tarde eu procuro, a gente descansa que alivia um pouco sabe? E domingo a gente procura descansar. [...] Se tem alguma coisa aqui por volta, a gente sai. E... só. [...] manter a casa em ordem As coisas tudo organizada eu acho. [...] É um pouco de relaxamento da gente também. E aqui o nosso horário seria sair depois das 7 da manhã mas..pensa nas atividades do dia e vai deixando. Mas está errado isso daí. Minha consciência eu sei que está errado (E8).

Ao serem indagados sobre a jornada de trabalho, os sujeitos da pesquisa relatam que no período de cultivo e de colheita possuem uma jornada de trabalho intensiva, e referem trabalhar 12 horas diárias sem distinção do tipo de atividade realizada, seja na agricultura, na pecuária ou em serviços domésticos.

No que se refere às pessoas que vivem nesses espaços, caracterizam-se por serem pessoas humildes, guiadas por princípios e valores fundamentadas em doutrinas cristãs e religiosas, pois 12 dos entrevistados referem serem católicos, três evangélicos e dois espíritas.

Quanto à vida social todos os entrevistados referiram ter conhecimento em relação a existência de grupos sociais na localidade sendo que o da terceira idade foi o mais citado, seguido do Centro Comunitário, Centro de Tradições Gaúchas e Centro Evangélico. Entretanto, 11 dos entrevistados manifestaram que não participam desses espaços.

Dos entrevistados, 11 referem ter nascido na localidade, o que permite verificar que os mesmos se sentem pertencentes a esse território. Seis entrevistados dizem ser provenientes de outros municípios, vindo a residir recentemente na comunidade.

Em relação ao estado civil dos entrevistados predominam os casados, seguidos de divorciados, viúvos, em união estável e solteiros. Verificou-se que, em relação à conformação das famílias, nenhum dos entrevistados tinha mais de três filhos, o que reflete uma nova conformação social neste espaço.

O depoimento de uma entrevistada relata que suas filhas foram residir na cidade, refletindo o esvaziamento do campo e o sentimento de medo e tristeza que a solidão causa.

[...] por isso que eu não vou fica aqui, [...] de medo de entrar em depressão profunda, [...] as vezes de noite me entristece, se não fosse a televisão, já não acho graça mesmo na televisão... eu saio e vou conversa com as gurias, caminhar um pouco. A gente tem que se cuida (E11).

É possível perceber que a gestão das pequenas e médias propriedades agropecuárias está se individualizando, ficando o pai e/ou um dos filhos encarregado das atividades, enquanto os demais membros da família procuram outras formas de inserção produtiva, em geral fora da propriedade. Verifica-se ainda que quem administra os estabelecimentos agropecuários hoje não é mais a família como um todo, mas um (ou alguns) de seus membros, o que atenua a idéia de uma divisão social do trabalho assentada na disponibilidade de membros da família como era antigamente, famílias numerosas tinham mais força de trabalho. Essa nova conformação vai ao encontro de uma divisão do trabalho capitalista (SILVA, 2001).

O estudo permitiu constatar o que os autores traduzem como esvaziamento rural, uma vez que dentre os entrevistados predominam famílias com núcleos pequenos, pois 81% referiram morar com apenas um membro da sua família (esposo (a), filhos (a), pai, irmãos) ou sozinhos. Tal fato é observado pelo progresso técnico na produção agropecuária que tem contribuído para a simplificação das tarefas agrícolas, principalmente com o uso de maquinário. Nessa perspectiva, os trabalhadores rurais já não precisam de famílias numerosas para dar conta das várias tarefas do dia a dia. Tal esvaziamento também fica evidente quando se observa que as habitações e/ou propriedades rurais podem expressar uma segunda opção de moradia de famílias que residem na área urbana e conquistam uma chácara ou sítio no interior para lazer (SILVA, GROSSI E CAMPANHOLA, 2002).

O núcleo familiar rural apresenta as terras como patrimônio familiar a ser preservado, mas, acima de tudo, a casa dos pais que se transforma numa espécie de base territorial, acolhendo os parentes próximos em algumas ocasiões festivas e tornando-se um ponto de refúgio nas crises, especialmente do desemprego, além de permanecer como alternativa de retorno para a velhice (SILVA, 2001).

As áreas consideradas “rurais” estão sofrendo esvaziamento demográfico, decorrente em grande parte da mecanização do campo, na busca de oportunidades melhores de trabalho. Contudo, o espaço rural não pode ser entendido como sinônimo de atraso e estagnação (BIAZZO, 2008), uma vez que as evoluções sociais e tecnológicas nesse meio são visíveis.

Todos os entrevistados referiram ter frequentado a escola, porém 11 referem não ter concluído o ensino fundamental. Estudos mostram que, a maioria dos jovens, que vivem no meio rural, não deseja seguir a profissão dos pais e que permaneceram nas unidades produtivas agropecuárias os jovens com menor grau de escolaridade. Essa realidade constitui um desafio para as políticas de desenvolvimento rural, pois hoje se tornam agricultores os jovens que não quiseram ou não conseguiram estudar seja pela falta de oportunidades ou pela dificuldade de acesso (SILVA, 2001). Dificuldades essas destacadas no depoimento a seguir:

Que nem agora, juntar duas turmas com o mesmo professor. Isso aí é fazer economia? Não! Imagina ter primeiro e segundo anos juntos. Imagina voltar há 30 anos atrás que dividia o quadro no meio para dar aula para duas turmas ao mesmo tempo. Não atende nem bem uma turma, nem outra. Que futuro vai ter essas crianças. Tu estás no primeiro ano prestando atenção no que está dando no segundo e esta no segundo fica prestando atenção no que foi dado no primeiro. Tem crianças que não conseguem memorizar, não conseguem separar uma coisa da outra. Enquanto tem muitas escolas particulares trabalhando com internet, já nem tem mais quadro negro. Poxa numa cidade como Santa Maria tem cidades no município que dividem o quadro para dar aula para duas turmas. Isso é um atraso de vida. Que tipo de alunos vão se formar? Que tipo de aluno vai sair daqui? Para disputar uma vaga no Ensino Médio num lugar diferenciado? (E17).

Realidade esta que vem ao encontro dos estudos de Abramovay (2005) quando esse defende que a educação, créditos e a terra são importantes na luta contra a pobreza no campo. Contudo, é necessário criar um ambiente que apóie a construção do conhecimento de jovens nesse espaço.

Silva (2001) relata que as atividades agrícolas continuam sendo a única alternativa para uma parte significativa da população rural, especialmente dos mais pobres. A parcela da força de trabalho agrícola que se forma alheia ao progresso tecnológico e às mudanças no espaço rural, não encontra ocupações não-agrícolas para se engajar. Essa condição se deve à inadequação de atributos pessoais (idade, crença e raça), inclusive formação pessoal (qualificação profissional e baixa escolaridade) desses trabalhadores para exercerem as ocupações rurais não agrícolas disponíveis.

Com relação aos meios de transporte utilizados, 12 entrevistados referem possuir carro próprio, fato que não os limita na utilização do transporte coletivo público para se deslocar à área urbana do município. Quanto à renda familiar identificou-se que para 11 dos

entrevistados, provem predominantemente da agricultura, seguida da pecuária, industrialização de cuias, serviços gerais, comércio e prestação de serviços. Referiram ainda a ocupação do tempo com os serviços domésticos e apenas dois sujeitos referiram ter vínculo empregatício.

Foi possível identificar entre os entrevistados a importância do benefício da aposentadoria para o homem e a mulher do meio rural uma vez que a mesma complementa a renda familiar permitindo que os idosos permaneçam no meio rural.

Dentre os usuários beneficiados pelo sistema previdenciário, houve referência à necessidade de complementar a renda com atividades na agricultura e cultivo produtos agrícola, para consumo próprio. Tanto os que trabalham na agricultura como os que tinham empregos fixos e aposentados, referiram que recebiam em média dois ou três salários mínimos. O que é reforçado por Silva, Grossi e Campanhola (2002), os quais afirmam que vem crescendo rapidamente o número de famílias com aposentados e desempregados no meio rural. Ainda,

[...] as ocupações agrícolas são as que geram menor renda; e que o número de famílias agrícolas está diminuindo, pois elas não conseguem sobreviver apenas de rendas agrícolas. Nem mesmo o número das famílias pluriativas, nas quais seus membros combinam atividades agrícolas e não-agrícolas, vem aumentando. Dada a queda da renda proveniente das atividades agropecuárias, as famílias rurais brasileiras estão se tornando cada vez mais não-agrícolas, garantido sua sobrevivência mediante transferências sociais (aposentadorias e pensões) e em ocupações não-agrícolas (SILVA, 2001, p.41).

Nessa perspectiva, uma política de desenvolvimento rural não pode limitar-se à agricultura, uma vez que os futuros agricultores serão cada vez mais pluriativos e suas rendas dependerão da agricultura, mas também de outras atividades. Quanto mais os jovens estiverem preparados para outras atividades, dentre as quais se destaca as voltadas à valorização da própria biodiversidade existente no meio rural, maiores serão suas chances de realização pessoal e profissional (ABRAMOVAY, 2005).

Assim, o autor acima faz referência a política de desenvolvimento rural, que essa deve associar à educação de qualidade com o estímulo a um ambiente que incite a formulação de projetos inovadores e que façam do meio rural uma opção de vida. A política deve considerar igualmente os jovens rurais que não desejam ser agricultores, mas gostariam de permanecer em suas regiões de origem, valorizando seus círculos de amizade e contribuindo para o surgimento de novas atividades.

4.2 ARTIGO 1: DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA

Resumo: O processo saúde doença resulta de uma série de determinantes emergentes nas sociedades, que se manifestam na forma de saúde ou doença. Nessa perspectiva o estudo buscou investigar o que tem sido publicado acerca dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Trata-se de uma revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS e MEDLINE. Os resultados da busca apontaram para dois temas centrais: definições sobre o processo saúde-doença e atenção saúde-doença das populações. Esse trabalho mostrou um conceito de atenção à saúde, ainda com uma predominância no modelo biomédico. Os estudos analisados apontaram que os determinantes sociais e o processo saúde-doença estão sendo trabalhados de forma separada, uma vez que nenhum dos estudos trazia os dois assuntos. Faz-se necessário um novo olhar nas pesquisas que abordem os determinantes sociais no processo saúde-doença, para que as ações em saúde atinjam integralidade dos sujeitos atendidos, uma vez que essa abordagem ainda é um desafio para os profissionais da saúde.

DESCRITORES: Determinantes sociais e Processo saúde-doença.

INTRODUÇÃO

Ainda que o processo saúde-doença já tenha sido abordado em outros estudos, as mudanças ocorridas em várias áreas do conhecimento humano, principalmente a social, demandam um olhar novo aos determinantes sociais presentes no processo saúde-doença. A maneira como esses determinantes se apresentam nesse processo implica diretamente na configuração de um panorama que pode ser identificado como potencializador ou fragilizador da saúde da população.

Os determinantes do processo saúde-doença envolvem ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, por meio de políticas públicas intersetoriais, que se configuram como macro determinante nesse cenário (CARVALHO e BUSS, 2008).

A saúde-doença pode ser entendida sob o aspecto de várias teorias. Entre elas está a unicausalidade, amplamente difundida nos serviços de saúde. Essa teoria defende a ideia de que as doenças possuem um único fator etiológico. A superação deste conceito se dá a partir da compreensão de que, para a existência de condição de saúde-doença, entram em cena além dos fatores biológicos, os econômicos, os sociais e os culturais. Esses determinantes podem se tornar possíveis vias de propagação e surgimento de algumas enfermidades como expressão de risco e de vulnerabilidade para as populações (BARROS, 2002).

Nesse sentido, a passagem para o conceito de multicausalidade não exclui a presença de agentes etiológicos como fator de surgimento de doenças nas pessoas. Ele vai além e leva em consideração os aspectos psicológicos do sujeito, conflitos familiares, recursos financeiros, nível de instrução, entre outros. Esses fatores, não são estáveis, podem variar conforme a etnia, a região ou com o passar dos anos (BARROS, 2002).

Travassos e Castro (2008) referem que os determinantes sociais são fatores que interferem nas condições de saúde e de vida das populações, preponderantemente influentes nos grupos sociais, tais como: a pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, redes sociais.

Backes et al (2009) expressam que o processo saúde-doença não deve restringir-se apenas à biomedicina, ou no modelo biomédico, cujo enfoque é a biologia humana e a fisiopatologia, que vê a doença como um processo biológico. Há que se considerar as discussões mais recentes da antropologia, que questionam o modelo biomédico e concebem a saúde e a doença como processos psicobiológicos e socioculturais, em que a doença é resultado do contexto cultural e da experiência subjetiva dos sujeitos.

Com o objetivo de promover em âmbito internacional uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2005 a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH). Nesse relatório inicial também é apontada a necessidade de combater as iniquidades em saúde por esses determinantes (CARVALHO; BUSS, 2008).

As definições acerca dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) apontam que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população, estão relacionadas com sua situação de saúde. Nesse sentido, Carvalho e Buss (2008 p.148) afirmam que “estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo ou população está exposto”. Assim, o processo saúde-doença é o resultado das condições de vida dos sujeitos, ou seja, dos seus hábitos e estilo de vida, condições socioeconômicas, da cultura, bem como do meio ambiente em que esses sujeitos vivem e se relacionam.

Buss e Pellegrini Filho (2007), ao tratarem dos DSS, apontam que existe uma tentativa de estabelecer hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais desses determinantes de natureza social, econômica e política e o modo pelo qual esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Esses autores corroboram com o consenso da

importância dos DSS na situação de saúde, tanto de indivíduos quanto de grupos sociais, construído ao longo da história.

Dessa forma o tema desse estudo constituiu-se do processo saúde-doença com objeto delimitado pelos determinantes sociais do processo saúde-doença. A questão norteadora da pesquisa foi: Como os estudos têm abordado o tema dos determinantes sociais do processo saúde-doença? O objetivo da pesquisa limitou-se em verificar nas publicações das bases de dados como o tema dos determinantes sociais do processo saúde-doença vem sendo trabalhado.

METODOLOGIA

Esse estudo trata de uma revisão integrativa, com abordagem qualitativa, que envolveu as seguintes etapas: identificação do tema busca publicações em bancos de dados, tabulação dos resumos, categorização em forma de temas, análise e síntese final.

Para busca foram utilizados os seguintes descritores: processo saúde-doença e determinantes sociais como sinônimos de Determinantes epidemiológicos.

Optou-se pela busca por categoria do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde - por apresentarem estudos com os significados dos descritores segundo temática do estudo, a saber: processo saúde-doença – Estado de equilíbrio entre os seres humanos e os ambientes físico, biológico e social, compatíveis com suas atividades funcionais (categoria DeCS: SP5.001.002); determinantes sociais – Acontecimentos, características ou qualquer outro fator real que potencialmente possa afetar as condições de saúde ou alterar algum resultado já definido (categoria DeCS: NO5.715.350).

A busca das publicações foi realizada nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Literatura Internacional em Ciências da Saúde – MEDLINE. A seleção dos artigos seguiu os seguintes critérios: possuir o resumo dos artigos disponíveis nas bases de dados, publicação no período de 2005 a 2012 e escritos em português, espanhol e inglês. A delimitação do espaço temporal se deve ao fato de 2005 ser o ano de criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Foram excluídos do estudo publicações que não se referiam a artigos de pesquisa científica e artigos que abordassem superficialmente o tema, relacionando-o a uma situação específica.

A estratégia de busca utilizada na base de dados foi: SP5.001.002 [Categoria DeCS] or NO5.715.350 [Categoria DeCS] and "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" [ano de publicação].

A busca resultou em 239 trabalhos no MEDLINE e 286 na LILACS, sendo que, a maioria desses estudos se referem a trabalhos de pós-graduação e outras publicações que não atendiam aos critérios de inclusão acima mencionados. Outros trabalhos foram excluídos desse estudo por relacionarem-se a uma situação específica de saúde-doença ou por abordarem o tema superficialmente. Assim, o *corpus* de análise foi feita com 25 resumos e destes 11 selecionados por corresponderem a temática do estudo. Na tabela 1 constam as referências dos estudos e o respectivo código.

Tabela 1 – Códigos Referências dos Artigos

CÓDIGO	REFERÊNCIA
4M	PUYOL, Anjo. Ética, equidade e determinantes sociais da saúde. Gac Sanit vol.26 no.2 Barcelona março / abril 2012
2M	LIU, David MKI e ALAMEDA, Christian K. Determinantes Sociais da Saúde para Crianças havaianas nativos e do Adolescente. Hawaii Med J. 2011. Novembro, 70 (11 Suppl 2): 9-14.
1L	BOURNE, P.A. Determinantes da saúde: o uso de dados secundários de modelo preditores de bem-estar dos jamaicanos. Oeste med indiana. j. vol.57 no.5 Mona novembro 2008
4L	DEGANI, G.C.; CAMELO, S.H.H. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. Cienc Cuid Saude 2009 Abr/Jun; 8(2):213-219
7L	IRIART, J.A.B.; CAPRARA, A. <i>Novos objetos e novos desafios para a antropologia da saúde na contemporaneidade</i> . Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 853-863, 2011
8L	SILVA, L.F. da; ALVES, F.; Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1207-1229, 2011
11L	PELLON, L.H.C.; VARGAS, L.A. <i>Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des) caminhos na atenção a saúde dos Guaranis Mbya de Aracruz, Espírito Santo</i> . Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1377-1397, 2010
13L	ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008
14L	OGATA, M.N. et al. Saúde, cidadania e qualidade de vida: estudo das representações sociais de trabalhadores de uma cooperativa popular. Rev. APS, v. 11, n. 2, p. 172-180, abr./jun. 2008
15L	GARCÍA, A.F. ¿Cómo el Ingreso Afecta la Salud?: La Perspectiva de la Epidemiología Social. Ciencia & Trabajo ano: 12nº 35 jan/mar. 2010 272-275 www.cienciaytrabajo.cl
16L	REIS, A.M. dos; SOARES, C.B.; CAMPOS. C.M.S. Processo Saúde-Doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.347-357, 2010
17L	RAMIS, M.R.A.; CODINA, P.L.S. Contribuições da ciência pensamento e complexidade ao estudo dos determinantes da saúde. Rev Saúde Pública v.35 n.4 Cubana Havana em outubro-dezembro. 2009
20L	CUBAS, M.R.; EGRY, E.Y. Práticas inovadoras em saúde coletiva: ferramenta re-leitora do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(Esp):787-92. www.ee.usp.br/reeusp
21L	BACKES, M.T.S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.
22L	NOGUEIRA, A.C.F.; MAINBOURG, E.M.T. A Comunidade do Pau Rosa/Amazonas e a Relação entre Natureza, Cultura e o Processo Saúde/Doença. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.22-34, 2010
23L	ARISTIDES, J.L.; LIMA, J.V.C. de. Processo saúde-doença da população em situação de rua da cidade de londrina: aspectos do viver e do adoecer. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 2, p. 43-52, jun. 2009

Os resultados foram descritos pelo código atribuído ao estudo que expressa uma ordem seqüencial, seguida da letra inicial da base de dados onde o estudo encontra-se. Dessa forma, “M” representa a base de dados MEDLINE e “L” a base LILACS. As referências constantes na tabela 1 não serão apresentadas nas referências desse estudo.

RESULTADOS

Os estudos analisados são classificados em 3 níveis de evidência, 07 estudos no nível 6, 07 estudos no nível 7 e 02 no nível 4, conforme classificação para a pesquisa baseada em evidências, proposta por Melnyk e Fineout-Overholt em 2005 (CULLUM et al, 2010).

Os resultados dos estudos apontam para a configuração de dois temas centrais: o conceito sobre processo saúde/doença e atenção à saúde.

No primeiro tema, os artigos abordam a busca do significado por meio do simbólico cultural, no que é o oposto do conhecimento científico, e que todas as formas de conhecimento são válidas (8L). Os estudos também abordam conceituações sobre saúde, doença e processo saúde-doença, relacionando-os aos momentos históricos que lhes deram origem, bem como descrevem o desenvolvimento dos conceitos e práticas de promoção da saúde e de prevenção nos últimos anos (13L).

Estudo com enfermeiros demonstrou que esses possuem conhecimento sobre o conceito ampliado de saúde e a doença foi caracterizada como o oposto de saúde, sendo manifestada por sinais e sintomas. Também o distanciamento entre teoria e prática foi relatado como um problema a ser enfrentado (4L). O modelo biomédico ainda é predominante e os profissionais da saúde precisam superar esse modelo de assistência centrado na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais (21L).

Em um estudo com lideranças estudantis a concepção de saúde-doença mais enfatizada foi a multicausal, representada majoritariamente por fatores relacionados à esfera do consumo. Sobressaem também concepções centradas no indivíduo, na subjetividade e de caráter idealista. Poucos estudantes consideraram nas suas formulações, de maneira organizada, a categoria da reprodução social na determinação do processo saúde-doença (16L).

Em outro trabalho o significado de saúde-doença para moradores de rua quase sempre expressa a saúde com a ausência de doença, mas também se percebeu a saúde com sentido de bem-estar e doença ligada à incapacitação (23L). Um estudo apontou para novas definições da saúde-doença associadas aos avanços das ciências da vida (7L).

Outro tema aborda a questão da atenção à saúde de uma maneira geral como: cuidado à saúde, acesso aos serviços de saúde, equidade no atendimento. Nesse contexto, os estudos trazem que o acesso aos cuidados de saúde deve ser corrigido ou ampliado para incorporar as desigualdades que ocorrem antes que os usuários acessem o sistema de saúde, fragilizando o princípio da equidade em saúde (4M). Apontam também que as disparidades podem ser uma falta de equidade na saúde, decorrentes de trauma de várias gerações e da discriminação, bem

como a pobreza e as desigualdades de habitação, educação, meio ambiente, acesso a cuidados de saúde e capital social (2M).

Em relação ao acesso à saúde, um estudo aponta que apesar de um contexto nacional de descaso com a saúde do indivíduo em situação de rua, apareceram relatos sobre o acesso mais facilitado graças ao programa municipal de assistência social ao morador de rua. Contudo, esse mesmo estudo relata que quando há procura espontânea pelo serviço de saúde, existe a barreira do preconceito ao morador de rua (23L).

Um estudo sobre a atenção à saúde da população indígena diz que essa assistência costuma sofrer influências dos interesses políticos, econômicos e sociais locais, regionais e globais que em muitos aspectos se sobrepõem ou negligenciam os aspectos indispensáveis à promoção e proteção da qualidade de vida dessa população (11L).

Outro estudo postula a existência das denominadas lacunas epistemológicas, relacionadas às categorias epidemiológicas de causalidade e risco, como problemas de saúde cada vez mais globais. Ainda postula que o fator saúde-doença torna-se "holístico" e não é determinada pela ação de fatores de risco individuais, mas pela participação do "social", articulada ao biológico como um todo (17L).

A tabela 2 apresenta as categorias do estudo com os códigos dos trabalhos analisados e os extratos dos trabalhos selecionados para este estudo.

Tabela 2 - Categoria e Extratos dos Artigos

Categoria	Código	Fragmento dos trabalhos
Conceitos de saúde/doença	8L	O saber leigo, popular, que preenche a vida e orienta a ação cotidiana, busca o significado através do simbólico cultural, no que é o oposto do conhecimento científico. O debate nos modos de produção de conhecimento e na consequente contingência dessas mesmas produções, o que sustenta a afirmação de que todas as formas de conhecimentos são válidas nos seus contextos de produção.
	13L	O trabalho estrutura-se em dois blocos: o primeiro corresponde à apresentação de diferentes conceituações sobre saúde, doença e processo saúde-doença, relacionando-os aos momentos históricos que lhes deram origem. No segundo, procura-se descrever o desenvolvimento dos conceitos e práticas de promoção da saúde e de prevenção nos últimos anos e sua incorporação ao Sistema Único de Saúde - SUS.
	4L	"Desvelando o conceito de saúde na percepção dos enfermeiros" e "Apreendendo a concepção de doença dos enfermeiros". Os enfermeiros demonstraram conhecimento sobre o conceito ampliado de saúde e a doença foi caracterizada como o oposto de saúde, sendo manifestada por sinais e sintomas. O distanciamento entre teoria e prática foi relatado como um problema a ser enfrentado.
	7L	As novas definições da doença e da saúde associadas aos avanços das ciências da vida e a forma como o corpo humano é construído, transformado e redefinido como lócus da gestão do risco e da incerteza; por outro, o contexto cada vez mais complexo, globalizado e desigual em que estamos vivendo.
	16L	A concepção de saúde-doença mais enfatizada entre as lideranças estudantis foi a multicausal, representada majoritariamente por fatores relacionados à esfera do consumo. Sobressaem também concepções centradas no indivíduo, na

		subjetividade e de caráter idealista. Poucos estudantes consideraram nas suas formulações, de maneira organizada, a categoria da reprodução social na determinação do processo saúde-doença.
	21L	O modelo biomédico ainda é predominante e os profissionais da saúde precisam superar esse modelo de assistência à saúde centrada na doença, voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais.
	23L	O significado de saúde-doença para esse grupo (moradores de rua) quase sempre expressa a saúde com a ausência de doença, mas também perceberam-se falas que mostram a saúde com sentido de bem-estar e doença ligada à incapacitação.
Atenção a saúde	4M	[...] conceito de equidade em saúde tradicionalmente definido como acesso aos cuidados de saúde deve ser corrigido ou ampliado para incorporar as desigualdades injustas que ocorrem antes que os pacientes atingem o sistema de saúde.
	2M	Com base em comparações com outros povos indígenas e marginalizados, a etiologia dessas disparidades pode ser uma falta de equidade na saúde, decorrentes de trauma de várias gerações e da discriminação, bem como a pobreza e as desigualdades de habitação, educação, meio ambiente, acesso a cuidados de saúde, e capital social.
	11L	Conclui-se que a atenção a saúde indígena costuma sofrer influências dos interesses políticos, econômicos e sociais locais, regionais e globais que em muitos aspectos se sobrepõem ou negligenciam aqueles aspectos indispensáveis à promoção e proteção da qualidade de vida dos Guarani Mbya, aldeados em Aracruz.
	17L	Ele postula a existência de "lacunas epistemológicas" em epidemiologia, especialmente relacionadas às categorias epidemiológicas de causalidade e risco, como problemas de saúde atuais estão cada vez mais globais, torna-se "holístico" e não é determinada pela ação de fatores de risco individuais, mas pela participação de "social" articulada "o biológico" como um todo.
	23L	No acesso à saúde, apesar de um contexto nacional de descaso com a saúde do indivíduo em situação de rua, apareceram falas sobre o acesso mais facilitado graças ao programa municipal de assistência social ao morador de rua - SINAL VERDE. Contudo, quando há procura espontânea pelo serviço de saúde, existe a barreira do preconceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo assinalou que apesar do tema Determinantes Sociais e Processo Saúde-Doença serem temas transversais, ainda são tratados separadamente, uma vez que nenhum dos estudos integravam os dois temas. Os estudos apontam para a predominância do modelo biomédico nas práticas de saúde. Além disso, são apontadas lacunas com relação ao cuidado e ao acesso aos cuidados de saúde.

Assim, faz-se necessário um novo olhar nas pesquisas que abordam os determinantes sociais no processo saúde-doença para que as ações em saúde garantam a integralidade da atenção aos sujeitos atendidos, uma vez que essa abordagem ainda se configura um desafio para os profissionais do campo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, Jan/Jul,2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext> Acesso: 10 set. 2012.

BACKES, M.T.S.et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. enferm**, UERJ, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 111-117, jan/mar, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>> Acesso: 28 jul. 2012.

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso: 28 mai. 2013.

CARVALHO, AI. e BUSS, PM. Determinantes Sociais na Saúde e na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. LOBATO, LVC. NORONHA, JC. CARVALHO, AI. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2008. p.141-166.

CULLUM, N.et al. Enfermagem baseada em evidências: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. LOBATO, L.V.C. BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

4.3 ARTIGO 2: DETERMINANTES SOCIAIS E PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO NA PÓS-GRADUAÇÃO

Resumo: O entendimento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) torna-se relevante para ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde uma vez que possibilita uma assistência que responda às necessidades específicas de saúde de cada localidade. Além disso, pode auxiliar na redução de riscos e iniquidades em saúde convergindo em prol da justiça social. O estudo buscou saber qual a tendência da pós-graduação nos estudos que abordassem a temática dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Trata-se de um estudo de tendências narrativas dos trabalhos de pós-graduação do Portal de Teses e Dissertações da CAPES. Os resultados dos estudos foram analisados segundo modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead. Assim, os resultados foram agrupados segundo as categorias do modelo: 1) estilo de vida dos indivíduos; 2) redes sociais e comunitárias; 3) condições de vida e de trabalho e 4) condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Faz-se necessário um novo olhar nas pesquisas que abordem os determinantes sociais no processo saúde-doença para que as ações em saúde atinjam visibilidade na elaboração de políticas públicas que prime pela integralidade dos sujeitos atendidos, uma vez que essa abordagem ainda é um desafio para os profissionais da saúde.

DESCRITORES: Determinantes sociais e Processo saúde-doença.

INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) possuem conceitos diversos que são similares e complementares, em que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a situação de saúde. Envolve fatores sociais, culturais, econômicos, comportamentais, étnicos e psicológicos e estes influenciam na saúde do indivíduo (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007). Esses fatores se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo, pois distingue suas particularidades e reflete sua inserção em um tempo-espaço (SANT'ANNA et al, 2010).

As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e complexidade de fatores que pertencem às condições de vida e saúde local, sendo que essas se relacionam. Saúde pode ser entendida como aquela que determina a identidade do indivíduo, diferenciando-o dos outros indivíduos nos mais variados espaços, proporcionando, coerência entre corpo e ambiente através da integração entre eles (CEZAR-VAZ et al, 2005). Já o processo que envolve o adoecer de um indivíduo e suas possibilidades de cura vêm sofrendo influências durante anos, pois se considerava como sendo saúde, um corpo rígido, sem presença de doença. Entretanto, com a expansão das discussões sobre saúde e doença, teve-se início à percepção da importância da subjetividade do indivíduo através de um cuidado

individualizado e integral (SILVA, 2006). Assim, a saúde passou a ser considerada como um conjunto de qualidade física, mental e social do sujeito, o que envolve a sua biologia, estilo de vida, o meio ambiente e a organização da assistência à saúde (SCLIAR, 2007).

Nessa perspectiva, considera-se o processo de adoecimento como multifatorial, em que a união de mecanismos socioeconômicos, políticos, culturais, psicossociais, ambientais e genéticos contribuem para o processo patológico, constituindo variáveis que condicionam o estado de saúde e doença de uma determinada população (SANTANA, 2011).

Partindo do pressuposto que o processo saúde-doença está interligado aos determinantes sociais, tentou-se responder a questão de pesquisa: qual é a tendência das produções de pós-graduação sobre os determinantes sociais da saúde e sobre determinantes do processo saúde-doença? O estudo teve como objetivo identificar a tendência da produção na pós-graduação relacionada aos determinantes sociais saúde e aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma investigação acerca da produção de teses e dissertações da Coordenação de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) sobre o tema: *determinantes sociais da saúde e determinantes sociais do processo saúde-doença*. Buscou-se responder a seguinte questão de pesquisa: “qual é a tendência dos estudos da pós-graduação sobre determinantes sociais e sobre Processo saúde-doença?”

É uma pesquisa com abordagem qualitativa, que realizou a revisão narrativa. Foi composta pelas etapas: busca de estudos no portal de dissertações e teses da CAPES. Utilizaram-se como expressões exatas determinantes sociais da saúde e determinantes sociais do processo saúde-doença; seleção de estudos que abordassem o tema no título, nas palavras chaves e/ou no resumo. Optou-se por não delimitar o período dos trabalhos no intuito de capturar todas as produções disponíveis. A busca resultou em: 60 trabalhos com o descritor determinantes sociais da saúde e 13 com o descritor determinantes sociais do processo saúde-doença. Após seleção dos trabalhos, com base nos temas dos estudos, o *corpus* de análise ficou composto por 19 estudos.

Para facilitar a identificação dos mesmos durante a análise, os estudos selecionados receberam um código que representava M para mestrado seguido do número identificador dissertação precedida do número dos estudos (2/M1, 4/M2); D para estudos de doutorado seguido do número identificador da tese, também precedido do número dos trabalhos (3/D1, 5/D5).

Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos dos estudos selecionados. Sequencialmente foi elaborado um quadro sinóptico. As questões trabalhadas no quadro sinóptico foram: instituição mantenedora do curso de pós-graduação, área de concentração do programa onde o estudo foi realizado, natureza do estudo (mestrado ou doutorado), ano do término do estudo, orientador, delineamento do estudo (abordagem e tipo de estudo), palavras chaves do estudo, sujeitos estudo, instrumento de pesquisa e o resumo subdividido em objetivo do estudo, resultado, contribuições e sugestões. A análise dos resultados seguiu o modelo de Determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Depois de elaborado o quadro sinóptico, procedeu-se a leitura criteriosa para colher o extrato de cada resultado para posterior análise.

A seguir Tabela 1 com as referências e códigos dos estudos analisados:

Tabela 1 - Códigos e Referências das Dissertações e Teses

CÓD.	REFERÊNCIA
1/M1	CASTRO, A. M. B. B. de. Análise da produção científica sobre determinantes sociais de saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2010.
2/D1	FUSCO, C. L. B. Aborto Inseguro: determinantes sociais e iniquidades em saúde em uma população vulnerável – Favela Inajar de Souza, São Paulo, SP, Brasil. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011.
3/D2	GONÇALVES, C. C. M. Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande-MS: Projeto Viva Seu Bairro. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2010.
4/D3	SOUZA, D. E. de. Determinação social da saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2012.
5/M2	SANTOS, D. L. dos. Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã - RS: contribuições ao estudo dos Determinantes Sociais da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
6/M3	RIQUINHO, D. L. A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.
7/M4	MOURA, F. da S. Compreendendo as determinações sociais da saúde a partir da prática interdisciplinar na pediatria do HU/USP. 2011. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011.
8/D4	WIDHAGEM, G. M. do E. S. Determinantes sociais de saúde, exercício físico e lazer de adultos jovens da Comunidade da Matriz. 2010. Tese (Doutorado em Educação Física) - UNIVERSIDADE GAMA FILHO. São Paulo, 2010.
9/M5	VERNASQUE, J. R. DA S. Determinantes sociais da saúde: os olhares dos profissionais da atenção básica do município de Marília-SP. 2011. Dissertação (Mestrado em (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011.
10/M6	RODRIGUES, J. M. Transição epidemiológica em cabo verde e seus determinantes. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro De Pesquisa Aggeu Magalhães / FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.
11/M7	ACOSTA, L. M. W. O mapa de Porto Alegre e a Tuberculose: Distribuição Espacial e Determinante Sociais. 2008. Dissertação (Mestrado Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.
12/M8	FIGUEIREDO, L. C. L. Associação entre determinantes sociais da saúde e dentição funcional em adultos de 35 a 44 anos. 2012. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

Tabela 1 - Códigos e Referências das Dissertações e Teses - Continuação

CÓD.	REFERÊNCIA
13/M9	RIBEIRO, L. C. S. O retardo no diagnóstico da tuberculose e a adesão ao tratamento na atenção primária à saúde: a influência de concepções do processo saúde-doença e de determinantes sociais da saúde. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012.
14/M10	SANTOS, M. O. P. Médicos e pacientes tem sexo e cor? A perspectiva de médicos e residentes sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)- Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2012.
15/M11	OLIVEIRA, M. F. S. de. Avaliação da cobertura vacinal em menores de cinco anos em Bom Jesus, Província do Bengo, Angola. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.
16/M12	QUEIROZ, O. S. Determinantes Sociais da Gravidez na Adolescência em Município de Médio Porte no Nordeste do Brasil: um Estudo Prospectivo. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Ceará. Alagoas, 2010.
17/D5	DOWBOR, T. P. O trabalho com determinantes sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do município de São Paulo. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2008.
18/M13	SILVA, A. S. L. E. Cárie dental e determinantes sociais do processo saúde - doença em escolares de 12 anos do Pici, município de Fortaleza-Ceará. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará. Alagoas, 1999.
19/D6	COSTA, S. de M. Determinantes sociais da cárie dentária em adultos de municípios do entorno de Belo Horizonte. 2012. Tese (Doutorado em Odontologia)- Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

Os resultados foram descritos pelo código atribuído ao estudo. A letra “D” representa a inicial de trabalho de Dissertação e “T” representa a inicial de Tese. Os códigos e referências constantes na tabela não serão apresentadas nas referências desse estudo.

RESULTADOS

Dos estudos selecionados procedeu-se a análise segundo critérios do quadro sinóptico. Assim, a primeira análise demonstrou que 13 estudos eram Dissertações e 6 Teses que apresentavam-se de forma equitativa no que tange ao delineamento da pesquisa, conforme resultados apontados no quadro sinóptico em anexo (Apêndice 1), 7 estudos qualitativos e 8 estudos quantitativos e 4 qualitativos-quantitativos. O tipo de estudo que prevaleceu resumiu-se em estudos transversais com 5 trabalhos seguido de revisão bibliográfica com 4, também quatro trabalhos não identificaram o tipo de estudo, foram realizados, também estudos epidemiológicos, descritivos, exploratórios, avaliativo, censitário e um estudo prospectivo.

O instrumento de coleta de dados mais utilizado foi a entrevista (11) seguido pelos estudos epidemiológicos (5 estudos). Também foram utilizados questionário (2), triangulação de métodos (2), observações participantes (2), documental (2) e pesquisa bibliográfica (3).

Os estudos selecionados pesquisaram o tema com os seguintes sujeitos: familiares (3), crianças e adolescentes (2), adultos (3), mulheres e profissionais de saúde. Dois estudos não respondem a esse item por se tratar de pesquisa bibliográfica.

A investigação também apontou que a Área que mais desenvolve estudos sobre a temática é a área da saúde coletiva com 6 estudos seguida de área de saúde pública com 4

trabalhos. A Enfermagem esteve presente com 3 estudos; também, apareceram a área da epidemiologia(2), serviço social e psicologia (2), educação física e odontologia com um trabalho cada.

A instituição mantenedora que mais trabalhou com o tema foi Universidade de São Paulo com 6 estudos, seguida da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (3 estudos). Também aparecem estudos nas instituições, UFCE, UFMG com dois estudos cada; UFBA, UFPB, UGF-RJ, FIOCRUZ- PE, PUC SP, USP/ Ribeirão Preto com um estudo cada.

O ano que mais se produziu sobre a temática foram os anos de 2010 e 2012, com cinco trabalhos de pós-graduação, seguido do ano de 2011 com quatro estudos. Houve estudos sobre a temática também nos anos 1999 (1 estudo), 2008 e 2009 (2 estudos cada).

Os principais assuntos trabalhados dentro deste tema foram: Determinantes Sociais da Saúde com 8 estudos de pós-graduação, acesso e utilização dos serviços de saúde (cobertura vacinal, serviço da pediatria) com 5 estudos, redes de apoio social (2), determinantes sociais e iniquidades em saúde (3), exercício físico e lazer e transição epidemiológica (2), profissionais da saúde (2), modelo biomédico (7), saúde bucal e associação entre sexo, escolaridade e saúde autoreferida com 2 estudos.

Quanto aos resultados desses estudos observou-se que a maioria abordava parcialmente os DSS. Apenas três trabalhos abordavam mais profundamente os DSS a saúde pública sem especificar um caso ou fenômeno.

O primeiro trabalho (1/M1) tinha por objetivo identificar a produção da pesquisa em DSS na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no período de 2004 a 2008, na área de saúde pública. Como principal resultado apontou os diversos determinantes sociais de saúde encontrados durante a coleta de dados, os mais citados foram: inclusão social, segurança, justiça social, transporte, qualidade de vida, modelos de atenção à saúde, educação, lazer, ambiente de trabalho, equidade, distribuição de renda, recursos sustentáveis, ecossistema saudável, stress e saneamento.

O segundo trabalho, cujo título é “A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural”, tinha por objetivo 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. Esse trabalho apontou como principais resultados: marcante desigualdade nesses níveis em relação às condições de domicílio, escolarização, ocupação e saúde. Apontou também que apesar das diferenças socioeconômicas, o grupo estudado, 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.

O terceiro estudo que aborda quais aspectos dos DSS são reconhecidos pelos profissionais de atenção básica do município de Marília no cotidiano do trabalho em saúde, bem como são apreendidos e manejados como necessidades na produção de cuidados em saúde. Foi realizado tratamento dos dados, baseado nas categorias do modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991). Desse modo, os resultados desse estudo apresentaram dos DSS em categoria: 1) O estilo de vida dos indivíduos; 2) Redes sociais e comunitárias; 3) Condições de vida e trabalho e 4) Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Para facilitar a compreensão dos achados dos estudos selecionados para trabalho utilizou-se como base o estudo anterior (9/M5) onde os principais resultados foram categorizados segundo o referido modelo.

Cabe salientar que o modelo de DSS proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) encontra ainda no centro destas categorias um eixo central que representa o indivíduo suas características como sexo e idade e os fatores hereditários.

Nos resultados dos estudos analisados observou-se que a idade dos sujeitos é determinante no processo saúde-doença. Em um dos estudos, a gravidez antes dos 20 anos de idade entre adolescentes de uma zona urbana estava associada a fatores determinantes individuais, como a idade (16/M12). Outro estudo apontava que a idade da 1ª relação sexual determinava o aborto inseguro (2/D1), o que coloca em risco a saúde dessas mulheres. Outra investigação apontou que a idade dos participantes interferia na saúde auto referida precária (4/D3). Já outro sugeria um decréscimo da cobertura vacinal de crianças conforme aumenta a idade da mãe ou responsável (15/M11), fator que determina a condição de saúde dessas crianças.

Outra investigação apontou que características individuais como a cor da pele e o gênero interferiam na condição de saúde dos sujeitos, assim como esses referiam uma saúde autoreferida precária (4/D3).

1) O Estilo de Vida dos Indivíduos

Vários estudos apontaram o estilo de vida como fator determinante para o processo saúde-doença (9/M5; 12/M8). Dentre os diversos determinantes sociais de saúde em um estudo que buscava identificar a produção sobre DSS na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, foram citados a qualidade de vida, lazer, a prática de exercícios físicos e o stress como preponderantes do processo (1/M1; 8/D4).

Outro fator ligado ao estilo de vida são os comportamentos de riscos como o tabagismo e o etilismo. Um estudo sobre o retardo no diagnóstico de Tuberculose e a dificuldade de adesão ao tratamento referiu o baixo nível socioeconômico dos doentes de TB; a associação de comportamentos de risco – etilismo e tabagismo, configurando-se em um fator potencial para retardar a procura por uma solução terapêutica; a busca por assistência devido ao agravamento dos sintomas (13/M9). Outro estudo que investigava a percepção dos sujeitos quanto à saúde autoreferida precária constatou que homens com menor renda e a condição de fumante tinham mais chance de referir saúde autoreferida precária, assim como o consumo de álcool interferia na percepção dos sujeitos (4/D3). Um último estudo na área de odontologia relatava que o estilo de vida, assim como as características demográficas, influencia a condição da dentição dos sujeitos (12/M8).

2) Redes Sociais e Comunitárias

Os estudos agrupados nesta categoria referiam a inclusão social, rede de apoio social, as práticas interdisciplinares e a questão discriminação e preconceito gênero (9/M5).

Um dos trabalhos que buscava conhecer e compreender as práticas e o apoio social, considerando as desigualdades sociais presentes em uma comunidade rural, concluiu que apesar das diferenças socioeconômicas, o grupo de trabalhadores rurais investigado 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 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 (6/M3). O que legitima os achados de outro estudo que apontou a inclusão social como determinante social de saúde (1/M1).

Ao falar de relações sociais e comunitárias há que se explicar sobre as práticas em saúde, como estas são realizadas junto às comunidades. Um estudo referiu que a prática interdisciplinar é o que diferencia a equipe ao se atuar junto a demandas extremamente complexas. Os familiares entrevistados neste estudo demonstraram fragilidade no entendimento das questões mais estruturais que os acompanham no processo de adoecimento, mas se sentem seguros ao receberem atenção dos profissionais de saúde (7/M4), neste sentido a relação da comunidade com a equipe de saúde também determina as condições de saúde desses sujeitos, uma vez que as relações estabelecidas com os profissionais da saúde são fundamentais para a assistência de qualidade.

Por outro lado um estudo realizado com profissionais da saúde permitiu reconhecer alguns marcadores sociais da diferença que se transformam em desigualdade, os lugares sociais diferentes para homens e mulheres, brancos, amarelos e negros, lugares de maior ou menor privilégio e de obstáculo para uma assistência de qualidade. Os entrevistados do estudo, em algum momento, usaram o discurso sobre o “instintivo” e natural, e a maior parte deles compreende o masculino e o feminino de um modo muito conservador, com problemas para encontrar definições para perguntas supostamente simples. No caso da desigualdade racial, observou-se uma polarização: de um lado a negação das desigualdades entre brancos e não-brancos, do outro temos a valorização da identidade branca, compondo bem com o “racismo à brasileira”. O contexto social foi associado à pobreza mais que qualquer outro indicador da desigualdade social. Cenas de racismo e sexismo institucional foram frequentes (14/M10).

Eventos onde impera a discriminação e o preconceito, tanto de gênero como de raça, podem marcar uma assistência pouco resolutiva uma vez que a relação de vínculo e confiança fica abalada. Tal fato fica evidenciado em um estudo onde mulheres da cor da pele negra, vítima de discriminação e preconceito racial tinha mais chance de referir saúde autoreferida precária (4/D3).

3) Condições de Vida e Trabalho

Nesta categoria foram elencados estudos que abordaram temas como justiça social/transporte; condições de habitação/zona de residência; escolaridade/políticas de educação e emprego/desemprego, ambiente de trabalho e renda familiar per capita.

Vários estudos apontaram para uma relação direta entre nível de escolaridade, trabalho e renda. Quanto maior o nível de escolaridade, maiores as chances de os sujeitos conseguirem um emprego, bem como quanto mais anos de estudo maior a renda atribuída pelo trabalho, e, por

consequente as condições de vida e de saúde. Uma investigação observou uma marcante desigualdade nos níveis em relação às condições de domicílio, escolarização, ocupação (6/M3). Outra pesquisa trouxe como resultado que a escolaridade era determinante para o aborto inseguro, assim como esteve também associada à gravidez na adolescência especialmente em lares com baixa renda per capita onde a mãe possuía baixa escolaridade (2/D1, 16/M12).

Quando investigado a cobertura vacinal de crianças em um município verificou-se que a cobertura vacinal aumentava conforme houvesse um incremento da escolaridade do chefe de família, da mãe ou responsável pela criança, quando o chefe de família fosse o pai, mãe doméstica, com a presença da avó, melhores condições habitacionais (15/M11). Uma pesquisa sobre a prevalência de cárie na população também inferiu que as associações mais significantes quanto à presença de cárie e/ou com a dentição funcional, referia-se as condição inadequada de consumo d'água e escolaridade do chefe da família e do responsável, renda, condição de habitação (18/M13, 12/M8).

O efeito da escolaridade baixa também esteve evidente no relato quanto à percepção de saúde auto referida em participantes de outro estudo; foram observados associações brutas estatisticamente significantes entre nível escolaridade baixa e saúde autoreferida precária, bem como a renda mensal e a condição do domicílio (4/D3).

O resultado de outros estudos também apontou uma série de ações que incidiram sobre as condições materiais e psicossociais como habitação adequada, emprego/desemprego, serviços de educação de qualidade, nas quais as pessoas vivem e trabalham. Todas essas ações influenciam na condição de saúde (3/D2, 8/D4).

Destarte, os resultados dessa análise corroboram com outro estudo que aponta as transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no país, com melhorias de investimentos em políticas públicas educação, entre outros, contribuíram para uma mudança de um perfil "arcaico" para um perfil de "desigualdades", num contexto de desigual distribuição dos fatores de risco à saúde (10/M6). Desse modo, as políticas sociais que abordam as questões de justiça social, transporte, educação, ambiente de trabalho, distribuição de renda, dentre outros, são reconhecidos como determinantes sociais de saúde (1/ M1).

4) Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais

Nesta categoria de análise agruparam-se estudos que abordaram as condições socioeconômicas dos sujeitos, as políticas socioeconômicas, fatores contextuais característicos dos municípios como segurança, violência, pobreza, trabalho infantil, taxa de

analfabetismo características demográficas, tamanho populacional e tamanho da família, o número de filhos vivos, saneamento básico, abastecimento de água e de coleta de lixo, modelos de atenção à saúde, acesso aos serviços de saúde, políticas públicas de saúde, desigualdade em saúde, equidade, adesão ao tratamento, assim como recursos sustentáveis e ecossistema saudável.

As transformações políticas, econômicas e sociais com melhorias de investimentos em políticas públicas de saúde, contribuíram para uma mudança na assistência em saúde (10/M6).

Os estudos analisados apontaram uma série de ações que incidiam sobre as condições nas quais as pessoas vivem e trabalham e citavam o saneamento básico e os serviços de atenção à saúde de qualidade, distribuição de renda, recursos sustentáveis, ecossistema saudável (1/M1, 3/D2, 8/D4) e que refletiam nas condições de saúde dessas populações.

Um estudo constatou que a cobertura vacinal aumentava conforme houvesse um incremento de melhores condições habitacionais, usuários dos serviços públicos de abastecimento de água e de coleta de lixo; os dados sugerem o decréscimo desse indicador conforme aumenta o tamanho da família, o número de filhos vivos, a ordem de nascimento e a idade da criança (5/M11). Outro estudo aponta que a zona de residência é determinante quando se trata de gravidez na adolescência (16/M12).

Dois estudos sobre tuberculose apontaram a associação entre os indicadores socioeconômicos com a condição de saúde dos sujeitos. Um deles verificou uma associação negativa entre esses indicadores demonstrando grande diferença na taxa da incidência da doença quando considerados a área onde os sujeitos viviam o tamanho populacional e a posição socioeconômica (11/M7).

Outro trabalho sobre tuberculose demonstrou que o baixo nível socioeconômico interferia na condição da doença. A pesquisa revelou vários comportamentos decorrentes das condições socioeconômicas que interferiam e conduziam ao agravamento da doença, entre eles, citou o comportamento de risco, a dificuldade de adesão ao tratamento, a demanda curativa da doença em detrimento da prevenção, a utilização de estratégias de auto-atenção, destacando-se a automedicação, a relação posta entre o adoecer por TB e o morrer; a negação da TB como doença transmissível, configurando-se em um fator potencial para retardar a procura por uma solução terapêutica; a busca por assistência devido ao o agravamento dos sintomas e conseqüente vivência da internação hospitalar; em alguns casos, o retardo do diagnóstico foi decorrente de erro médico e da falta de resolutividade da APS; a falta de capacitação dos profissionais em diagnosticar a doença, não apenas no âmbito da AB, mas

também no serviço hospitalar; a falta de resolutividade na assistência à saúde prisional, desvelando uma violência institucional; o estigma associado à doença (13/M9).

Os resultados de um estudo de odontologia permitiram inferir que o contexto social influencia a produção de cárie dentária, uma vez que os adultos com maior carga de doença residiam em regiões que a comunidade relatou não ter feito petições de melhorias comunitárias aos governantes locais (19/D6). Os dados dessa pesquisa confirmam os achados de outra quando referem que as condições inadequadas do consumo de água aumentam a incidência de cárie (18/M13), bem como de outro estudo que relata o acesso aos serviços de saúde como determinantes sociais da saúde (12/M8).

Quando os estudos referiram o acesso aos serviços de saúde da rede municipal aos resultados apontaram que os moradores de um município procuravam por atendimento, observando-se que as diferenças na utilização dos serviços de saúde são reflexos das diferenças de comportamento dos indivíduos frente às doenças, onde o ato de procurar atendimento passa pelas escolhas individuais de cada usuário, indo além das características de organização da oferta ou disponibilidade de serviços (5/M2). Com esse pressuposto, outro estudo assinalou uma marcante desigualdade em saúde, apontando os itinerários terapêuticos percorridos pelos sujeitos como plurais, associando os três setores: informal, popular e profissional (6/M3).

Por fim, um estudo abordou o trabalho de uma ESF com DSS e constatou que o trabalho com DSS se desenvolve em um contexto de bastante diversidade e pouca regularidade, onde cada unidade segue um padrão de comportamento. O estudo ainda apontou que as principais barreiras para o desenvolvimento de iniciativas de trabalho com DSS no PSF do município são majoritariamente de ordem estrutural e institucional, enquanto os facilitadores são de caráter individual (17/D5).

5) Contribuições e Sugestões

Os estudos sobre Determinantes Sociais de Saúde têm crescido continuamente nesses últimos anos e a maioria dos trabalhos está voltada para o estudo sobre as iniquidades em saúde, seguido de estudos sobre o empoderamento e a qualidade de vida (1/M1).

A interpretação dos resultados levou às seguintes conclusões principais: a necessidade da abordagem dos DSS na formação dos profissionais de saúde, visto que a trajetória trilhada na faculdade contribui a formação (9/M5, 14/M10). O incentivo às atividades de educação permanente, ações intersetoriais e políticas públicas, o trabalho em equipe favorece

intervenções de saúde mais atentas aos DSS (9/M5). Um dos trabalhos confirmou que as reflexões geradas se fortalecem no viés do trabalho compartilhado entre as diferentes áreas, que somam e multiplicam saberes no momento de atuação (7/M4). Outro trabalho acrescenta que as ações integrais de cuidado em saúde como, o acolhimento, a escuta ampliada dos sujeitos, proporciona uma comunicação mais efetiva com o outro, o respeito à autonomia e a formação de vínculos, expandem as possibilidades de cuidados efetivos em resposta às necessidades de saúde, contribuindo para um cuidado em saúde mais humanizado, integral e equitativo (9/M5).

Os estudos apontam também para a importância das reuniões com a comunidade (9/M5). Existe a necessidade de maior aproximação da realidade vivenciada, quanto mais próximo dos sujeitos mais a equipe terá segurança em suas condutas (7/M4). Um dos estudos indicava a importância de inquéritos domiciliares como ferramentas indispensáveis na avaliação e a probabilidade de alguns fatores contextuais, individuais e familiares influenciarem a variabilidade do indicador estudado (cobertura vacinal) (15/M11). Além disso, o estudo das redes de apoio e do apoio social aparece como instrumento capaz de dar voz à complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, sugerindo a importância desses como determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde (5/M2).

Com base nesses estudos, a escolaridade é vista como preditora da percepção de saúde e, além de se constituir como poderosa ferramenta de emancipação social mediante aumento do capital social e do capital cultural, também interfere na Saúde auto referida (4/D3), assim como na autonomia desses sujeitos.

Outro estudo evidencia que a gravidez antes dos 20 anos esteve associada a fatores determinantes individuais, como a idade; intermediários, como o trabalho infantil e a zona de residência; e estruturais, como a renda familiar per capita e a escolaridade de suas mães (16/M12). Corroborando com este estudo, outro trabalho verificou que o Aborto Inseguro e características sócio-demográficas são influenciadas pelos DSS, gerando nessa população iniquidades em saúde de proporções diversas (2/D1). Em outro estudo sobre a tuberculose em Porto Alegre, verificou-se que a taxa da incidência da tuberculose pulmonar bacilífera tem associação com determinantes sociais (11/M7). Nesse sentido, ações como o Projeto 'Viva Seu Bairro' configura-se como iniciativa do campo da promoção da saúde que atuou sobre os DSS, fortalecendo os mecanismos de participação e buscando mecanismos de ação intersetorial (3/D2), visto que a abordagem dos determinantes sociais da saúde é multidisciplinar, necessitando articular vários setores para sua efetividade.

Os estudos na área de odontologia que abordaram o tema dos DSS sugeriram evidência que os problemas dentários também teriam relação com os determinantes socioeconômicos, com as condições sócio-demográficas, com o estilo de vida e o uso dos serviços de saúde (12/M8). O determinante social mais fortemente associado com prevalência de cárie foi a condição inadequado do consumo d'água (18/M13) e a alta gravidade de cárie em adultos esteve associada ao comportamento em saúde, à estrutura e contexto social (19/D6).

Um estudo demonstrou que o trabalho com DSS no PSF assume diferentes conceitos de saúde e diferentes objetivos. Sua caracterização extraordinária define as iniciativas de trabalho extraordinário, admiráveis, importantes e extraordinárias. A naturalização do caráter extraordinário do trabalho com DSS é utilizada, por um lado, como justificativa para o trabalho desinstitucionalizado e, por outro, para mostrar uma suposta incompatibilidade natural de se trabalhar a determinação social da saúde somente no âmbito do PSF. Da maneira como o trabalho com DSS se organiza hoje no PSF do município estudado, ele não é viável ou sustentável, uma vez que sua pertinência se coloca para além do contexto local abrangendo singularidades e potencialidades do setor saúde aliados aos princípios da promoção da saúde (17/D5).

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 (6/M3).

Os estudos foram unânimes aos apontares como sugestão a elaboração de políticas públicas, as quais implicariam efetivamente nas ações sobre os DSS. Um dos estudos aponta que investimentos em políticas públicas têm o propósito de fomentar a formação dos cidadãos, fundamental para o bem-estar, qualidade de vida e saúde da população, uma vez que a educação pode contribuir para aumentar o acesso dos sujeitos ao mercado de trabalho, garantir ou aumentar renda e permitir o acesso à moradia, bens de consumo e serviços, bem como permitir melhor compreensão e assimilação de sinais e sintomas e o engajamento em ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos e agravos (4/D3, 10/M6). Sugere-se, o uso das desigualdades como indicador de iniquidade social para o planejamento de políticas públicas que promovam a justiça social (11/M7).

A necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais e suas implicações no acesso e utilização dos serviços de saúde permitindo a elaboração de políticas de saúde adequadas ao contexto socioeconômico, político e cultural local (5/M2). Além de promover a intersetorialidade das ações, a capacitação dos profissionais para o adequado

manejo dos casos e a educação popular em saúde para efetivar as medidas de controle das doenças (13/M9). Nessas ações, avaliam-se as instituições e empresas próximas a esta comunidade associando-se aos moradores para que juntos desenvolvam projetos e ações de responsabilidade social, buscando melhorias nas condições e qualidade de vida (8/D4) e na multissetorialidade e do sistema de informação em saúde (10/M6). Cabe ressaltar que mudanças nas condições de vida das populações só se conseguem mediante adequados planejamentos em políticas públicas e de saúde (6/M3).

Por fim, um estudo sugere como poderia ser trabalhado o tema DSS no programa de ESF, referindo a necessidade de debate político/acadêmico sobre a naturalização do caráter extraordinário do trabalho com DSS no PSF e a mitificação do social no âmbito dos movimentos nacionais e internacionais de reforma sanitária. Também, aponta para uma re-pactuação técnica e política do escopo do trabalho com DSS no âmbito do PSF, bem como a revisão das diretrizes do programa no sentido de incorporar o trabalho com DSS de forma integral, levando a mudanças nas políticas de avaliação, capacitação, financiamento e recursos humanos. O aperfeiçoamento da práxis do trabalho com DSS no âmbito da atenção primária visando o aprimoramento de estratégias de intervenção e, por último, a avaliação do trabalho desenvolvido pelo Grupo Inclusivo e as formas de organização da coordenadoria associada a este grupo, assim como as instituições parceiras relacionadas a esta coordenadoria (17/D5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, observou-se que os DSS têm muito a contribuir com a condição de saúde da população. Apesar disso, ainda existem poucas pesquisas em nível de mestrado e doutorado no Brasil, acerca da temática determinante sociais do processo saúde-doença. Quando remetido à área de Enfermagem, a lacuna ainda é maior, uma vez que os estudos existentes estão centrados na área de saúde coletiva.

A análise dos estudos permitiu a inferência de que as políticas públicas possuem grande influência no processo saúde-doença das populações uma vez que esses se constituem nos macrodeterminantes da saúde. Dessa forma, a abordagem da temática em novas investigações torna-se relevante uma vez que esses estudos podem contribuir para a elaboração e planejamento de políticas públicas orientadas para a realidade vivenciada pelos sujeitos.

Assim, ao criar políticas públicas que enfatizem os DSS no processo saúde-doença as ações de saúde terão maior efetividade reorientando a assistência sobre um olhar de promoção, prevenção e integralidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUSS, P. M.; PELEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>. Acesso: 03 mai. 2013.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, SC, 2005; 14(3):391-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300010>. Acesso: 02 mai. 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso: 16 mai. 2013.

SANTANA, J. F. Reflexões sobre o processo saúde-doença no contexto da saúde coletiva. Portal da educação. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/biologia/artigos/10380/reflexoes-sobre-o-processo-saude-doenca-no-contexto-da-saude-coletiva>> Acesso: 06 mai. 2013.

SANT'ANNA, C. F. et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):92-9. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10891/8623>>. Acesso: 03 mai. 2013.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso: 05 mai. 2013.

SILVA, J. L. L. da. O processo saúde-doença e sua importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v.2, n.1, p.03-05. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/o%20process.pdf>>. Acesso: 05 mai. 2013.

4.4 ARTIGO 3: ESTILO DE VIDA E REDES SOCIAIS COMO DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA RURALIDADE

Resumo: O estudo buscou verificar como o estilo de vida e as redes de trabalho influenciam o processo de adoecimento no espaço rural. Tratou-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada no meio rural em 2013. Os sujeitos foram abordados junto a Estratégia Saúde da Família do 5º distrito do município de Santa Maria. A análise dos dados ocorreu conforme o modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Os resultados do estudo compreendem o estilo de vida, assim como as redes sociais no espaço rural como determinantes do processo saúde-doença. O entendimento desse fenômeno permite uma assistência integral em saúde, reforçando vínculos de co-responsabilidade e de resolutividade entre as equipes e sujeitos no meio rural, uma vez que o vivido desses sujeitos interfere nas formas de adoecer e morrer.

Palavras-chave: Enfermagem. Determinantes Sociais da Saúde. Processo Saúde-Doença. Estilo de Vida e Redes Sociais.

INTRODUÇÃO

A partir do século XX várias teorias que buscaram explicar o processo saúde-doença, dentre elas, a teoria da unicausalidade, que defende a ideia que as doenças possuem um único fator etiológico. A superação desta teoria se dá com a ideia da multicausalidade, a qual compreende que para a existência de condição de saúde-doença entram em cena os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais, aspectos psicológicos do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, entre outros, e pretende obter possíveis motivações para o surgimento de alguma enfermidade (BARROS, 2002).

A compreensão da multicausalidade, parte do pressuposto que o ser humano necessita de equilíbrio interno e externo para que possa ter boa saúde. A partir dessa visão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1978) define a saúde como um completo bem-estar e inscreve na associação do processo saúde-doença elementos relacionados com a qualidade de vida, vida saudável e estilo de vida.

Ainda na fundação da OMS, identifica-se a existência de segmentos que defendiam uma concepção ampliada de saúde para além de um enfoque centrado na doença. Nesse sentido, evidencia-se uma preocupação com as questões sociais como determinantes nas condições de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nessa esteira de raciocínio, Carvalho e Buss (2008, p.148) identificam que “estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, em razão dos fatores de risco a que esse determinado grupo ou população está exposto”. Logo, o processo

saúde-doença é condicionado pelas condições de vida dos sujeitos, que produzem hábitos e estilo de vida, por condições socioeconômicas, cultura, mediados pelo meio ambiente em que se vive e se relaciona. Pois, para Laurell (1982, p. 12) o processo saúde-doença “adquire historicidade porque está socialmente determinado, isto é, para explicá-lo, não bastam os fatores biológicos, é necessário esclarecer como está articulado no processo social”.

Na premissa de que o processo saúde-doença é socialmente determinado, há que se considerarem diferentes cenários desse processo. Desse modo, o espaço rural, constitui-se um aspecto relevante para o estudo visto que os trabalhadores rurais passam a ter a garantia de acesso assistência somente na segunda metade da década de 70, do século passado, sendo reafirmado esse direito na Constituição Federal de 1988.

A caracterização deste espaço reflete a tentativa de melhor compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença, visto que este espaço possui características peculiares à este meio. O rural pode apresentar-se, em alguns contextos como expressão da tradição, da autenticidade das relações interpessoais, do simples, do atraso, como também pode conter marcas da modernização (CARNEIRO, 2003).

Acrescenta-se que o rural também é retratado como um modo de vida, por meio do qual os indivíduos enxergam a si mesmos e o mundo à sua volta. A autora reflete sobre a ideia de “mundo rural”, um universo que não é isolado, mas que carrega especificidades construídas ao longo da história. Nesse universo, existem duas características fundamentais: a relação específica dos habitantes do campo com a natureza e as relações sociais também são diferenciadas, resultantes da dimensão da complexidade das coletividades rurais (WANDERLEY, 2003).

A questão da ruralidade também é abordada como expressão das características de tudo que se relaciona a vida rural, em particular as condições materiais e morais da existência das populações rurais. Assim, a ruralidade é entendida como o modo de vida que está muito presente no espaço rural e também contribui para a definição conceitual de meio rural. O espaço rural é uma construção social com características específicas e a ruralidade esta mais ligada ao modo de vida de seus habitantes (SANTOS, 2011).

Com base neste contexto o objetivo deste estudo foi verificar como o estilo de vida e as redes de trabalho influenciam o processo de adoecimento no espaço rural. O entendimento desse processo, bem como o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao espaço rural contribui para a fixação e manutenção dessa população no campo.

METODOLOGIA

Este artigo compreende um estudo de campo com abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória. Fizeram parte desta pesquisa moradores do 5º Distrito do Município de Santa Maria/RS. Incluíram-se no estudo moradores do distrito maiores de 18 anos, cadastrados na ESF e que acessaram o serviço de saúde local. O *corpus* deste estudo ficou constituído por 16 entrevistas.

Foi realizada a entrevista que seguiu um roteiro com questões abertas organizadas na forma de fichas para facilitar sua aplicação. Tal roteiro de questionamentos seguiu o Modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). A duração das entrevistas se deu de acordo com a participação e envolvimento dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Para análise dos dados, utilizou-se o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991). O modelo é constituído por quatro níveis: no centro, o indivíduo com seus fatores intrínsecos como idade, sexo e fatores hereditários; o primeiro nível refere-se ao estilo de vida dos indivíduos; no segundo, às redes sociais e comunitárias; no terceiro nível, encontram-se as condições de vida e de trabalho que aborda questões como a produção agrícola e de alimentos, a educação, o ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação; no quarto nível situam-se as questões socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.



Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Para fins deste artigo serão discutidos o estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, que constituem o primeiro e o segundo níveis do modelo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP-UFSM), sob Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE)

nº 12354213.7.0000.5346. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2013, junto a ESF do 5º distrito, por meio de entrevista semiestruturada. O acesso ao usuário ocorreu por meio da ESF quando esses sujeitos procuravam atendimento e somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), procedeu-se a entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins da discussão dos dados optou-se por apresentar os resultados que emergiram do primeiro e segundo níveis do modelo de DSS.

a) Primeiro Nível: Estilo de Vida dos Indivíduos

Nos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a saúde, em seu conceito ampliado, é “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Resultado das formas de organização social, de produção” (BRASIL, 1987, p.04).

Neste contexto, a saúde não pode ser reduzida a uma relação biológica de causa e efeito, pois o homem é um ser histórico e, como tal, sofre influência do meio social e cultural em que está inserido. Para isso, proporcionar saúde significa, não apenas, evitar doenças e prolongar a vida, mas também, assegurar meios e condições que ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem estar socialmente definidos, envolvendo valores e escolhas (DEGANI; CAMELO, 2009).

Laurell (1982) expõem que, para compreender o caráter histórico da doença, é necessário conhecer como o processo saúde-doença ocorre nos coletivos humanos, pois a natureza social da doença não é verificável no caso clínico, mas a partir dos modos característicos de viver, adoecer e morrer nos grupos humanos.

A saúde, para Arantes et al (2008), resulta também de um conjunto de determinantes e cita o ambiente, o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), a biologia humana e a organização de serviço de saúde.

Nessa concepção, pensar a saúde como um bem universal faz-se necessário refletir sobre as particularidades individuais, uma vez que o processo saúde-doença está intrinsecamente ligado ao potencial que as pessoas têm de suprir suas necessidades para viver. Parte-se da premissa que esse processo está intimamente relacionado aos hábitos e costumes que os indivíduos ou comunidades praticam quotidianamente e é resultante, na mesma

medida, também das ações e omissões em relação aos seus esforços pessoais e coletivos (DEGANI; CAMELO, 2009), como revelam os depoimentos a seguir:

[...] De vez em quando faz uns quatro ou cinco finais de semana que eu trabalho [...] varia muito, não tem lugar certo, atividade certa que eu faça (E6).
 [...] Mas aqui para fora em época de colheita, planta, não tem sábado e domingo, é sempre o mesmo ritmo (E7).
 [...] eu até nunca tenho livre para te dizer a verdade, não tenho um tempo livre. [...] eu gostaria de sentar, conversar, tomar chimarrão, eu gostaria de fazer, mas não tenho esse tempo... eu estou te dizendo a minha vida não tem tempo para essas coisa (E12).

Os depoimentos dos entrevistados, que vivem neste espaço rural, manifestam certa rigidez das atividades cotidianas que não os permite a inclusão do lazer como forma de produção de saúde. As pessoas não se permitem tirar um tempo para o lazer, considerando-o como um tempo de ociosidade. Esse fato demonstra que o trabalho tem prioridade na organização individual e coletiva da família e que a vida da população, que reside nesse espaço, está centrada no trabalho, nas “lidas” diárias do campo.

Porém, ao serem questionados sobre o que consideram uma “Vida Boa, Saudável”, referem que esta seria adequada no espaço rural quando os sujeitos entrevistados conseguem fazer o bem, agradar as pessoas, ser feliz, ter família e companhia. O que nos remete a ter tempo para dedicar-se às outras situações que não o trabalho. As falas a seguir abordam o viver bem nesta perspectiva:

[...] Condições para trabalhar, ter saúde, ter amizade, viver em paz e harmonia e se alimentar bem, uma boa alimentação, atividade física, um bom relacionamento com as pessoas. Acho que é muito importante isso aí (E8).
 [...] Eu acho que ter uma vida boa, uma vida saudável é morar para fora e tentar manter os alimentos naturais, para eu ter uma alimentação boa, não ter produto tóxico, muitas vezes o que o cara compra na cidade geralmente tem muito produto tóxico, veneno e coisa. Eu acho uma vida boa assim, viver para fora, longe do movimento da cidade. Para mim, eu acho, não sei se eu me adaptaria na cidade. Eu nasci e me criei para fora. Gosto da tranquilidade (E10).
 [...] Ter uma vida boa é poder viver em paz, assim. Tu teres harmonia na família, viver bem na família, tu teres saúde. Tu teres o básico para ti ter uma estrutura para ti viver bem. Ter uma casa ao menos com as coisas que tu precisa. Poder ter alimentar de forma adequada. Não comer muito (E17).

Os dados relatam a harmonia, a paz, o trabalho, a alimentação saudável como valores que autenticam as avaliações da saúde no sentido de saudável. A família e os costumes aparecem como valores de referência que remetem para a integração social como processo relacional situado no convívio familiar e, secundariamente, com os amigos, situado na afirmação de autonomia como conquista ou projeto individual. Acreditar que determinados

comportamentos são saudáveis no sentido em que ajudam a manter a saúde, não implica necessariamente a escolha da prática desses comportamentos, já que, em profundidade (culturalmente), se crê que o que ameaça a saúde é o modo de vida na sua totalidade, cujos efeitos perniciosos importam controlar (SILVA e AL VES, 2011).

b) Segundo Nível: Redes Sociais e Comunitárias

Os relacionamentos sociais e o enquadramento em uma rede social são, atualmente, reconhecidos como fatores de importante influência sobre as condições físicas e mentais das pessoas. São considerados determinantes sociais da saúde, conforme o modelo conceitual proposto para a análise dos DSS, em que o tema é tratado sob o termo de coesão social, entendido como as relações de solidariedade e confiança entre grupos e indivíduos (GERHARDT; SANTOS, 2012).

Identificam-se nos depoimentos dos sujeitos, que os mesmos no espaço rural estabelecem relações sociais a partir da participação em grupos de terceira idade, grupos religiosos, grupos comunitários e grupo de promoção de saúde, os quais são freqüentados, predominantemente, por mulheres. Os homens referem que sua rede social se constitui de encontro de lazer nos finais de semana na comunidade.

[...] Tem a terceira idade ... a minha esposa participa, mas eu não ... Não gosto muito, não gosto muito de sair, sou muito caseiro. Eles saem nos domingos, vão a tudo que é lugar: bailes, praias, mas eu não vou ... Ah! Lá de vez em quando eu vou em algum, só venho aqui no Arroio, mas em bailes por aqui por perto [...] Tenho bastante amigos... quase todos os domingos nos encontramos na comunidade, nos jogos de bocha. Eu vou só olhar, ver eles jogar bocha ... As vezes ela (esposa) vai conversar na vila ...nasci e fui criado aqui, todo conhecido é amigo aqui ... Não visitamos, só assim final de semana que nós se juntamos na cancha de bocha. Os irmãos moram lá perto também, chegam os finais de semana a gente se reúne (E1).

[...] Atividade social, a gente tem agora um grupo de ginástica que a gente está fazendo, as professoras da universidade vêm duas vezes por semana, quarta e sexta, no salão da igreja, de tarde, a partir das 2 horas. Vinha agora fazem 2 dias que eu não participo por que na quarta feira eu tava pra lavoura, nós estávamos terminando de colher. Sexta, fui para a cidade, falhei duas aulas na semana, não queria mas... Gosto, gostei bastante, a gente conversou, é interessante e elas puxam bem, porque elas fizeram dois grupos, ai ela faz a primeira aula mais leve, pega mais terceira idade e depois a segunda aula elas puxam um pouquinho mais (E5).

[...] Tenho amigos. Conheço todo mundo [...] Visito, são meus amigos. Domingo... quando tem uma folguinha de tarde, de tardezinha, quando termina o trabalho... eu visito. E eles vêm ali na minha casa também (E9).

[...] Tenho muitos e frequentemente visito, é que agora está uma época meio turbulenta porque o pessoal está colhendo a soja, se torna meio difícil. Geralmente a tardinha, é hora que o pessoal está por casa e final de semana também. [...] Compareço nos jantares bailes, ainda mais na comunidade, porque os meus sogros são da diretoria, então, eu participo, ajudo (E10).

[...] eu vou na reunião da terceira idade que sai por ai mais é viagem só, quando sai uma viagensinha to dentro [...] é agente vai, faz, programa os eventos eu e minha irmã, velhinha, ela não entende de nada, só vai e dança, muito dançarina (E11).

Ao refletirem sobre o papel que as redes sociais têm nas suas vidas, a maior parte dos entrevistados refere ter amigos, que todos na comunidade eram amigos, embora poucos tenham referido fazer visitas a esses amigos, seja pela falta de tempo, por estarem envolvidos com os afazeres do campo. As visitas, quando ocorriam, eram esporádicas em finais de semana e geralmente em decorrência de adoecimento.

Desse modo, as ciências sociais apontam para a importância que exercem as representações e os contextos estruturais, institucionais, e relacionais, em que se vive a experiência sobre o processo saúde-doença. Faz-se necessário que se considerem os impactos culturais, econômicos e políticos, nas percepções, no comportamento individual, na estrutura social e na ação social (SILVA; ALVES, 2011).

Percebe-se um esforço de ajuda mútua de solidariedade para com o outro:

[...] Volta e meia eu vou a bailes aqui, como em outros lugares da cidade. Onde eu moro eu participo da festa e da organização (da festa) [...] Tenho (amigos). Não muito, não tem muito morador aqui (E16).

[...] Ah tem amigo, todo mundo! [...] Olha, a gente vai quando precisa um dos outros (risos), para dizer que, de fazer visitas assim, eu nunca fui assim, gosto de ir assim, me dou com todo mundo, caso de uma festinha, aniversário, essas coisas assim... convida, claro que a gente participa, tudo... nas festas da comunidade a gente ajuda, faz tudo assim... na limpeza, uma pintura, ajuda o que tiver que fazer! E também se precisar alguma coisa, precisar comprar... a gente dá também (E18).

A presença do social na saúde é reconhecida na relação subjetiva que os indivíduos com ela mantêm, feita de representações sociais que a referenciam aos valores, ideais e símbolos da sociedade, às atitudes e opiniões do senso comum, aos hábitos e às formas de fazer coletivas, ao conhecimento e às crenças que circulam no tecido social. Esta presença se evidencia nas ideologias que orientam as políticas de organização coletiva face à doença. Ainda, a percepção leiga integra a saúde e a doença na vivência cotidiana e sobre ela desenvolve uma compreensão holística, afastando-se da perspectiva biomédica que corporifica o humano e se desinteressa dos sentidos e significados sociais e culturais que determinam as práticas. No saber leigo, a saúde e a doença são fenômenos totais, no sentido de estarem relacionados com todas as outras dimensões do social (SILVA; ALVES, 2011).

Outro resultado foi a insegurança vivida no meio rural, uma vez que as moradias estão sendo alvo de arrombamentos, fato que se contrapõem à tranquilidade do espaço rural.

[...] Eu quase não saio... não posso saí porque não dá para deixar a casa sozinha...porque arrombam, facilita voltar e não tem nada dentro de casa. Como na semana passada, assaltaram duas casas às três horas da tarde. Levaram tudo. Chegaram e não tinha nada mais (E9).

[...] sair um tem que fica o outro porque senão, é uma roubalheira, [...] essa hora, arrombaram duas casas e levaram tudo, o que deu para levar, não levaram mais porque o carro deles era pequeno; eles vieram e ninguém viu. [...] não dá para deixar a casa sozinha [...] Tem roubo de montão.[...] agora, gado até pararam um pouco de roubar, mas, há 1 ano, 2 anos atrás mas era uma roubalheira de gado [...] é, antes não tinha, mas o que está ruim é essa roubalheira, o assalto, [...] eles saem para fora. [...] a sorte que a minha casa é meio quilometro longe da estrada, entra num corredorzinho para chega na casa, porque quem mora bem na beirinha da estrada está ruim, é assalto e prende os donos no banheiro [...] Isso é só a droga, porque... quando eu me criei não tinha isso porque não tinha essas droga, agora os cara roubam para, comprar droga, e assaltam... não vai pensar, que eles assaltam só para pegar o dinheiro para ir comprar droga... e os governo não dão bola, eles prendem hoje, amanhã está solto (E14).

A insegurança conduz a uma fragilidade da conformação das redes sociais, uma vez que o sentimento limita os sujeitos de saírem de suas residências e se relacionarem socialmente.

Quando indagados sobre o que consideram uma Vida Boa, Saudável os sujeitos referiram que esta seria adequada no espaço rural quando conseguiam fazer o bem, agradar as pessoas, ser feliz, ter família e companhia. Percebe-se um esforço de ajuda mútua de solidariedade para com o outro.

Os sujeitos também relataram uma fragilidade da conformação das redes sociais, tendo em vista a insegurança vivida no meio, o sentimento de medo, uma vez que as moradias estão sendo alvo de furtos, fato esse que se contrapõem à tranquilidade do espaço rural. Esse cenário limita os sujeitos a saírem de suas residências e se relacionarem socialmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise dos resultados, observou-se que os sujeitos que vivem no espaço rural manifestam um estilo de vida muito fixado nas lidas, tendo essas prioridades no cotidiano individual e coletivo. Dessa forma, os sujeitos não se permitem a inclusão do lazer como forma de produção de saúde.

Identificou-se que os sujeitos no espaço rural estabelecem relações sociais a partir da participação em grupos, os quais são freqüentados, predominantemente, por mulheres e os homens referem que sua rede social se constitui de encontro nos finais de semana em momentos de lazer na comunidade. Para os sujeitos dessa pesquisa, as redes sociais representam as amizades, referem que todos na comunidade são amigos, embora poucos entrevistados tenham referido fazer visitas a esses amigos, pela falta de tempo, por estarem

envolvidos com os afazeres do campo. As visitas, quando ocorriam, eram esporádicas em finais de semana e, geralmente, em decorrência de adoecimento.

Desse modo, o estilo de vida e as redes sociais configuram-se como determinantes do processo saúde-doença, nesse espaço no qual a ruralidade se manifesta. Com base no entendimento desse fenômeno é possível conferir uma assistência integral em saúde, uma vez que fortalece vínculos de co-responsabilidade entre equipe de saúde e os sujeitos do espaço rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.11, n.1, p. 67-84, Jan/Jul,2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext> Acesso: 10 set. 2012.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 1986. Brasília: Ministério da Saúde. 1987.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf> Acesso: 24 ago. 2012.

CARNEIRO, M. J. Ruralidade na sociedade contemporânea: uma reflexão teórico-metodológica. *In: El mundo rural: transformaciones y perspectivas à La luz de La nueva ruralidade*. Bogotá. 2003. 16p.

CARVALHO, A.I; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. *In: GIACONELLA, L; SCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 125-156.

DAHLGREN, G, WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

DEGANI, G.C.; CAMELO, S.H.H. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. **Cienc Cuid Saude** 2009 Abr/Jun; 8(2):213-219

GERHARDT, T. E. e SANTOS, D. L. dos. Condições de vida, redes e apoio social na procura por serviços de saúde. *Rev APS*. 2012 jul/set; 15(3): 245-268.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latinoamericana de Salud*, Mexico, 1982. p. 7-25.

SANTOS, J. A. L. dos. O conceito de espaço rural e as políticas de governo no Brasil. *Ver. Discente Expressões Geográficas*, Florianópolis, 2011. nº 7, anoVII, p. 95-110. Disponível em: <http://www.geograficas.cfh.ufsc.br/arquivo/ed07/n07_art05.pdf>. Acesso: 10 jan. 2014.

SILVA, L.F. da; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1207-1229, 2011

WANDERLEY, Maria de Nazareth B. A Ruralidade no Brasil Moderno - por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: *El mundo rural: transformaciones y perspectivas à la luz de la nueva ruralidade*. Bogotá. out. 2003. p.31-44.

4.5 ARTIGO 4: CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO E SUA IMPLICAÇÃO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DA RURALIDADE

Resumo: O estudo procurou verificar como as condições de vida e trabalhos determinam o processo saúde-doença no contexto da ruralidade. Tratou-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa. Participaram do estudo sujeitos que residem no espaço rural do interior do Rio Grande do Sul, e que acessaram o serviço de saúde local. A análise dos dados ocorreu conforme o modelo de Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991). Os resultados permitiram inferir como principais potencialidades da saúde o ambiente tranquilo, o contato com a natureza, a produção e o consumo de alimentos saudáveis, o trabalho com flexibilidade de horários, o acesso aos serviços de saúde públicos e privados e a flexibilidade na jornada de trabalho. Como fragilidades do processo, apontaram-se os serviços de saúde distante das residências, vias e transportes públicos, a demora no agendamento de consultas, falta de resolutividade da assistência, jornada extensiva de trabalho em épocas de colher e semear, sobrecarga de trabalho, o contato e inalação dos agrotóxicos, a exposição ao sol e as posturas inadequadas.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo Saúde-Doença. Determinantes Sociais da Saúde. Condições sociodemográficas. Trabalho.

INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde são cada vez mais globais, não apenas pela ação dos fatores de risco individuais, mas pela participação do social articulado com o biológico em sua totalidade. O enriquecimento de poucos e a pobreza extrema incrementa a condição de injustiça social, de desigualdades e iniquidades agravando e explicando as grandes diferenças que se observam na saúde das populações a um nível mundial (ANDALIA; CODINA, 2009).

Por outro lado, as mudanças demográficas e sociais têm repercutido no processo saúde-doença dos indivíduos e populações. Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando uma transição demográfica e epidemiológica, mais idosos e menos crianças e jovens (transição demográfica); ao invés de processos agudos que “se resolvem” rapidamente pela cura ou óbito, tornam-se predominantes as doenças crônicas e suas complicações, que implica na necessidade de estabelecer vínculos com os serviços de saúde por vários e longos anos. Os avanços médicos das últimas décadas promoveram a queda da mortalidade entre as doenças infecciosas, beneficiando os grupos mais jovens da população. Estes passam a viver mais e expostos a fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais frequentes as complicações desses agravos (IBGE, 2010).

A exposição aos fatores de risco conduz à importância dos determinantes sociais da saúde como fatores que, em resposta a um contexto socioeconômico e político, afetam as

condições de saúde de indivíduos ou grupos. O surgimento do conceito de determinantes sociais da saúde implica uma visão menos biologicista e mais social do processo saúde-doença, não se destina apenas a descrever os fatores sociais por trás do aparecimento de determinadas doenças, mas, também explica como eles influenciam no desenvolvimento da doença, estando esta relacionada à genética e ao meio no qual o indivíduo reside (PUYOL, 2012).

As mudanças demográficas, sociais e econômicas observadas na sociedade têm repercutido no processo saúde-doença dos indivíduos e populações. Nesse sentido, os menos favorecidos necessitam de recursos e serviços essenciais para garantir a vida, sofrem com as desigualdades e iniquidades que se traduzem num maior número de doenças, sofrimento e morte (ANDALIA; CODINA, 2009).

No meio rural, o processo de transição demográfica demarcou ainda mais a caracterização da população, uma vez que os jovens buscam oportunidades melhores de trabalho e de estudo. Wanderley (2003) entende o rural como um modo de vida, por meio do qual os sujeitos descobrem a si mesmos e o mundo à sua volta; um universo conexo que carrega especificidades, buscadas através da história, acreditando no rural como formação sócio-histórica concreta.

Nesse sentido, a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença no espaço rural constitui-se uma ferramenta importante para a assistência em saúde, uma vez que essa população possui características próprias. O trabalho em saúde pressupõe a utilização de instrumentos diferenciados e objetos de trabalho que ultrapassam o limite do sujeito individual, ampliando a atenção para a compreensão do ambiente sócio-cultural, a vinculação e participação da comunidade. Essas características têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos sujeitos ou grupos (SANT'ANNA et al, 2011).

Nesta perspectiva, o estudo buscou verificar como as condições de vida e de trabalho determinam o processo saúde-doença no contexto da ruralidade. Tem como finalidade a tentativa de responder a uma assistência em saúde com maior resolutividade, estabelecendo parcerias com os sujeitos que residem no espaço rural em prol da qualidade de vida dos indivíduos em seu ambiente.

METODOLOGIA

A pesquisa de campo foi descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Fizeram parte deste estudo moradores do 5º Distrito do Município de Santa Maria/RS. Como critério de

inclusão, estipulou-se, ser morador do distrito, maior de 18 anos, estar cadastrado junto à ESF, ter acessado o serviço de saúde local e aceitar participar do estudo. Participaram do estudo 16 sujeitos.

Realizou-se a entrevista com questões abertas, as quais buscaram identificar, a partir da fala dos sujeitos, que vivem no espaço rural, os determinantes sociais do processo saúde doença. A duração das entrevistas se deu de acordo com a participação e envolvimento dos sujeitos. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para a análise, utilizou-se o modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991), o qual é constituído por quatro níveis: o primeiro refere-se ao estilo de vida; o segundo as redes sociais e comunitárias; o terceiro trata das condições de vida e de trabalho, as quais abordam questões da produção agrícola, alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, saneamento básico, serviços sociais e de saúde; no quarto nível, situam-se as questões socioeconômicas, culturais e ambientais, conforme figura 1.



Figura 1: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Este artigo discute níveis três e quatro do modelo de DSS, que tratam das condições de vida e de trabalho e das questões socioeconômicas, culturais e ambientais.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM-(CEP-UFSM) sob Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) nº 12354213.7.0000.5346. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2013, junto a ESF do 5º distrito, por meio de entrevista semiestruturada, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O acesso ao usuário ocorreu por meio da ESF quando esses sujeitos procuravam atendimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins deste artigo serão discutidos as condições de vida e de trabalho, que constituem o terceiro e o quarto níveis do modelo.

a) Condições de Vida e de Trabalho

O modelo de Determinante Social da Saúde (DSS) proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) é uma possibilidade de compreender como o processo saúde-doença se materializa na coletividade humana. Desse modo, ao discutir as condições de vida e de trabalho das populações no espaço rural, partiu-se do pressuposto que a natureza social da doença é verificável a partir do conhecimento do modo de viver e adoecer dos indivíduos ou dos grupos humanos, conforme proposto por Laurell (1982).

Com ênfase no terceiro nível do Modelo de Determinantes Sociais buscou-se identificar nos depoimentos dos sujeitos as ações que realizavam quando necessitavam de cuidados de saúde, o papel dos serviços de saúde e os cuidados pessoais com a própria saúde.

Em relação às condições de saúde, os entrevistados manifestaram-se:

[...] A minha condição de saúde não está muito boa... Problema de coração e coluna que está gastando os ossinhos, talvez tenha que fazer uma cirurgia mais adiante (E1).

[...] Me atrapalha (dor na coluna), realmente me atrapalha. Me impede...tenho que parar o serviço, não posso fazer porque não dá. Estou tomando medicamento por causa da dor na coluna, provavelmente eu tenha que tomar toda a vida (E6).

[...] Só colesterol um pouquinho. Mas eles (médicos) não quiseram me dar medicamento, por que era pouco. Era só me cuidar que já resolvia, não comer alimentos gordurosos, não comer coisas fortes (com muito condimento, carboidratos) (E9).

[...] O colesterol e triglicerídeos está um pouquinho alto. [...] Gostava de fritura e de açúcar, mas tive que parar. [...] Eu estava exagerando na banha e na fritura, quando eu vi o colesterol estava alto, tive que moderar (E16)

Os depoimentos revelam a percepção de sua condição de saúde diretamente decorrente de hábitos alimentares e estilos de vida, assim como manifestação das atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho. Também se pode observar a mudança de alguns hábitos decorrentes de algumas alterações de saúde verificadas por alguns sintomas ou exames médicos. Observa-se uma compreensão do processo saúde-doença para além do modelo biomédico, uma vez que esses sujeitos buscam alternativas para melhorarem a condição de saúde.

O conceito ampliado de saúde possibilita que se reflita sobre o processo social de sua produção. Isto requer a mobilização de conhecimentos interdisciplinares e práticas intersetoriais, no sentido de construir ações que estimulem e promovam a produção da saúde. É neste sentido que o movimento de promoção da saúde busca formas de operacionalização da perspectiva positiva da saúde por meio da articulação de saberes técnicos e populares, institucionais e comunitários, públicos e privados, agindo sobre os determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida, incluídos os aspectos econômicos, políticos e sociais dos indivíduos e grupos (ARANTES et al, 2008).

Silva e Alves (2011) afirmam que enquanto houver saúde, a vida corre bem, significa que só a doença é a verdadeira ameaça, pois anula a força e a vontade de lidar com o cotidiano. Essa afirmação confirma a representação de corpo-instrumento que tem a finalidade do trabalho. A percepção de saudável como equivalente a bem-estar, numa concepção em que sobressai a noção de integralidade e que situa os sujeitos ao mesmo tempo na natureza e na sociedade. Os autores também referem o bem-estar à saúde no sentido de não-doença, à família e relações familiares, ao trabalho e à vivência em meio ambiente tranquilo.

Com relação às necessidades de cuidados com saúde, a população rural refere buscar atendimento em saúde na UBS local. A equidade no acesso aos serviços de saúde é uma exigência de justiça social, prevista na Constituição Federal (1988), no entanto, a equidade em saúde é alcançada com acesso único e universal aos serviços de saúde de qualidade, mas especialmente com a redistribuição justa dos determinantes sociais da saúde. O acesso aos serviços de saúde está relacionado aos fatores sociais como as diferenças de *status* e as condições socioeconômicas (PUYOL, 2012). Assim, quando necessitavam de cuidados para com a saúde revelam que o mesmo é acessado. Dessa maneira, eles comentam:

[...] Aqui e também na cidade eu tenho, um doutor lá [...] Consulto aqui também, mas procuro lá quando não consigo atendimento aqui(E1).

[...] quando preciso venho aqui ou ligo para a agente de saúde, que tem mais acesso procuro aqui quando eu estou doente ou minha filha está doente eu venho aqui (E3)

[...] A primeira coisa a gente vem aqui no posto de saúde. [...]lá em casa todos tem saúde, então, é difícil a gente vir(E7).

[...] O posto de saúde quando a gente precisa ou um médico mais especializado no assunto. [...] não é muito frequente que eu procuro o posto, eu procuro ir para fazer revisão, nunca tive problemas mais sérios de saúde. Então, quando a gente vai fazer a revisão, quando vou fazer exame de sangue, eu vou fazer exame de mamografia, preventivos, [...] eu procuro aqui, eu tento, mas se não consigo eu procuro fora do posto, coisa de mais urgência. Na semana que passou, consultei fora porque não tinha condições para consultar ali (E8).

[...] quando preciso geralmente eu venho aqui. Claro que, para coisas mais graves, procuro mais recurso, porque aqui o postinho é de terça e de sexta (E10).

[...] Aqui (UBS) a gente vem é para acompanhamento da pressão arterial (E11).

[...] Então, eu procuro mais para retirar medicação e quando surge algum probleminha de saúde, ou pra vacina daí sim, só quando surge algum probleminha, alguma dúvida... ou para fazer algum exame de rotina como o preventivo, ou exames periódicos pra ver colesterol, triglicérides essas coisas que de vez em quando é bom verificar a gente costuma ao menos uma vez por ano fazer (E17).

Os depoimentos apontam para algumas necessidades em saúde e os principais acessos aos serviços de saúde. Percebe-se que fatores sociais que determinam o aparecimento e desenvolvimento de doenças não estão distribuídos igualmente na população, não seguem um padrão de distribuição justa nas populações. Assim, a percepção de saúde e de doença, assim como o acesso aos serviços de saúde tem a ver com os determinantes sociais da saúde cuja distribuição é desigual e sua condição, seja individual ou coletiva, depende diretamente das ações sobre esses determinantes (PUYOL, 2012).

Desse modo, a saúde e a doença não são realidades objetivas identificáveis no cotidiano dos indivíduos/grupos, por sintomas de perturbação funcional nos órgãos ou nos tecidos do corpo, mas são fenômenos do domínio da percepção interpretativa, contextualizada no espaço e no tempo em que os acontecimentos são percebidos. (SILVA e ALVES, 2011).

Para Silva e Alves (2011), a configuração que baseia a racionalidade de saudável se assenta na representação social que associa natureza com saúde. Nesse sentido, a saúde é entendida como parte da natureza do corpo, saudável durante as primeiras épocas da vida, desgastando-se ao longo do ciclo de vida a ponto de precisar de cuidados. Assim, quando indagamos quanto à assistência de saúde ofertada aos sujeitos no espaço rural, as respostas foram:

[...] Bem, eu gosto [...] por que o SUS sabe como é... até para uma consulta tu vens tu és atendida, mas se eles pedem uns exames mais complicados, nunca tu consegues para semana que tu precisas, às vezes demora meses para ser atendido (E2).

[...] O nosso posto, esse último ano, teve bem complicado porque sempre faltava médico. Quando tinha (médico) era um tempinho curtinho, das 8:30 às 11:00 e não dava muito tempo (para as consultas) a gente se desestimula. [...] Quando precisei fui bem atendida, não é aquilo que a gente espera, mas... pelo posto é mais complicado. Tem que esperar muito tempo, tu quer um médico de uma especialidade, tu espera muito tempo, desanima (E8).

[...] Tem pouca ficha, às vezes falta médico, só atende pela manhã, não resolve tudo, mas são bons. [...] É porque às vezes aqui eles não resolvem, não tem medicamento, ou o problema é mais grave e tem que ir para cidade (E9).

As manifestações acima revelam que predomina no entendimento dos usuários a hegemonia do modelo biomédico na determinação do processo saúde-doença. Cabe ressaltar que este espaço apresenta características específicas, e que, para tanto, os serviços de saúde deveriam identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença no espaço rural.

As ações dos serviços de saúde pautadas no modelo assistencial da ESF devem considerar que a saúde e a doença são determinadas pelas condições de vida dos sujeitos e da sua relação com o meio a qual materializa no corpo concreto e que estas, a saúde e a doença, não têm origem exclusivamente no e do corpo.

Nesta perspectiva, para Degani e Camelo (2009), o trabalho compartilhado, humanizado, com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhece os determinantes sociais no processo saúde-doença. Essa condição exige, além de conhecimento da clínica ampliada, habilidades no relacionamento interpessoal e intersetorial, fundamentais para contextualizar a saúde da população no espaço rural.

Desse modo o estreitamento das relações dos sujeitos com os serviços de saúde são imprescindíveis não somente pela sua capacidade (ou incapacidade) de ofertar recursos a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, mas pela possibilidade concreta de fortalecimento da autonomia e empoderamento social (PELLON; VARGAS, 2010).

O acesso aos serviços de saúde é uma estratégia para reduzir as desigualdades sociais na saúde e que, embora o sistema de saúde seja justo, os determinantes sociais mostram que os indivíduos podem adoecer por razões "socialmente injustas", ou seja, não se trata apenas da exposição aos agentes externos, mas também do impacto da estrutura social desigual no aparecimento e desenvolvimento da doença. Se os determinantes sociais da saúde não estão uniformemente distribuídos na população, a equidade no acesso aos cuidados de saúde é confinada a não aumentar ainda mais esta injustiça, porém, não pode eliminá-la ou reduzi-la. O resultado é que, embora o acesso aos cuidados de saúde seja feita por necessidade e não pela capacidade de pagamento dos indivíduos, a população é quem sofre com as desigualdades sociais (PUYOL, 2012).

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde também ficou evidenciado nos depoimentos dos sujeitos, uma vez que as populações rurais só garantiram acesso aos serviços de saúde após a instituição do Sistema Único de Saúde em 1988.

[...] meu pai era pobre, nós éramos em oito (filhos) na família, não era fácil, tudo a braço (sem máquinas) para conseguir comer e para viver naquele tempo. Perdi dois irmãos, o atendimento era muito diferente do que é agora, há 50 anos atrás, quando me criei. Meu pai foi para a cidade com aquelas crianças e não tinha atendimento... perdemos, morreram as duas crianças. [...] quando veio a prefeitura (SUS), fundaram esse posto... ficou muito bom... o pessoal se queixa, mas nunca a vida esteve tão boa como está agora porque difícil foi quando me criei(E14).

O depoimento revela o papel das políticas públicas de serviços de saúde na conformação do processo saúde-doença, na medida em que a falta de assistência à população

rural anterior à Constituição Federal de 1988, contribuía sobre maneira para a fragilização da condição de saúde no espaço rural, uma vez que é assegurado aos cidadãos urbanos e rurais o direito à saúde a partir de ações de promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1988).

As entrevistas identificam como ações de prevenção os seguintes quesitos:

[...] Ginástica [...] eu procuro ter uma alimentação mais saudável, por brigar com a balança sempre. [...] procuro usar pouca gordura, bastante verdura, bastante legume, a gente produz, então, é uma coisa que tu tem em casa. [...] cuidado, não uso agrotóxicos, não uso nada, procuro usar adubo orgânico [...] Não vendemos, é só pra consumo (E5).

[...] Não bebo, não fumo, não jogo [...] A alimentação, a gente come carne, feijão, arroz, salada [...] um pouco (verduras) vem da horta, um pouco a gente compra [...] a gente bota nas verduras, quando tem bicho, a gente bota remédio, mas não é veneno [...] É só pra não estraga, não prejudica nada, [...] no que a gente come não coloca nada. Não bota veneno... o que deu, deu.[...] Eu me cuido na comida, na alimentação, não me resfrio, eu me cuido para não ficar doente (E9).

[...] a gente cuida muito a alimentação. A gente nunca foi de comer muita coisa industrializada com condimentos. Frutas e verduras a gente cuida muito... cuidar para não se resfriar [...] ninguém fuma, ninguém bebe. [...] aqui, para fazer uma caminhada nessa estrada cheia de buraco, cheia de pedra, é complicado (E17).

Nas atividades quotidianas da população rural fica evidenciado a conduta de cuidados à saúde, percebe-se a preocupação individual com o viver saudável revelado no cultivo de alimentos isentos do uso de agrotóxicos, principalmente quando esses se destinam ao consumo da família.

No entanto, quando indagados sobre as causas do adoecimento, todos reafirmaram que o principal motivo foi a falta de cuidado com a saúde, prevenção. Nesse sentido, a doença ocorre quando há um descuido dos indivíduos, visto que é resultante entre a interação genética e o ambiente que atua no ser e que pode ser favorecido ou não pelo estilo de vida das pessoas (DEGANI; CAMELO, 2009). Identificam o meio como produtor de saúde como revelam os depoimentos a seguir:

[...] Coisa simples como se molhar, ou esfriar ou estar com uma roupa curta, ou um ar condicionado, como na caminhonete estava muito abafado e sair para o ar frio (E2).

[...] Por causa do resfriado. [...] por causa de forçar demais (E15).

[...] eu trabalhar muito assim agachado, como eu tenho problema da coluna, me incomoda. A coluna eu procuro assim não forçar demais (E18).

Observa-se nos relatos que a doença ocorre quando há um descuido com a saúde. Degani e Camelo (2009) referem que a doença ocorre quando há um deslizamento dos elementos objetivos e subjetivos próprios do indivíduo ou dos coletivos. A doença é um estado de desequilíbrio, um estado imperfeito da saúde, resultante da interação entre a genética e o ambiente, que pode ser favorecido ou não pelo modo e estilo de vida das pessoas

Com relação aos serviços de saúde, os entrevistados referem que este poderia contribuir com a qualidade de vida do trabalhador rural nos sentido de promover ações que repercutem no desempenho das atividades laborais. Dessa maneira, eles comentam:

[...] Não, é difícil, porque a gente trabalha bastante, está sempre com dor na coluna [...]a soja é o que dá menos serviço por que é tudo com máquina [...] A melancia, que é pesada para gente carrega, tem que capinar, ai isso é mais serviço (E7).

[...] Plantamos sim, a gente planta as coisas para o gasto. Agora compramos milho, lavoura grande a gente não planta por causa de saúde. Então, a gente faz umas coisas mais leves [...] já tive problema de coluna, fiquei paralisado, nem no leite trabalho mais (E8).

[...] Aparentemente ela é uma boa médica. Só que ela não dá muita abertura para a gente. Se a gente leva alguma dúvida ela não dá muita atenção para a gente. [...] conversa o extremamente necessário. [...] acho que tem que ser uma linguagem diferente para as pessoas que vivem aqui se não as pessoas não entendem, principalmente as pessoas de idade, não ouvem bem, 'tem que fazer um exame, mas eu não entendi bem que exame tenho que fazer'. [...] teria que dar por escrito para pessoas de idade, porque nem todos os filhos podem ir junto, ou explicar de maneira diferenciada o que fazer, explicar mais de uma vez, tem pessoas que saem com algumas dúvidas 'eu não entendi direito o que ele disse'. [...] não sei se é a linguagem que ele usa, deviam perguntar se entenderam. Até quem atende ali no balcão depois que sai do médico, perguntar se ficou com alguma dúvida. [...] colocar uma caixinha de sugestões, de repente, eles vão relatar alguma coisa que a equipe nem imagina que esteja acontecendo também (E17).

Referem à necessidade do uso de linguagem acessível na assistência em saúde, uma vez que a população no espaço rural demanda que os profissionais tenham percepção dos limites que a comunicação formal possa produzir no entendimento das informações por eles repassadas.

O modelo de DSS nos remete a pensar a causa das causas, ou seja, o princípio primordial que responde o porquê os sujeitos adoecem. Ao analisarmos as condições de vida e de trabalho as quais incluem a dimensão da produção agrícola, de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, saneamento básico, serviços sociais, saúde e habitação, notou-se que os sujeitos que participaram do estudo manifestaram que a ocupação predominante é com a atividade agrícola, a qual caracteriza a principal fonte de recursos das famílias.

A pesquisa identificou, também, trabalhadores aposentados, os quais ainda mantêm vínculo com a atividade rural na produção de alimentos para consumo da família. Da mesma forma, identificaram-se, neste território, sujeitos que exercem outras atividades:

[...] Tem períodos que trabalho fora, mas de fevereiro a julho em casa (trabalho), a gente planta cuia/porongo e nesse período eu fico em casa para ajudar na limpeza das cuias. Temos dois rapazes que moram aqui e que também ajudam, eu faço a comida e as coisas da casa e quando termina esse período de limpar as cuias eu trabalho na fábrica, ou procuro outro serviço para não ficar parada em casa. (E3)

Silva, Grossi e Campanhola (2002) referem em relatos de diferentes atividades realizadas no meio rural que os futuros agricultores serão cada vez mais pluriativos e suas rendas dependerão não somente da agricultura, mas também de outras atividades. A descoberta de novas atividades nas áreas rurais encontra-se com novos postos de trabalho em ocupação não-agrícola. Nesse caso, não apenas a agricultura é tida como meio de sustento, mas também, as feiras realizadas nas cidades, com produtos artesanais e comestíveis que incrementam a renda familiar. Para Abramovay (2005), quanto mais os jovens estiverem preparados para essas outras atividades, entre as quais se destacam as voltadas à valorização da própria biodiversidade existente no meio rural, maiores serão as chances de realização pessoal e profissional.

[...] Eu, durante a semana, eu passo praticamente a semana envolvida fazendo, eu faço bolacha, outro dia eu faço doce, rapadura. Eu me organizo, organizo a casa e o pátio. A lida (trabalho) com o leite é meu marido que cuida. Ele levanta, tira leite, cuida dos bichos. É ele quem organiza isso. Quando é possível eu ajudo, mas normalmente é ele...[...] a gente trabalha no serviço de casa, a gente faz uma feirinha de produtor, prepara os produtos para vender. Na feira, somos encarregados da parte do pão, bolacha, doce, rapadura que a gente faz. Cada um deles (feirantes) produz uma coisa (produtos). Aprendi com a minha sogra. A gente foi começando, foi fazendo, nós fazíamos para o gasto (consumo próprio) e depois nós fomos convidadas para participar dessa feirinha. Já faz mais de 18 anos que a gente está (trabalha lá). Vendemos bolacha, pão, rapadura, as compotas, o doce de leite, massa, faço desde sabão caseiro. É uma associação, porque são vários produtores que têm, às quartas e sábados (E8).

[...] É mais pastagem para os animais e horta. E tem criação de ovelha, tem suíno, se cria frangos. [...] Nós vendemos, e temos criação de cachorrinhos também! Agora vamos aumentar a criação, quando ela (esposa) se aposenta, no ano que vem, vamos aumentar a criação, temos 20 cachorrinhos. Não tem que chega (produção)! [...] Agora temos 10 cachorrinhos encomendados. [...] rende mais... comem pouco, é bichinho pequeno, não é um trabalho forçado. Então a gente procura o que fazer (E18).

A gestão familiar rural inclui outros “negócios” não-agrícolas como parte de sua estratégia de sobrevivência (maioria dos casos) ou mesmo a ampliação da renda. Em outras palavras, o centro das atividades deixou de ser a agricultura uma vez que o campesino se tornou pluriativo ou não-agrícola, embora permaneça residindo no campo (SILVA, 2001), podendo incidir de forma importante no processo saúde-doença das populações rurais.

O Brasil rural revela uma condição nova, uma vez que o emprego de natureza agrícola diminuiu em praticamente todo o país, mas a população residente no campo estabilizou. Isso sugere que a dinâmica agrícola, embora fundamental, já não determina sozinha os rumos da demografia no campo. O cenário é explicado pelo incremento do emprego não-agrícola, pois o dinamismo sustentável no campo brasileiro evidencia que o êxodo agrícola pode ser compensado com o crescimento das ocupações rurais não agrícolas (SILVA, 2001).

Em relação à jornada de trabalho, foi identificado que os trabalhadores rurais não possuem jornada fixa, o que, para os mesmos, é indicador de qualidade de vida. Entretanto, no período de plantio e de colheita, o trabalho é estendido, podendo existir jornada de 12h ou mais horas por dia. Este contexto contribui para a redução do tempo disponibilizado para o lazer, fragilizando as dimensões que compõem os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Quanto ao ambiente de trabalho, referem a utilização de agrotóxicos nos produtos destinados ao mercado consumidor, o qual preocupa na medida em que compromete a qualidade de vida.

[...] Tenho dor de cabeça. Antes tinha uma equipe de enfermagem aqui, que uma delas tinha problema de rinite alérgica, ela ficava muito ruim quando eles passavam veneno. [...] Porque o cheiro é muito forte, fica no ar o dia inteiro (cheiro).[...] tenho receio de intoxicação, cânceres. Eu acho que tudo ajuda para que alguma coisa não funcione direito no teu organismo. [...] Então, deve contaminar. Porque têm distâncias que deveriam ser mantidas, envolta de poços, só que não são (E17).

[...] eu planto com adubos orgânicos as verdura para gente comer, procuro não passar veneno. Eu acho que (veneno está) matando muita gente, porque o óleo de soja (tem veneno), dizem para evitar a gordura animal (banha) porque é prejudicial, mas mais veneno que tem na soja (óleo)? Agora, de uns anos para cá, se tu não passares veneno não produz. A melancia, a batata inglesa só para ver, passam o veneno mais brabo junto da muda. [...], a única coisa que não se passa veneno é na mandioca, que é uma das coisas mais sadia que tu come (E14).

[...] a gente planta só para o consumo: saladas, temperos, chazinhos que eu gosto de ter um pouco de cada coisa. [...] A gente costuma cuidar para não usar agrotóxico na horta (E17).

[...] Para as lagartas a gente usa um produto com fumo. Deixa de molho treze dias e passa nas verduras. A gente vende, o pessoal vem buscar em casa. Já sabem (que não tem veneno) (E18).

Estudos têm demonstrado que a utilização de agrotóxicos contribuiu para o aumento da produção agrícola, entretanto, o uso incorreto e indiscriminado durante várias décadas trouxe uma série de consequências ao ser humano e ao meio ambiente. Dentre as consequências, pode-se citar a acumulação de resíduos tóxicos nos alimentos, a contaminação da água e do solo, intoxicação dos produtores rurais, seleção de pragas resistentes, entre muitos outros problemas. Desse modo, tem crescido o interesse na produção e consumo de alimentos isentos de resíduos (CORRÊA; SALGADO, 2011), confirmando que a produção do processo saúde doença está intimamente relacionada com o meio em que as pessoas vivem.

b) Condições Socioeconômicas, Culturais e Ambientais Gerais

Esse tema refere-se ao quarto e mais externo nível do modelo de DSS, que aborda as questões referentes às condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Assim, tentou-se

compreender como deveria ser para os sujeitos viverem no meio rural e quais as repercussões para o processo saúde-doença.

O estudo revelou que viver no meio rural é

[...] Morar aqui no meio rural é bom para quem nasceu e se criou para fora... É bom porque aqui fora é melhor que na cidade. Eu tenho casa e apartamento na cidade, mas eu morar lá não vou... aqui a gente tem os animais. Agora estou aposentado já, parei de plantar... é bem melhor para fora não é aquele barulho lá(E1).

[...] É a melhor coisa que tem aqui, eu detesto cidade, tenho pavor de cidade vou só para o necessário (E3).

[...] Eu gosto apesar de algumas dificuldades que a gente tem. É um lugar mais tranqüilo, tu ficas mais a vontade. Poder comer de maneira melhor. Poder ter uma horta, uma fruta. Então, eu acho assim, prefiro morar no meio rural (E17).

[...] Aqui eu gosto muito, me criei nessa lida, então, eu acho ótimo. [...] o campo tem aquilo que a gente gosta, sempre gostei da criação, dos animais. E, assim, para estar mais à vontade (E18).

O espaço rural pode configurar um meio de produção de saúde, uma vez que as tensões cumulativas da vida na cidade podem contribuir de forma mais acelerada para o adoecimento dos sujeitos (LIU; ALAMEDA, 2011).

Entretanto, os sujeitos que vivem nesse espaço revelam a existência de dificuldades para se locomover para os centros urbanos, falta de oportunidades de trabalho, sobretudo para os jovens, limitações nas vias e com o transporte público e a insegurança. Assim, comenta-se:

O transporte é a principal dificuldade. A gente, morando a três quilômetros da universidade, tem só dois ônibus por dia. É uma dificuldade muito grande, tanto que o meu filho que está no quartel. Ele fica de segunda a sexta no quartel por não poder vir para casa. Ele nunca vai chegar no quartel no horário certo se depender de ônibus. E tem muita gente que mora aqui que comenta que gostaria de estudar de noite, gostariam de trabalhar no comércio. Então, isso aí para nós é um atraso de vida. [...] Estrada está horrível, raríssimo arrumarem, faz meses que não arrumam. O nosso distrito está na fase de esquecimento. A gente, as vezes, tem que pedir favor para as autoridades [...] Para estudar, continuar os estudos tem que ir para a cidade. [...] tem muitos jovens que os pais não conseguem pagar as passagens. Têm muitos que não vão, acabam ficando aqui (E17).

Dessa forma, para Carvalho e Buss (2008), as relações entre os determinantes da saúde-doença caracterizam o perfil sanitário de uma população, e conseqüentemente auxilia a implementação de políticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde.

As determinações econômicas e sociais gerais do processo saúde-doença envolvem ações, não apenas no sistema de atenção à saúde, como mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais, por meio de políticas públicas intersetoriais,

sobretudo, através de políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem estar social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ruralidade é um espaço carregado de singularidades, as quais contribuem para que a determinação social do processo saúde doença aconteça por meio das condições de vida e de trabalho no espaço em que a população está inserida. As condições de vida e de trabalho no ambiente rural foram apontadas como determinantes para a produção de uma vida saudável.

Pode-se verificar que, a partir do diálogo com os usuários de uma UBS/ESF rural, o espaço é produtor de saúde uma vez que identifica as condições ambientais como a dimensão mais importante dos determinantes sociais.

Com base nas condições de vida e trabalho, pode-se inferir, por meio dos resultados, que o modo de viver, bem como as atividades desenvolvidas no cotidiano da vida, interfere na produção de saúde desta população.

Desse modo, o estudo apontou como principal potencializador da saúde o ambiente tranqüilo, a possibilidade do contato com a natureza, a produção e consumo de alimentos livre de agrotóxicos, a flexibilidade da jornada de trabalho e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, tanto no sistema público quanto no privado.

Como fragilidades foram apresentadas as questões referentes ao acesso aos serviços de saúde, pela distância das residências e limitações do transporte público. Outro fator que fragiliza os cuidados individuais de saúde refere ao uso da linguagem, esse fator contribui para limitações na comunicação entre usuários dos serviços de saúde e profissionais.

Quanto ao ambiente de trabalho, a principal fragilidade que afeta a saúde está relacionado à jornada extensiva de trabalho, que é freqüente para as populações que vivem no campo, o contato e inalação freqüente com agrotóxicos, a exposição cotidiana ao sol e a sobrecarga física do trabalho, que contribuem para a fragilização das condições objetivas de vida.

É imperativo que as equipes de saúde, em especial a enfermagem, por ser responsável pela gestão dos serviços de saúde, planejem ações que estimulem e promovam a produção da saúde neste espaço. A promoção da saúde no espaço rural configura-se como uma forma de articulação dos saberes empíricos e científicos, agindo sobre os determinantes sociais na perspectiva de produção de saúde incluindo os cenários econômicos, políticos e culturais.

Para tanto, os serviços de saúde devem adequar-se às necessidades dessa população, tendo em vista as especificidades do espaço rural.

Assim, as ações dos serviços de saúde devem estimular um trabalho compartilhado com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo os determinantes sociais no processo de saúde-doença no espaço rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, Ricardo. “Juventude rural: ampliando as oportunidades”, **Raízes da Terra: parcerias para a construção de capital social no campo**. Secretaria de Reordenamento Agrário do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Brasília – DF, Abril de 2005, Ano 1, nº 1. Disponível em: <<http://www.creditofundiario.org.br/materiais/revista/artigos/artigo05.htm>> Acesso: 10 jan. 2014.

ANDALIA, R. M. R. e CODINA, P. L. S., Aportes Del pensamiento y lãsciências de La Complejidad al estudio de los determinantes de La salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2009. 35(4):65-67. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21418848008>> Acesso: 04 fev. 2014.

ARANTES, R.C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. *Rev. APS*, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. 1986. Brasília: Ministério da Saúde. 1987.

CARVALHO, A.I; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. *In: GIACONELLA, L; SCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 125-156.

CORRÊA, J. C. R; SALGADO, H. R. N. Atividade inseticida das plantas e aplicações: revisão. *Rev. bras. plantas med*; 2011. 13(4):500-506.

DAHLGREN, G, WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health* Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

DEGANI, G.C.; C/AMELO, S.H.H. Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença. **Cienc Cuid Saude** 2009 Abr/Jun; 8(2):213-219

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431690#>> Acesso: 19 dez. 2012.

LAURELL, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev. Latinoamericana de Salud*, Mexico, 1982. p. 7-25.

LIU, David MKI e ALAMEDA, Christian K. Determinantes Sociais da Saúde para Crianças havaianas nativos e do Adolescente. *Hawaii Med J*. 2011 Novembro, 70 (11 Suppl 2): 9-14.

PELLON, L.H.C.; VARGAS, L.A. *Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção a saúde dos Guarani Mbya de Aracruz, Espírito Santo*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1377-1397, 2010

PUYOL, Anjo. Ética, equidade e determinantes sociais da saúde. *GacSanit* vol.26 no.2 Barcelona março / abril 2012

SANTOS, J. A. L. dos. O conceito de espaço rural e as políticas de governo no Brasil. Ver. Discente Expressões Geográficas, Florianópolis, 2011. nº 7, anoVII, p. 95-110. Disponível em: <http://www.geograficas.cfh.ufsc.br/arquivo/ed07/n07_art05.pdf>. Acesso: 10 jan. 2014.

SANT'ANNA, C. F. et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2010 mar; 31(1):92-9. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10891/8623>>. Acesso: 03 mai. 2013.

SILVA, J. G., GROSSI, M. D. e CAMPANHOLA, C. O que há de realmente novo no rural brasileiro. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*. Brasília, 2002. V. 19, n.1, p.37-67. Disponível em: <<http://www.economia.esalq.usp.br/intranet/uploadfiles/1115.pdf>> Acesso: 17 jan. 2014.

SILVA, L.F. da; ALVES, F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1207-1229, 2011.

SILVA, J. G. da. Velhos e novos mitos do rural brasileiro. *Estudos Avançados* 15 (43), 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142001000300005&script=sci_arttext>Acesso: 15 jan. 2014.

WANDERLEY, Maria de Nazareth B. A Ruralidade no Brasil Moderno - por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: *El mundo rural: transformaciones y perspectivas à la luz de la nueva ruralidade*. Bogotá. out. 2003. p.31-44.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assegurar o direito à saúde a todos os cidadãos constitui-se um desafio para as políticas públicas de saúde, uma vez que as condições de vida dos indivíduos interferem no modo de produção da saúde ou da doença. Os hábitos, os costumes dos sujeitos ou comunidades podem determinar a saúde ou o adoecimento dos sujeitos. Desse modo, as especificidades do espaço rural determinam socialmente a constituição do processo saúde-doença.

O presente estudo teve como objetivo identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença junto a uma ESF rural. Também foi realizada a categorização do perfil sócio demográfico dos sujeitos que residiam no espaço rural para melhor compreensão dos dados.

Por meio do estado da arte pode-se perceber que os temas Determinantes Sociais e Processo Saúde-Doença são temas transversais à saúde e que ainda são tratados separadamente nos estudos, com predominância do modelo biomédico nas práticas de saúde. O estudo das tendências das dissertações e teses no Brasil demonstrou que os DSS têm muito a contribuir com a consolidação da assistência à saúde da população, uma vez que as políticas públicas possuem grande influência no processo saúde-doença das populações por constituírem-se os macro-determinantes da saúde. As políticas públicas, quando enfatizam os DSS no processo saúde-doença, prevêm que as ações de saúde poderão ter maior resolutividade, reorientando as práticas em saúde para a promoção, prevenção e integralidade.

Os resultados da pesquisa permitiram identificar os determinantes sociais da saúde como potencialidades e fragilidades no processo saúde-doença, no espaço rural segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead.

Como potencialidades da saúde na população rural, destacam-se o ambiente sereno, a possibilidade do contato com a natureza, a produção e consumo de alimentos saudáveis, a flexibilidade da jornada de trabalho e a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, tanto no sistema público como no privado, além do estilo de vida que permite aos sujeitos uma vida boa, profícua, a medida que conseguiam fazer o bem, agradar as pessoas, ser feliz, ter família e companhia, num esforço de ajuda mútua de solidariedade para com o outro. Também, observou-se como determinante do processo saúde-doença a constituição de relações sociais a partir da participação em grupos.

Como fragilidades da saúde, apontaram-se o estilo de vida fixado nas “lidas” do campo, tendo essas prioridades no cotidiano individual e coletivo, não permitindo a inclusão

do lazer como forma de produção de saúde; a insegurança no espaço rural como limitante para a conformação das redes sociais; o acesso aos serviços de saúde pela distância das residências, limitações do transporte público, a linguagem como limitante na comunicação entre usuários e profissionais de saúde, a jornada extensiva de trabalho em períodos de plantio e colheita, o contato e inalação freqüente de agrotóxicos, a exposição cotidiana ao sol e a sobrecarga física do trabalho que contribuem para a fragilização das condições objetivas de vida.

O ambiente rural configura-se como um meio de produção de saúde, uma vez que o ambiente tranqüilo e livre de tensões, o consumo de alimentos saudáveis, entre outros, determinam socialmente a condição de saúde dos sujeitos nesse meio. Para a população rural a doença ameaçaria as forças e a vontade de trabalhar.

Por entender que as equipes de saúde estão envolvidos diretamente na promoção, prevenção e recuperação da saúde, em especial a enfermagem, por ser responsável pela gestão dos serviços de saúde, é imperativo que se planeje ações que estimule e promova a produção da saúde neste espaço. A promoção da saúde no espaço rural configura-se como uma forma de articulação dos saberes empíricos e científicos agindo sobre os determinantes sociais na perspectiva de produção de saúde incluindo os cenários econômicos, políticos e culturais.

Nesse sentido, as ações de promoção da saúde podem configurar-se como estratégias para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Para tanto, os serviços de saúde devem adequar-se às necessidades da população no espaço rural tendo em vista as especificidades desse meio. A atuação em diferentes espaços permite à enfermagem uma prática voltada para a resolutividade, com enfoque na qualidade do atendimento, na integralidade dos sujeitos, na promoção da saúde e prevenção de agravos, além do fortalecimento do vínculo com o usuário.

Concluiu-se que o conhecimento dos determinantes sociais da saúde pelas equipes de saúde possibilita a identificação das prioridades locais no planejamento de ações de saúde amparadas em recursos ambientais disponíveis, em consonância com as especificidades do meio rural e na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMOVAY, R. A rede, os nós, as teias: tecnologias alternativas na agricultura. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, a. 6, n. 34, p. 159-77, nov./dez. 2000

ABRAMOVAY, R. “Juventude rural: ampliando as oportunidades”, **Raízes da Terra: parcerias para a construção de capital social no campo**. Secretaria de Reordenamento Agrário do Ministério do Desenvolvimento Agrário. Brasília – DF, Abril de 2005, Ano 1, nº 1. Online em: <<http://www.creditofundiario.org.br/materiais/revista/artigos/artigo05.htm>> Acesso: 13 nov. 2013.

ARAÚJO, M.B.S; ROCHA, P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN).**Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 1439-1452, Set./Out,2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800017&script=sci_arttext> Acesso: 14 out. 2011.

BACKES, M.T.S.et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico.**Rev. enferm, UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 111-117, jan/mar, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>Acesso: 28 jul. 2012.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?**Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.11, n.1,p. 67-84, Jan/Jul,2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_arttext> Acesso: 10 set. 2012.

BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa: com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ªed. Rio de Janeiro: VOZES, 2008. p.189-217.

BRASIL. Núcleo de Saúde da Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados (CONOF/CD). **A SAÚDE NO BRASIL: História do Sistema Único de Saúde, arcabouço legal, organização, funcionamento, financiamento do SUS e as principais propostas de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000**. Nota Técnica nº 10, de 2011. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2011/nt10.pdf>> Acesso: 12 set. 2012.

_____. Ministério da saúde. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui a **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/regimento.htm>> Acesso: 24 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf> Acesso: 04 jun. 2012.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998. Disponível em: <BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15-12-1998.> Acesso: 12 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso: 13 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso: 15 mar. 2014.

_____. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), 1996.

BECK, C.L.C; GONZALES, R.M.B; LEOPARDI, M.T. Detalhamento da metodologia. In: LEOPARDI, M.T.et al. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2ªed. Florianópolis: PALLOTTI, 2002. p.163-182.

BIAZZO, P. P. Campo e rural, cidade e urbano: distinções necessárias para uma perspectiva crítica em geografia agrária. Anais do 4º Encontro Nacional de Grupos de Pesquisa – ENGRUP, São Paulo, 2008, p. 132-152. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/gpet/engrup/ivengrup/pdf/biazzo_p_p.pdf> . Acesso em: 19 dez. 2013.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saudeedeterminantessociais_artigo.pdf>Acesso: 24 ago. 2012.

CARNEIRO, M J. Ruralidade na sociedade contemporânea: uma reflexão teórico metodológica. In: El mundo rural: transformaciones y perspectivas à la luz de La nueva ruralidade. Bogotá. out. 2003.

CARVALHO, A. **Transformações sócio-espaciais e desenvolvimento rural no 5º distrito de Santa Maria/RS - Arroio do Só**. Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/gpet/files/_Microsoft.pdf> Acesso: 07 set. 2012.

CARVALHO, A.I; BUSS, P.M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. *In: GIACONELLA, L; SCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 125-156.

CESSE, E.A.P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. 2007. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Ageu, Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

DEGANI, G.C.; CAMELO, S.H.H. **Percepções dos enfermeiros de unidades de saúde da família sobre o processo saúde-doença**. *Cienc Cuid Saude*, 2009-Abr/Jun; 8(2):213-219.

DIAS, G. et al. A vida nos olhos, o coração nas mãos: concepções e representações femininas do processo saúde-doença. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14 n.3 Jul/Set, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300006>> Acesso: 24 ago. 2012.

DISTRITO. *In: Site Oficial da Prefeitura de Santa Maria*. 2014. Disponível em: <<http://www.santamaria.rs.gov.br/rural/73-distritos>>. Acesso: 15 out. 2013.

FHI - FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (Site).The science of improving lives. **Currículo de Treinamento – Ética em Pesquisa**. USA: 2005. Disponível em: <<http://www.fhi360.org/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCPo/pr/prpg1.htm>> Acesso: 06 nov. 2012.

FERNANDES, G.C.M. e BOEHS, A.E. Contribuições da literatura para a enfermagem de família no contexto rural. **Texto contexto - enferm.** [online], Florianópolis, v.20, n.4, p. 803-811, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/21.pdf>> Acesso: 10 nov. 2012.

FERREIRA, R.C; VARGA, C.R.R; SILVA, R.F.Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, 2009, v.14, n.1, p. 1421-1428. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>> Acesso: 08 ago. 2012.

FIOCRUZ. Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (Site): Rio de Janeiro, RJ (2008), disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/apresentacoes.asp>> Acesso: 08 ago. 2012.

FIOCRUZ. Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde: Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso: 08 ago. 2012.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008000100003&script=sci_arttext> Acesso: 10 jul. 2012.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC, São Paulo, 2003 p. 55-125

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ªed. Rio de Janeiro. VOZES, 2008. p. 65-89.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=431690#>> Acesso: 19 dez. 2012.

LEOPARDI, M.T. Desenho de Pesquisa Qualitativa; Corpo do relatório de pesquisa nas diversas abordagens. In: LEOPARDI, M.T.(org). **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2ªed. PALLOTTI, Florianópolis. 2002. p.245-254; 255-270.

MADEIRA, L.M; ALVES, M. Processo saúde doença trabalho. Semina: **CI biológicas/Saúde Londrina**, v.17,n.2, p.164-169, 1996. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/7078/6278>>Acesso: 24 ago. 2012.

MARCONI, M. A. e LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 7ªed. São Paulo: ATLAS, 2010. p.277.

MERHY, E.E. **O SUS que temos e o SUS que queremos**: uma agenda. Belo Horizonte: Hucitec, 2004

MINAYO, M. C. S. (org.). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

MORAIS, E.P. **Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul-RS**. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-17102007-143556/pt-br.php>> Acesso: 09 nov. 2012.

RIOS, E.R.G.et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Rev. Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 501-509, 2007.

SANTANA, F.R. et al. Conhecimento de agentes comunitárias de saúde acerca dos determinantes sociais em sua comunidade adscrita. **Rev. Eletr. Enf.** [Online]. Goiânia, v.14, n.2, p.248-56, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13102>> Acesso: 05 nov. 2012.

SANT'ANNA, C.F. et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre: v.31, n.1, p.92-99, mar, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v31n1/a13v31n1.pdf>> Acesso: 18 out. 2012.

SANTOS, J. A. L. dos. O conceito de espaço rural e as políticas de governo no Brasil. Ver. Discente Expressões Geográficas, Florianópolis, 2011. nº 7, anoVII, p. 95-110. Disponível em: <http://www.geograficas.cfh.ufsc.br/arquivo/ed07/n07_art05.pdf>. Acesso: 10 jan. 2014.

SCOPINHO, R.A. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. São Paulo: v.15, n.1, p.575-1584, 2010,. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s1/069.pdf>> Acesso: 09 nov.2012.

SEVALHO, G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.349-365, Jul/Set.1993. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300022>> Acesso: 24 ago. 2012.

SODER, R.M. **Indicadores de saúde e saneamento no meio rural em oito municípios da "metade sul" do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Escola de Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre:2007 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12972/000629552.pdf?sequence=1>> Acesso: 10 nov. 2012.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M.S.M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. ESCOREL, S. LOBATO, L.V.C. NORONHA, J.C. CARVALHO, A.I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.215-241.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. Introdução em pesquisa ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª Ed. Atlas. São Paulo, 2010. 175p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertação e teses: MDT**. 7ªed. Santa Maria: Editora da UFSM, 2010. 72p.

WANDERLEY, Maria de Nazareth B. A Ruralidade no Brasil Moderno - por um pacto social pelo desenvolvimento rural. In: El mundo rural: transformaciones y perspectivas à la luz de lanueva ruralidade. Bogotá. out. 2003. p.31-44

WEILLER, T.H. **O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias**. 2008. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: SP, 2008.

WHO/UNICEF 1978.*Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC*, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Genebra. Health-for-All Series nº1.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Orientanda: Graciele Erthal

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck

Eu _____ informo que fui esclarecido, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção da Pesquisa denominada Determinantes do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma estratégia saúde da família rural, de autoria de Graciele Erthal, orientada pela Prof^ª Dr^ª Teresinha Heck Weiller e coorientada pela Prof^ª Dr^ª Carmem Lúcia Colomé Beck, que tem por objetivo **identificar os determinantes sociais do processo saúde doença sob a ótica dos usuários de uma ESF rural no interior do Rio Grande do Sul.**

- O estudo se justifica pela necessidade de aprofundar a temática, no intuito de obter subsídios que possam fomentar reflexões sobre o processo saúde-doença e seus determinantes sociais. Dessa forma, espera-se poder qualificar a assistência em saúde na atenção básica e assim poder atuar com mais efetividades na prevenção de agravos à saúde dos usuários.

- não sou obrigado (a) a participar na pesquisa. Depois de minha autorização, se quiser desistir a minha vontade (liberdade) será respeitada, em qualquer momento da pesquisa, sem quaisquer represálias atuais ou futuras.

- A minha decisão em não participar ou desistir da pesquisa a qualquer momento será respeitada sem nenhum tipo de penalização, ônus ou prejuízo;

- será realizada uma entrevista comigo que será gravada em um gravador digital e, posteriormente transcrito. Tais transcrições serão guardadas por 5 anos em um arquivo confidencial no computador pessoal da pesquisadora. Caso eu não deseje que seja gravada a entrevista, a minha vontade será respeitada.

- caso as questões da entrevista mobilizem sentimentos ou desconfortos de quaisquer tipos, as pesquisadoras estarão disponíveis para prestar esclarecimentos ou fazer os encaminhamentos que forem necessários.

- os benefícios desta pesquisa não serão diretos a mim, mas incluem a reflexão sobre os determinantes do processo saúde doença podendo auxiliam a prevenção de agravos a saúde dos sujeitos envolvidos na pesquisa, bem como de todos os que tiverem acesso aos resultados da pesquisa.

- ao fim desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados. Terei acesso a essas informações, mas sei que na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá, pois receberei um código (por exemplo: E1, E2, E3,...). Assim, ninguém poderá descobrir quem eu sou, o que protege a minha identidade, privacidade, a proteção da minha imagem e a não estigmatização;

- este estudo poderá contribuir com novas investigações que abordem aspectos relativos à determinação social da saúde, uma vez que os estudos convergem para essa abordagem do processo saúde-doença como um aspecto não puramente biológico, mas no seu aspecto social.

- caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Este documento foi revisado e aprovado pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Maria.

Assinatura: _____ Santa Maria/RS _____, _____ de 2012.

Graciele Erthal
Pesquisadora Orientanda

Teresinha Heck Weiller
Pesquisadora orientadora

Carmem Lucia Colomé Beck
Pesquisadora coorientadora

Para maiores informações telefonar a cobrar para:

- Graciele Erthal (55) 81083692 gracieleerthal@gmail.com

- Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller (55) 91753602 weiller2@hotmail.com

- Prof.^ªDr^ª. Carmem Lúcia Colomé Beck (55) 84064339 carmembeck@smaail.ufsm.br

Para dúvidas ou considerações éticas na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7o andar - Sala 702, Cidade Universitária - Bairro Camobi, CEP:97105-900 - Santa Maria -RS Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009 e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

APÊNDICE B– Formulário Sócio Demográfico**Código:**

Para uso do investigador

Instrumento de Coleta de Dados Sócio Demográficos dos Usuários da ESF Arroio do Só- Santa Maria/RS.**1. IDENTIFICAÇÃO**

- Sexo: _____ Idade: _____
- Endereço: _____
- Naturalidade: _____
- Religião: _____ Praticante: () sim () não
- Estado civil: _____
1. Você tem filhos? () Não. () Sim Quantos? _____ Idade dos filhos? _____
2. Tempo que reside no Arroio do Só: _____
3. Com quem você mora? _____
4. Você frequentou escola? () Sim. Até que ano? _____
() Não.
5. A sua casa é? () Própria () Alugada
6. Qual o meio de transporte o Sr(a) utiliza para se deslocar até a UBS?
() Carro () ônibus () moto () a pé () outros
7. A sua casa têm?
- () rede elétrica
- () pavimentação
- () água tratada () água de poço
- () coleta de lixo
- () rede de esgoto () fossa () esgoto a céu aberto
- Observações: _____

1. DADOS SOCIECONÔMICOS

1. Trabalha? () Sim () Aposentado
() Não () Desempregado
- Onde trabalha?.....Quantas horas por dia?.....
2. Tem vínculo empregatício? () Sim. () Não. () Autônomo
- Observações: _____
3. Recebe benefícios sócio assistencial? () Sim () Não Que tipo? _____
4. Quanto recebe por seu trabalho?
() menos de 1sm () até 1sm () até 2sm () até 3sm () mais de 3sm
5. Quantos membros de sua família trabalham? Em que trabalham?
6. Existem grupos comunitários aqui? Quais?
7. Participa de algum grupo em sua comunidade?
() Não () Sim () Às vezes. Quais grupos?
8. Participa de alguma atividade social?

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

Instrumento de Coleta de Dados – Fichas para Entrevista Semiestruturada com usuários da ESF Rural



Identificar os *Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença* e caracterizar o perfil sócio demográfico de uma ESF rural

Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 160)

❶ Centro - Indivíduo com seus fatores intrínsecos como idade, sexo e fatores hereditários.

1. Você faz uso de medicação contínua?
2. Faz exames preventivos?
3. Já vivenciou adoecimento seu ou de algum membro da sua família? Em que situações?
4. Alguém já faleceu? Qual Causa?

Investigar fatores hereditários (doenças crônicas – HAS, Diabetes, Ca mama e ovário...)



Identificar os Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de uma ESF rural

Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehea (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 160)

②Primeiro semicírculo - estilo de vida dos indivíduos,

1. Fale-me como é viver no meio rural?
2. Como é a sua vida? O que você costuma fazer, no que você trabalha? Quantas horas por dia? (sol)
3. O que é ter uma vida boa (boa vida)? O que precisa? Como você considera a sua vida?
4. Você conversa sobre saúde? Com quem?
5. Que tipo de informações vocês trocam?
6. Quando necessita de cuidados com a saúde, o que você faz?
7. Você busca os serviços de saúde? Com que frequência?
8. Como é atendido?
9. Como você avalia o atendimento?



Identificar os Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de uma ESF rural

Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehea (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 160)

③segundo semicírculo - as redes sociais e comunitárias.

1. Que tipo de atividade social você participa?
2. Existem grupos na sua comunidade? Você participa? (Terceira idade, comunidade religiosa...)
3. Você tem amigos aqui? Quantos? Amigos de infância?
4. Você costuma visitar seus amigos? Em que momentos...



Identificar os Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de uma ESF rural

Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehea (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 160)

④ Terceiro semicírculo - as condições de vida e de trabalho

1. Que tipo de atividade você desenvolve? (Conceito de trabalho)
 2. Como é o seu ambiente de trabalho?
 3. Como é essa atividade?
 4. Como você aprendeu a fazer essa atividade?
 5. Você tem algum cuidado especial para realizar essa atividade?
-



Identificar os Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de uma ESF rural

Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehea (CARVALHO e BUSS, 2008, p. 160)

⑤ quarto semicírculo - questões referentes as socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Formulário Sócio demográfico

1. Quais as atividades que você costuma fazer no seu tempo livre?

APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE****Título do Projeto:****DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL****Pesquisador orientanda:** GracieleErthal**Professora orientadora:** Prof^aDr^a. Teresinha HeckWeiller**Professora Coorientadora:** Prof^aDr^a Carmem Lúcia Colomé Beck**Instituição/Departamento:** Centro de Ciência da Saúde – CSS/UFSM - Departamento de Enfermagem**Telefone para contato:** (55) 91753602 (Teresinha HeckWeiller); (55)84064339 (Carmem Lúcia Colomé Beck)**Local da coleta de dados:** Rede de Atenção Básica de Saúde - ESF Arroio do Só - distrito do município de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos pesquisados, cujos dados serão coletados por meio de questionário de levantamento de dados sócio demográficos, observação e entrevista semiestruturada. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob responsabilidade da pesquisadora Dr^aTeresinha HeckWeiller, na sala 1304, 3º andar, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, Universidade Federal de Santa Maria/RS e os dados serão guardados por um período de cinco anos. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em .../.../....., com o número do CAAE....

Santa Maria,de.....de 2012

Graciele Erthal
RG: 8071009181

Teresinha Heck Weiller
RG 1016219881

Carmem Lucia Colomé Beck
RG: 3016441473

ANEXOS

ANEXO A- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA SOB A ÓTICA DE USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL

Pesquisador: Teresinha Heck weiller

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12354213.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 203.805

Data da Relatoria: 19/02/2013

Apresentação do Projeto:

A ampliação e aprofundamento sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença implicam em práticas assistenciais integrais de saúde, que considerem o indivíduo como ser social, cultural e espiritual, que influencia constantemente o meio em que vive ao mesmo tempo em que é influenciado por este. Na intenção de compreender os determinantes sociais do processo saúde-doença sob a ótica de usuários de uma ESF Rural, será necessário realizar uma pesquisa com abordagem qualitativa de caráter descritiva-exploratória. O estudo será realizado no 5º Distrito do Município de Santa Maria - Arroio do Só. Farão parte deste estudo usuários cadastrados junto à Unidade Básica de Saúde - ESF rural deste distrito. Como critério de inclusão estipular-se-á, ser morador do distrito, maior de idade (18 anos e mais), estar cadastrado junto à ESF e ter acessado o serviço nos últimos seis meses. Estima-se 50 usuários, contudo a pesquisa será realizada até que haja saturação dos dados. Serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados para essa pesquisa (em anexo ao projeto na íntegra): o formulário para levantamento de dados sócio demográficos dos usuários cadastrados na ESF rural e entrevista semi estruturada para identificar, a partir da análise da fala dos sujeitos, os determinantes do processo saúde-doença.

A coleta de dados da pesquisa será realizada a partir da entrevista com os usuários que acessam o serviço nos últimos seis meses. Os sujeitos deste estudo serão abordados aleatoriamente na UBS e convidados a participarem do estudo. Caso haja o aceite, será acordado o momento da entrevista,

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



que será realizada na residência do sujeito participante ou na UBS, em local apropriado, garantindo que seja um ambiente reservado, livre de movimentação. A coleta de dados iniciará após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM-(CEP-UFSM) e da Secretaria Municipal de Saúde, observando os princípios éticos que são preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A análise dos dados será através de análise de conteúdo segundo Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral desse estudo é identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e caracterizar o perfil sócio demográfico de usuários de uma ESF rural no interior do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o autor cita que a pesquisa não apresenta riscos diretos aos participantes, porém a temática estudada, sobre Determinantes Sociais, pode apresentar algum risco indireto ligado a inquietude ou ansiedade dos participantes.

Como benefício, estudo poderá trazer contribuições para atuação da enfermagem, frente à definição de políticas públicas de saúde, podendo auxiliar na prevenção de agravos

a saúde dos sujeitos e comunidade envolvida na pesquisa, bem como de todos os que tiverem acesso aos resultados da pesquisa, apontando possíveis estratégias para os serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está adequadamente redigido e sustentado por uma revisão de literatura satisfatória. Apresenta coerência entre objetivo, justificativa e métodos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE, Termo de confidencialidade, autorização intitucional, registro no GAP, folha de rosto devidamente redigida e assinada. Orçamento adequado. Cronograma preve início da coleta dos dados em 18 de fevereiro, contudo consta a ressalva que a coleta apenas será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 23 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com