

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEIO AMBIENTE E
RECURSOS HÍDRICOS**

**Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural do Sul de Minas
Gerais**

Camila Mendes dos Santos

Janeiro, 2020

Itajubá

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEIO AMBIENTE E
RECURSOS HÍDRICOS**

Camila Mendes dos Santos

**Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural do Sul de Minas
Gerais**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Meio Ambiente e Recursos Hídricos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Meio Ambiente e Recursos Hídricos.

Área de concentração: Diagnóstico; Monitoramento e Gestão Ambiental.

Orientador: Dr. Luiz Felipe Silva

Janeiro, 2020

Itajubá

Ficha catalográfica

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEIO AMBIENTE E
RECURSOS HÍDRICOS**

Camila Mendes dos Santos

**Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural do Sul de Minas
Gerais**

Dissertação apresentada à banca examinadora em 06 de março de 2020, conferindo ao autor o título de Mestre em Meio Ambiente e Recursos Hídrico.

Banca examinadora:

Prof. Luiz Felipe Silva (orientador)

Profa. Dra. Daniela R. T. Riondet-Costa

Prof. Dr. José Vitor da Silva

Janeiro, 2020

Itajubá

DEDICO ESTE TRABALHO...

Aos meus familiares,
Pela educação e aprendizados a mim cedidos em todos os momentos da minha vida.

Ao meu companheiro Bernardo Esber,
Pelo companheirismo, compreensão e apoio em todos os momentos.

Em memória ao meu pai,
Aonde quer que esteja sei que está torcendo por mim.

Ao meu orientador Luiz Felipe,
Pelo incentivo e pelo apoio depositados em mim, durante toda a realização deste estudo.

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS...

Aos Professores da Unifei, por compartilhar seus sábios conhecimentos, em especial ao professor Luiz Felipe.

Aos meus familiares, companheiro e amigos pela compreensão dos momentos de ausência, em prol da minha formação.

Aos funcionários da Estratégia Saúde da Família do CAIC e ao gestor municipal de saúde que nos apoiaram durante a coleta de dados.

A Associação de Bairro do Pessegueiro que nos apoiou durante a realização deste trabalho.

Aos participantes deste estudo, que foram essenciais para realização deste trabalho.

Aos colegas da Unifei, principalmente a equipe que participou do Projeto 'Águas do Pessegueiro'.

"Não se deve ir atrás dos objetivos fáceis, é preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços"

Albert Einstein

RESUMO

Os moradores de áreas rurais são sabidamente menos beneficiados com acessos aos serviços de saúde; sua maioria não tem a garantia do direito à saúde conforme estabelecido pela Constituição Federal e, são penalizados com as iniquidades em saúde. Estudos na área da epidemiologia social sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) buscam analisar os fatores econômicos e sociais que promovem as iniquidades em saúde. Os DSS são circunstâncias impactantes sobre as condições pelos quais as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem e, conseqüentemente influenciam o seu estado de saúde. O objetivo deste trabalho foi conhecer a influência dos determinantes sociais à saúde da população de um bairro rural. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, observacional, exploratória, por delineamento descritivo, de corte transversal, de caráter qualiquantitativa e com técnica de coleta e análise de dados fundamentada na Teoria das Representações Sociais pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Utilizou-se o software Microsoft Excel® para análise dos dados quantitativos e o software DSCsoft® para análise dos dados qualitativo. O estudo foi realizado com a população residente do bairro Pessegueiro, localizado na área rural do município de Itajubá-MG. Os resultados obtidos revelaram prevalência acentuada de moradores do gênero feminino, faixa etária entre 30 a 39 anos, casados, em média três filhos/dependentes, com nível de escolaridade pautada no ensino fundamental e renda média de um a três salários mínimos; dentre as principais morbidades investigadas, destacam-se as doenças crônicas não transmissíveis, sendo que a hipertensão arterial apresentou maior percentual de prevalência no grupo familiar; dos DSS as condições de vida que mais influenciaram foram: presença de mofo e de fumaça causada por fogão à lenha encontrados nas residências, inexistência de rede e tratamento de esgoto no bairro, há ainda uma percentagem da população que não tinha acesso à água tratada por rede de abastecimento. Em relação à percepção sobre a saúde, os moradores consideram que é boa, contudo, predominou-se o desconhecimento sobre os DSS principalmente os de caráter ambiental. Conclui-se que intervir na equidade em saúde dessa população é essencial para superação/eliminação das desigualdades e iniquidades em saúde. Faz se necessária atuação do governo para interceder com ações diferenciadas, propondo políticas públicas, principalmente em âmbito de saneamento básico e acesso ao serviço de saúde e o envolvimento dos moradores da comunidade nas ações de conscientização.

Palavras – chave: Determinantes Sociais da Saúde; Saneamento Rural; Equidade em Saúde.

ABSTRACT

Residents in rural areas are known to benefit less from access to health services; most of them have no guarantee of the right to health, as established by the Federal Constitution and are penalized for health inequities. Studies in the field of social epidemiology on the social determinants of health (DSS) seek to analyze the economic and social factors that promote health inequities. DSS are impacting circumstances on the conditions under which people are born, live, grow, use and age and, consequently, influence their health status. The objective of this work was to know the influence of social determinants on the health of the population in a rural neighborhood. This is an epidemiological, observational, exploratory study, with a descriptive, cross-sectional design, of a qualitative and quantitative nature and with data collection and analysis technique based on the Theory of Social Representations by the Collective Subject Discourse (CSD). Microsoft Excel® software was used to analyze quantitative data and DSCsoft® software to analyze qualitative data. The study was carried out with the resident population of the Pessegueiro neighborhood, located in the rural area of the municipality of Itajubá-MG. The results obtained revealed a marked prevalence of female residents, aged between 30 and 39 years, married, with an average of three children / dependents, with an education level based on elementary school and an average income of one to three minimum wages; among the main morbidities investigated, chronic non-communicable diseases stand out, with arterial hypertension having a higher percentage of prevalence in the family group; of the DSS the living conditions that most influenced were: presence of mold and smoke caused by a wood stove found in the homes, no network and sewage treatment in the neighborhood, there is still a percentage of the population that did not have access to water treated by supply network. Regarding the perception of health, the residents consider it to be good, however, the predominant or unknown about DDS, mainly those of an environmental nature, predominated. It is concluded that intervening in the equity of health of this population is essential to overcome / eliminate inequalities and inequities in health. Government action is necessary to intercede with differentiated actions, proposing public policies, mainly in the scope of basic sanitation and access to health services and the involvement of community residents in awareness actions.

Keywords: Social Determinants of Health; Rural Sanitation; Health Equity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)_____	22
Figura 2 – Influência dos Determinantes Sociais da Saúde _____	24
Figura 3: Limites geográficos do bairro Pessegueiro, Itajubá-MG (2018)_____	29
Figura 4: Foto do local do estudo, Itajubá (2018)_____	30
Figura 5: Foto de algumas residências do bairro Pessegueiro, Itajubá (2018)_____	31
Figura 6 - Percepção sobre saúde pelos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)_____	51
Figura 7 – Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 1 (Itajubá, MG 2019)_____	53
Figura 8 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 2 (Itajubá, MG 2019)_____	57
Figura 9 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 3 (Itajubá, MG 2019)_____	59
Figura 10 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 4 (Itajubá, MG 2019)_____	64
Figura 11 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 7 (Itajubá, 2019)_____	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil demográfico dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)	38
Tabela 2 Tempo que os moradores residem no bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)	40
Tabela 3 Renda familiar, escolaridade e informações quanto ao trabalho dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)	41
Tabela 4 Condições de vida dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)	45
Tabela 5 Acesso ao serviço de saúde pelos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)	49

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças
- CF – Constituição Federal
- CNDSS – Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
- CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
- DSC – Discurso Sujeito Coletivo
- DSS – Determinantes Sociais da Saúde
- EC – Expressão chave
- EDUSC - Editora da Universidade de Caxias do Sul
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FMIIt – Faculdade de Medicina de Itajubá
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC – Ideia central
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 INTERESSE PELO TEMA	17
1.2 JUSTIFICATIVA	18
1.3 OBJETIVO GERAL	19
1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.4. HIPÓTESE	20
2. MARCO CONCEITUAL	21
2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	21
2.2 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL	24
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
3.1 CENÁRIO DO ESTUDO	28
3.2 LOCAL DO ESTUDO	28
3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
3.4 AMOSTRAGEM E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	34
3.5 COLETA DE DADOS	34
3.5.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	36
3.5.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
3.6 PRÉ-TESTE	36
3.7 TRATAMENTO DOS DADOS	36

3.8 ÉTICA NA PESQUISA	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	38
4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DOS DISCURSOS COLETIVOS	53
5. CONCLUSÃO	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	79
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	80
APÊNDICE B – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	82
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA	85
APÊNDICE E – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 01 DO ROTEIRO	88
APÊNDICE F – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 02 DO ROTEIRO	92
APÊNDICE G – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 03 DO ROTEIRO	96
APÊNDICE H – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 04 DO ROTEIRO	101

APÊNDICE I – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 05 DO ROTEIRO	106
ANEXOS	111
ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOCUMENTADA	86
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	113
ANEXO C – CARTILHA – “CUIDADOS COM SUA ÁGUA”	115
ANEXO D – CARTILHA – “CUIDADOS COM SUA SAÚDE”	116

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua saúde como “um estado de bem-estar físico, mental e social completo e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição deveria ser a premissa de todas as ações que tem por objetivo desenvolver saúde, deve ser também considerada um direito humano fundamental e uma meta social em todo o mundo desde a década de 1940 (WHO, 1999). Entretanto, a definição de saúde adotada pela OMS, era até avançada para época de sua publicação, mas no momento ela não atende às exigências contemporâneas referentes à situação de saúde.

No Brasil, a saúde pública estabelecida e regulamentada pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e com base nos preceitos da Constituição Federal (CF) publicada em 1988, conceitua saúde como “... um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos...”(BRASIL, 1988). Está claro que apesar das críticas, ambas as definições de saúde, tanto da OMS quanto no Brasil, permeiam as políticas sociais como alicerces para o desenvolvimento das ações de saúde.

Assim sendo, as condições econômicas, ambientais, políticas públicas de cunho social influenciam decisivamente sobre as condições de saúde das populações, bem como as iniquidades em saúde, devido às circunstâncias em que as pessoas nascem, vivem, trabalham, envelhecem e morrem. Esse conjunto de fatores é denominado “determinantes sociais da saúde (DSS)” (WHO, 2005).

A saúde é considerada um importante fator no desenvolvimento sustentável de uma população, pois esta representa o efeito coletivo das condições sociais, econômicas e físicas da vida. Fundamentalmente, uma população saudável permite maior produtividade do trabalho e retornos econômicos às famílias, o que permite a criação de oportunidades para crescimento mais inclusivo e sustentável (ODORICO et al., 2015).

O acesso e qualidade do atendimento clínico, caracterizado pelo modelo biomédico, contribuem apenas com 20% para a resolutividade dos casos de saúde, enquanto que condições sociais como: educação, emprego, renda, apoio familiar e social e segurança comunitária, são duas vezes mais impactantes positivamente (MOORE, 2019).

Dada a importância dos DSS, a partir de 2003, a OMS criou a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, para estabelecer um processo sistemático do conhecimento

disponível e articulado, em esfera mundial, com objetivo de captar um referencial teórico relacionado ao tema. De imediato, isso representou um marco conceitual no campo da saúde e o fortalecimento de abordagens intersetoriais para políticas de ações de saúde (CARVALHO, 2013).

Ao longo do século XX, alguns progressos foram feitos no estudo das relações dos DSS, particularmente entre as condições de trabalho, de vida e situações de saúde. Uma das ciências de relevada contribuição para esses estudos é a epidemiologia social, principalmente em relação ao processo saúde-doença (PELLEGRINI FILHO, 2011).

A epidemiologia social compreende uma distinção no plano teórico, que se distingue das demais abordagens epidemiológicas ao investigar e explicar insistentemente e explicitamente os determinantes sociais sob o processo saúde-doença (BARATA, 2005).

Essa metodologia tem sua atenção voltada principalmente para os fatores de risco à saúde, para examinar e explicar com mais profundidade, o contexto social em que eles ocorrem. Assim, permite identificar e descrever as várias condições sociais que parecem influenciar o estado de saúde das populações. Tais aspectos são pouco abordados nos estudos de epidemiologia convencional (SOUZA, GRUNDY, 2004).

Esses mesmos autores concluíram em seu trabalho que a epidemiologia social possibilita o entendimento da influência do meio físico e social no estado de saúde e facilita a coordenação de estratégias para ações em saúde, o que permitirá abrir novos caminhos no campo da saúde pública em direção à população mais saudável (SOUZA, GRUNDY, 2004).

1.1 INTERESSE PELO TEMA

Os DSS e suas relações com o processo saúde-doença da população vêm ganhando destaque devido sua grande relevância para saúde pública, bem como a epidemiologia social como elemento chave na investigação e identificação dos fatores de risco nesse processo (SOBRAL, FREITAS, 2010).

Nesse sentido, a inquietação por esse tema partiu do propósito de elucidar esse obscuro elemento, numa determinada população, cujos DSS podem impactar diretamente sobre o nível de saúde e, sobretudo, no desenvolvimento e qualidade de vida. Portanto, é fundamental uma ação efetiva das ações de saúde, e para isso, é preciso que os fatores de risco sejam elencados e que intervenções assertivas sejam propostas e alcançadas para promoção do bem estar da população.

Outro aspecto considerado para o despertar dessa proposta de trabalho foi a atuação profissional de um dos autores no serviço público de saúde do município, que observa rotineiramente a influência dos aspectos sociais sobre o estado de saúde dos usuários do SUS, muitas vezes como algumas ações impeditivas para promoção de saúde. Essa vivência despertou o interesse em saber se os DSS impactam nos níveis de saúde da população.

Por fim, o último aspecto que favoreceu o interesse pela pesquisa se deu a partir das discussões e atividades desenvolvidas no “Projeto Águas do Pessegueiro”, durante o curso de mestrado em Meio Ambiente e Recursos Hídricos, do Instituto de Recursos Naturais, na disciplina de “Desafios Socioambientais”; no qual durante o projeto de extensão os mestrandos realizaram algumas atividades de campo no bairro Pessegueiro, zona rural de Itajubá, MG.

Tais circunstâncias impeliram os pesquisadores na busca de construção de conhecimento que possibilite o aprofundamento nesta temática com intuito de responder à questão apresentada: “Os DSS têm algum papel influenciador sobre o estado de saúde da população do bairro Pessegueiro, no município de Itajubá, MG?”.

1.2 JUSTIFICATIVA

Ao revisar a literatura correlata, foram encontradas uma lacuna e negligências de estudos nessa temática no contexto brasileiro e alguns trabalhos apontam em nível internacional, mais precisamente no tocante à avaliação dos impactos à saúde pelos DSS, com aprofundamento à epidemiologia social (LAGUARDIA, 2007; NAKAMURA et al. 2009; SOLLA, 1996; FLEURY-TEIXEIRA, BRONZO, 2010). Portanto, considera-se necessária a realização de mais pesquisas que se dediquem a explorar a questão, sobretudo quando se tem em vista a repercussão da condição de saúde, social e econômica da população

Ressalta-se também que especialmente nos países latino-americanos, caracterizados por legados coloniais adversos, incontáveis injustiças sociais, enormes disparidades socioeconômicas e amplas iniquidades em saúde, como em território brasileiro os DSS assumem papel importante nas condições de saúde da população (ODORICO et al., 2015).

Ainda sobre a América Latina, Silva Junior (2019) cita que esse continente enfrenta acelerada transição demográfica combinada com cenário epidemiológico complexo, de um lado persistem as doenças transmissíveis emergentes e reemergentes e, de outro lado a carga crescente das doenças crônicas não transmissíveis, além da elevada morbimortalidade por

acidentes de trânsito e violências. E, para responder apropriadamente a esse desafio faz-se necessário alcançar o efetivo acesso universal, a construção de agenda multissetorial com políticas públicas capazes de atuar sobre o DSS e promover a saúde.

Para saúde pública, esse estudo assume especial relevância quando se procura analisá-lo sob as perspectivas da dimensão política das ações de saúde e da dimensão de qualificação profissional e educativa dos profissionais que atuam nesse campo.

A tomada de consciência dos gestores e profissionais envolvidos nas políticas públicas de saúde, sociais e econômicas sobre o impacto dos determinantes sociais na saúde pode favorecer o desenvolvimento de sujeitos mais saudáveis, os quais permitirão o desenvolvimento sustentável, social e econômico da população, uma vez que as interações de todos esses setores buscaram pela redução dos fatores de risco à saúde.

Outro aspecto a ser considerado, é que a partir dos resultados deste estudo, pode-se identificar oportunidade de desenvolvimento e ampliação de conhecimentos e melhorar as estratégias de ensino e formação de profissionais envolvidos nos setores da saúde, social e econômico sobre a importância dos DSS para saúde da população.

Enfim, os resultados desta pesquisa podem contribuir para o desenvolvimento de mais estudos em outras regionalidades e com diversidade de amostras.

1.3 OBJETIVO GERAL

Conhecer o papel dos determinantes sociais sobre a saúde da população do bairro Pessegueiro, município de Itajubá – MG.

1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos residentes do bairro Pessegueiro, Itajubá – MG;
- Identificar as queixas de saúde mais prevalentes na comunidade;
- Descrever a influência dos determinantes sociais à saúde dos moradores do bairro Pessegueiro, Itajubá - MG.

1.4. HIPÓTESE

Acredita-se que os determinantes sociais envolvidos no cotidiano dos moradores do bairro Pessegueiro podem influenciar diretamente sobre o estado geral de saúde, bem como são fatores importantes para o desenvolvimento das ações de saúde nessa comunidade.

2. MARCO CONCEITUAL

2.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Desde meados do século XX o conceito de saúde já passou por diversas revisões, que foram acompanhadas pelas mudanças e origens das doenças. Com o surgimento dos “determinantes sociais da saúde” (DSS) pode-se compreender que tais fatores podem ser moduladores da saúde e influenciadores de doenças. Atualmente, sabe-se que a saúde e qualidade de vida são um resultado social diretamente relacionada com as condições gerais de vida das pessoas e do modo de vida (MORAL, GASCON, ABAD, 2014).

“As condições sociais de vida expressam-se no ser de cada indivíduo humano, inclusive em sua capacidade vital, em suas capacidades psicofisiológicas. O que é óbvio aqui é que diferentes condições sociais de vida resultam, em geral, em diferentes condições de saúde e duração da vida, ou, por contraface, de adoecimento e morte” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 43).

Pela definição de DSS compreende-se que é possível reduzir a ocorrência das doenças, atacando sua causa, mediante ações específicas sobre determinantes como renda, ocupação, saneamento, estrutura familiar, educação, disponibilidade de serviços, exposições a doenças, redes e apoio social, discriminação social e acesso a ações preventivas de saúde (PINHEIRO et al., 2016).

Complementa-se, que os padrões estabelecidos para saúde entre as populações não podem ser justificados meramente por fatores biológicos, uma vez que as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013).

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2006 pelo Ministério da Saúde, definiu que os DSS como são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Um ano antes, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), na qual conceituou os DSS como condições sociais em que as pessoas vivem, crescem, trabalham e envelhecem (TEMPORAO, 2008).

Carvalho (2013) cita como exemplo a influência de alguns fatores sociais e econômicos sobre o estado de saúde da população ao relacionar o aumento da incidência de doenças não transmissíveis com a perda de oportunidades econômicas e aumento dos benefícios cedidos pela previdência social, que se observam em países de todos os níveis de renda. Tais fatores vêm causando iniquidades intergeracionais e reduzem a expectativa de vida da população. Outro fator que chamou atenção é o ambiental, com as mudanças climáticas, considerada um símbolo de degradação ambiental como um todo, que ameaça o bem estar das gerações futuras.

Didaticamente, para compreender os DSS, vários modelos foram propostos; vamos citar aqui o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead e, que foi adotado pelo OMS para conduzir as atividades e o conteúdo do relatório final da CNDSS. Este modelo apresenta simplicidade e facilidade de compreensão para os diversos tipos de público devido sua clara visualização gráfica, na qual onde esta embutida em uma única figura todos os DSS em cinco camadas ou níveis superpostos (Figura 1). Os fatores (camadas ou níveis) podem contribuir para o entendimento de como os determinantes sociais influenciam na saúde dos indivíduos, desde os determinantes mais próximos como idade, sexo e fatores hereditários até os macrodeterminantes que estão mais distantes representados pelas condições econômicas, culturais e ambientais (SOBRAL, FREITAS, 2010).

Figura 1- Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: (CNDSS, 2008).

Para Souza, Silva e Silva (2013) a investigação nos estudos pelos fatores individuais é importante para a identificação dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. No entanto, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde.

Pelos determinantes sociais é possível identificar a distribuição da saúde, pela medida do grau de desigualdade em saúde, como um importante indicador não só do nível de igualdade e justiça social presente numa sociedade, como também do funcionamento como um todo (CARVALHO, 2013).

“A saúde não é uma mercadoria transacionável no mercado; é uma questão de direitos e um dever do setor público. Como tal, os recursos para o setor devem ser equitativos e universais” (CARVALHO, 2013, p. 27).

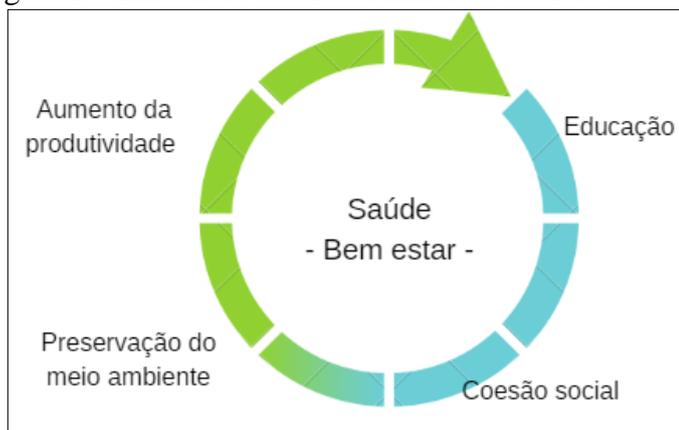
Fleury-Teixeira e Bronzo (2010) relatam em seu estudo que a política tem papel fundamental na organização do trabalho e na distribuição da riqueza na sociedade, bem como o fornecimento e o acesso a bens e serviços públicos, a distribuição de poder e de reconhecimento em uma cultura e, conseqüentemente e/ou simultaneamente, são esses fatores que caracterizam os determinantes sociais da saúde dos indivíduos.

Esses mesmos autores interpretam que a política é um espaço para discussões deliberativas, pelos quais indivíduos tornam-se mais informados sobre determinados assuntos, adquirem novas perspectivas não somente sobre possíveis alternativas, mas também sobre suas preferências. Assim, permite-se legitimar não à vontade e interesses predeterminados de alguns indivíduos, mas realizar um processo de formação de opinião que resultará na deliberação de todos (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

No Brasil, a participação social é um dos “pilares” da formulação das políticas públicas de saúde no país, instituída por direito na CF e pela Lei N. 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

Faz se necessário adotar a abordagem dos determinantes sociais no contexto da saúde para compreender o valor que a saúde tem para a sociedade além de admitir que muitas das ações, não terão relação com o setor “saúde” (CARVALHO, 2013), conforme ilustrado pela Figura 4 como um ciclo de influência entre os setores envolvidos para promoção do “bem estar”.

Figura 2 – Influência dos Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: elaboração dos autores

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

2.2 EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

Epidemiologia sucintamente é definida como a disciplina científica responsável pelo estudo da distribuição e determinantes da saúde e doença em populações humanas, a fim de ajudar a melhorar a saúde (ARIAS-VALENCIA, 2017)

Outro conceito clássico da epidemiologia é:

“Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde” (BOING; D’ORSI; REIBNITZ, 2016 apud ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

Apesar de os estudos sobre saúde e doença na dimensão coletiva já existirem como prática discursiva desde o século XVII, somente a partir do século XIX é que a epidemiologia se concretizou como ciência, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos científicos, tanto no campo das ciências naturais como nas ciências sociais nascentes (BARATA, 2005).

E foi no século XIX e início do século XX que cientistas começaram a estudar o processo saúde-doença com os modos e padrões de vida da população deste período, assim

iniciou-se uma forte relação entre a Epidemiologia e as Ciências Sociais, trazendo a tona a Epidemiologia Social (BARATA, 2005).

Mas foram com os trabalhos de Virchow e Snow e tantos outros, que fizeram as primeiras associações das condições de vida com processos de adoecimento, fortalecendo a ideia de que as intervenções para terem eficácia, devem ser baseadas no conhecimento das tendências de distribuição dos casos, características dos indivíduos acometidos, especialização e ocorrência em períodos anteriores (BARATA, 2005; RAMOS, et al., 2016)

A epidemiologia social constitui um ramo da epidemiologia que estuda as exposições que, de alguma forma, estão ligadas a um estado, cargo ou posição social, considerando como, por exemplo, o status social ou marcadores de papéis sociais, como sexo/gênero, raça/etnia e status econômico/classe (KAUFMAN, MENOZES-HOLGUIN, 2013).

Ramos et al. (2016) complementa que a epidemiologia social se preocupa em explicar o processo saúde-doença pelos determinantes sociais e tem como foco principal o estudo do modo pelo qual a sociedade e os diferentes modos de organização social influenciam a saúde e o bem estar dos indivíduos e dos grupos sociais, para compreender como, onde e porque se dão as iniquidades na saúde.

“A epidemiologia social, fundamentada na abordagem do curso de vida, parte da alegação de que a condição de saúde de um grupo de indivíduos revela não somente suas atuais situações de vida, mas inclui também as circunstâncias anteriores de sua trajetória pessoal, determinada pelo contexto social, econômico, político e tecnológico das sociedades em que esses indivíduos viveram e pelas condições concretas de vida a que foram submetidos” (RAMOS et al., 2016, pag. 225)

Os fatores sociais, econômicos, culturais e demográficos são atribuídos como parte de um conjunto mais amplo de causalidade do processo saúde-doença; fatores como ambiente físico e biológico também são pensados como componente definido como meio ambiente representados pela Tríade Ecológica, caracterizado como um modelo de explicação de causalidade. Este marco repercutiu numa mudança na qualidade da relação entre epidemiologia e as ciências sociais (BARATA, 2005).

Ressalta-se que no passado devido às diversas atualizações do conceito de saúde, houve mudanças também nos pensamentos sobre a origem das doenças e, com o surgimento do modelo de causalidade do processo saúde-doença pela Tríade epidemiológica ou tríade ecológica das doenças, representou um grande marco histórico para medicina. A tríade é composta por hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente; e o seu “desequilíbrio” leva o surgimento e/ou aumento de casos de doenças. Um quarto elemento pode estar envolvido no processo: os vetores (transmissores de doenças) (DIAS-LIMA, 2014).

Já é sabido que com clareza e profundidade que as condições sociais determinam a saúde das populações e do indivíduo. Vários estudos mostram que a saúde varia muito entre os diferentes grupos sociais de uma forma sistemática. Exemplo clássico destes estudos é em apresentar que grupos e as pessoas que ocupam as mais altas posições sociais vivem mais e, além disso, desfrutar de uma vida mais saudável (TOLOSANA, 2015).

Contudo, uma grande parte da sociedade não tem opção de escolha em relação aos fatores relacionados à saúde, como uma boa nutrição, viver em um ambiente saudável ou ter um emprego que não seja prejudicial à saúde. Portanto, as desigualdades sociais em saúde referem-se às diferentes oportunidades e recursos para a saúde que as pessoas têm de acordo com sua classe social, sexo, território ou grupo étnico (TOLOSANA, 2015).

Vale ressaltar, que as desigualdades em saúde resultam não apenas de múltiplos fatores econômicos, ambientais e estilo de vida, mas também dos problemas relativos ao acesso aos cuidados de saúde (SILVEIRA, FENNER, 2017).

Segundo Barata (2005), os objetivos da epidemiologia social são: a) descrever a distribuição e a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas; b) proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades e c) identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades.

Essa mesma autora cita que as pesquisas com abordagens epidemiológicas têm se dedicado a responder “Por que adoecem os indivíduos?” em vez “por que as populações têm determinado perfil de saúde?” ou “por que determinados problemas são predominantes em determinadas populações?” (BARATA, 2005 apud CASTELLANO, 1997).

Kaufman e Mezones-Holguín (2013) apresentam que a epidemiologia social é uma ciência observacional da população e tem como base as variáveis sociais e demográficas, portanto, tem como tendência natural em confiar na teoria social para entender os processos etiológicos nos estudos, uma vez que o significado dessas medidas é revelado por abordagens sociológicas.

Assim, a epidemiologia tem um grande desafio enquanto ciência, pois precisa reconhecer que o conhecimento científico, como qualquer outro conhecimento humano é construído socialmente e poderá ser socialmente explicado, também necessitará aceitar a necessidade de integrar várias estratégias metodológicas para tratar sobre a saúde das populações (ARIAS-VALENCIA, 2017).

Também terá que expandir novos horizontes, ao contemplar sua ligação com a justiça social como um direcionamento que deve guiar seu trabalho. Reconhecer o caráter provisório

do conhecimento, mas útil e no sentido de resolver as questões relacionadas com a justiça social para tanto, implica uma compreensão abrangente da saúde política, social e individual, superando orientação causalista, doença centrada e risco de epidemiologia moderna (ARIAS-VALENCIA, 2017).

Destaca-se que nas últimas décadas, a América Latina apresentou mudanças substanciais no campo econômico, social e demográfico, com intensificação em alguns casos de diferenças culturais e étnicas, gerando situações de diversificações entre as regiões e com implicações relevantes para saúde pública. Nesse contexto, a epidemiologia social desempenha um papel relevante não apenas na identificação dos fatores e das populações mais vulneráveis, mas também na contribuição para elaboração de políticas de promoção de saúde (KAUFMAN, MEZONES-HOLGUIN, 2013).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

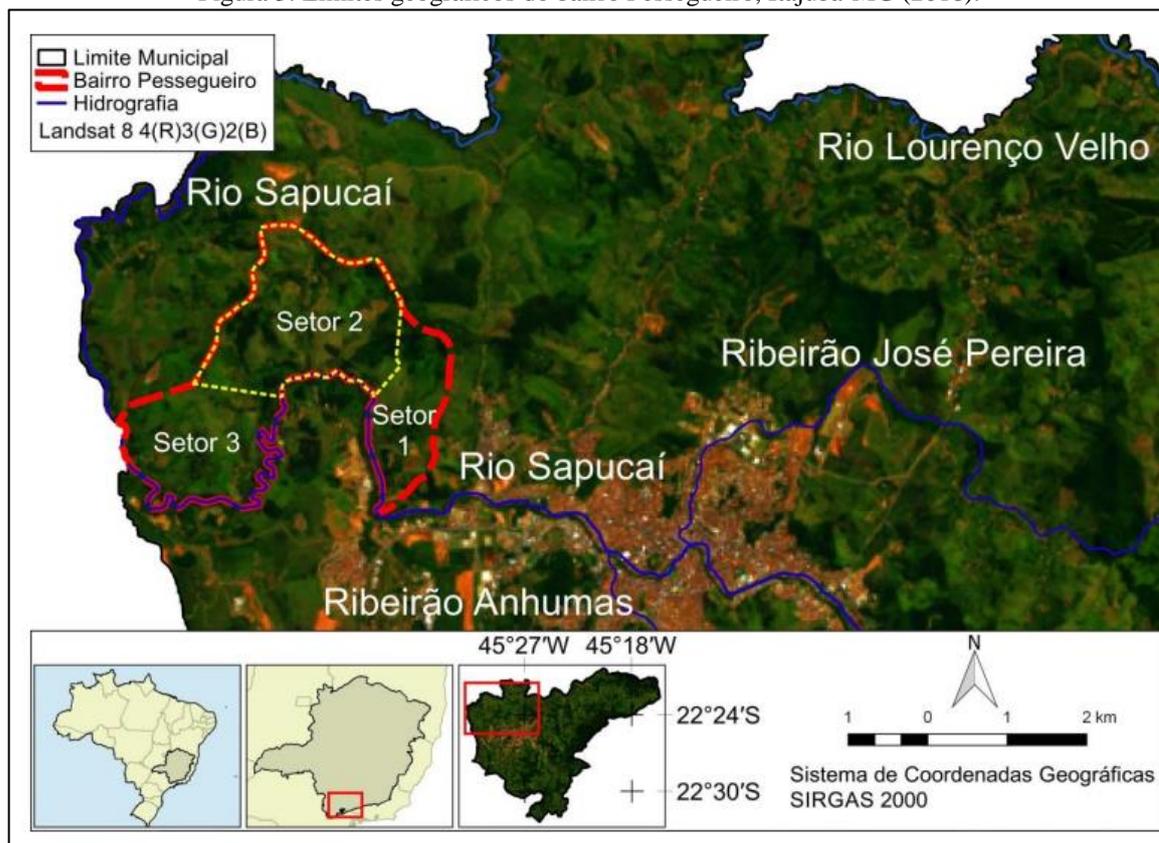
Essa pesquisa foi desenvolvida no município de Itajubá, situada no sul do Estado de Minas Gerais, a sudoeste do Brasil, sob as seguintes coordenadas geográficas 22°30'30" latitude sul e 45°27'20" longitude. Apresenta área urbana e rural, conta com cerca de 27.909 domicílios, sendo 91% na zona urbana e 9% na zona rural. Ocupa área estimada de 294,835 km² de extensão, com população de aproximadamente 90.658 habitantes, equivalente a 307,49 habitantes/km². (IBGE, 2010).

Ainda segundo o IBGE (2010), o município apresenta 90,5% de domicílios com esgoto sanitário adequado, 50,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 40,3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no bairro rural do município de Itajubá, denominado Pessegueiro, onde residem cerca de 350 moradores. Esse bairro permeia os limites geográficos de Itajubá e da cidade vizinha Piranguinho, conforme apresentado na Figura 3. Neste bairro há em funcionamento um aterro sanitário, administrado por uma empresa terceirizada à Prefeitura Municipal de Itajubá.

Figura 3: Limites geográficos do bairro Pessegueiro, Itajubá-MG (2018).



Fonte: (PET, 2018).

Em relação aos serviços básicos, os moradores recebem assistência de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Caic, que está em funcionamento desde 23 de dezembro de 2002 e conta com duas equipes composta no total por: duas enfermeiras, duas médicas clínica geral, três dentistas, três técnicas de enfermagem, dois agentes administrativos, dois médicos pediatras, 11 (onze) agentes comunitários de saúde (CNES, 2019).

Esa unidade de saúde atende a população residente do bairro Pessegueiro e também os bairros Novo Horizonte, Rancho Grande, Fazendinha, Santos Dumont, Marins e parcialmente o Bahamas (PREFEITURA ITAJUBÁ, 2019).

A ESF Caic utiliza as dependência da Associação dos Moradores do Bairro Pessegueiro, para prestação dos serviços uma vez por semana, conforme cronograma estabelecido entre a Associação e a Unidade de Saúde. Caso o morador necessite de atendimento fora do cronograma, o mesmo poderá se direcionar ao bairro Novo Horizonte para receber atendimento nas instalações da ESF Caic.

Cabe ressaltar que a Associação dos Moradores do Bairro Pessegueiro é ativa na comunidade, realiza atividades sociais e de lazer programadas ao longo do ano para promover diversos benefícios à população, conforme suas necessidades.

O bairro também conta com transporte público oferecido pela empresa terceirizada pela Prefeitura Municipal de Itajubá, mediante pagamento de um bilhete para usufruir deste meio de transporte.

O Pessegueiro conta com a instalação de uma Igreja Católica administrada pela Paróquia São José Operário, onde uma vez por semana os padres vão até o bairro rural para celebrar a missa. Além disso, o Pessegueiro também tem uma igreja evangélica, no qual são celebrados cultos semanalmente.

No bairro não há uma escola ou creche pública e/ou privada, os moradores podem se deslocar aos bairros vizinhos, na área urbana para receber assistência educacional.

A seguir serão ilustradas nas Figuras 4 e 5 algumas fotos dos tipos de residências presentes no bairro Pessegueiro.

Figura 4: Foto do local do estudo, Itajubá (2018).



Fonte: (PET, 2018).

Figura 5: Foto de algumas residências do bairro Pessegueiro, Itajubá (2018).



Fonte: (PET, 2018).

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Tratou-se de uma pesquisa epidemiológica observacional, exploratória, por delineamento descritivo, de corte transversal, de caráter qualitativo e quantitativo e com técnica de coleta e análise de dados fundamentada na Teoria das Representações Sociais pelo método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Os estudos epidemiológicos podem ser classificados em observacionais e experimentais. Os estudos experimentais não são objetivos deste trabalho assim, não serão comentados. De uma maneira geral, os estudos epidemiológicos observacionais podem ser classificados em descritivos e analíticos (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Ou seja, responder à pergunta: quando, onde e quem adoece? A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo).

Quanto ao corte transversal, que envolve a coleta de dados em ponto de tempo determinado, coaduna-se com a opinião de Polit, Beck e Hungler (2004), que consideram que, nesse arquetipo, os fenômenos sobre o estudo são obtidos durante um período de coleta de dados. Assim, este tipo de estudo visa descrever a situação do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo. Essa configuração vai ao encontro dos interesses dessa pesquisa.

Brevidelli e Domenico (2006) elucidam que os estudos exploratórios têm como objetivo a busca de informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações a fim de caracterizá-los e evidenciar um perfil. Afirmam ainda, que as pesquisas não-experimentais têm por objetivo explorar algum fenômeno pouco conhecido, obtendo maior número de informações sobre ele.

A pesquisa quantitativa, definida por Polit, Beck e Hungler (2004), é o estudo dos fenômenos que se prestam à mensuração precisa e à quantificação, envolvendo frequentemente um delineamento rigoroso e controlado. Nessa abordagem, o pesquisador reúne evidências empíricas por meio de instrumentos, ou seja, formulação numérica que resulta em mensuração formal e que é analisada por meio de procedimentos estatísticos. Já as pesquisas qualitativas são mais adequadas para explorar questões relativas ao coletivo,

especialmente quanto às percepções das pessoas em geral sobre um determinado assunto e, mais particularmente sobre as implicações que são acarretadas pelos objetos de estudo (FIGUEIREDO, CHIARI, GOULART, 2013).

Já o DSC é um método de análise de dados que procura resgatar a Representação Social (RS) onde é possível expressar de modo mais fiel e possível o que uma população pensa sobre um tema, pois busca reconstruir representações preservando a sua dimensão individual articulada com a sua dimensão coletiva (FERREIRA et al., 2018; LEFEVRE, LEFEVRE, 2014).

Esse método, sistemático e um produto científico de anos de estudo, tornou-se público em 2000, com o lançamento do primeiro livro pela EDUSC (Editora da Universidade de Caxias do Sul) e, busca preservar da natureza discursiva e pessoal das RS como um produto coletivo, a partir de técnicas específicas para coleta de depoimentos razoavelmente espontâneos (LEFEVRE, 2017).

Pelo DSC é possível analisar as entrevistas sob a perspectiva de um contexto institucional, possibilitando a emergência das RS que circulam neste universo de representações. O DSC apoia-se em quatro figuras metodológicas (FERREIRA, ARTMANN, 2018):

- “A. Expressões-Chave (EC): trechos que descrevem conteúdo, transcritos de forma literal, que representam os argumentos discursivos e constituem a matéria-prima para a elaboração dos Discursos do Sujeito Coletivo;
- B. Ideias Centrais (ICs): traduzem o essencial do conteúdo discursivo explicitado por meio da identificação das ideias centrais de cada depoimento;
- C. Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que têm ideias centrais de sentido semelhante ou complementar, e constitui a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana. Faz parte do imaginário de um grupo de pessoas ou atores sociais e, em uma leitura habermasiana, permite o resgate de fragmentos do mundo da vida compartilhado por estes atores;
- D. Ancoragem: são os pressupostos, teorias, conceitos ou ideologias nos quais se baseiam todo discurso e que pode se expressar por marcas linguísticas claras ou estar subjacente às práticas cotidianas” (FERREIRA; ARTMANN, 2018, p. 1440).

O DSC categoriza as EC a partir das IC, isto é, associa os conteúdos das opiniões individuais que apresentam semelhanças em categorias. Após, é redigido um discurso na primeira pessoa do singular, como se tratasse de uma coletividade falando na pessoa de um indivíduo (LEFEVRE, 2017).

Segundo Lefèvre (2017) a RS gera produção por meio de depoimentos coletivos, veiculam histórias ou narrativas coletivas a respeito de um dado problema pesquisado, como essas histórias carregam ou refletem códigos narrativos socialmente compartilhados é possível a partir de essas obter depoimentos semelhantes e construir uma narrativa que condiz com a

realidade dos depoimentos obtidos e, de possível interpretação para o interlocutor. O autor ainda cita que o método DSC é uma forma de traduzir o modo como as RS são compreendidas.

3.4 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A amostra foi gerada a partir da população de moradores residentes no bairro Pessegueiro, município de Itajubá-MG, construída por 19 participantes, que aceitaram participar da pesquisa.

Para coleta dos dados da amostra, por conveniência, foi realizada uma entrevista, estruturada com base na utilização dos instrumentos elaborados para essa pesquisa, de forma aleatória e sem reposição.

Foram incluídos os participantes que atenderam aos seguintes critérios:

- Ter idade igual e/ou superior a 18 anos;
- Residir no bairro Pessegueiro há pelo menos seis meses;
- Consentir em participar do estudo, depois de ciente e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). No caso, dos participantes não alfabetizados será solicitada uma pessoa de sua confiança para realizar a leitura desse termo.

Não foram aceitos as colaborações dos entrevistados que atenderam aos critérios:

- O conteúdo da entrevista não atendeu a pergunta;
- Instrumento preenchido de forma incompleta e/ou incorreta;
- Indivíduos sem capacidade de expressão verbal e mental.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos distintos: 1) Instrumentos da Pesquisa e 2) Procedimentos de Coleta de Dados.

3.5.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Foi utilizado, um instrumento para coleta de dados quantitativo denominado “Caracterização sociodemográfica e dos determinantes sociais da saúde” (APÊNDICE B) que

foi desenvolvida especificamente para o estudo, somente para caracterizar os participantes que se fundamentou sobre os DSS, com abordagem dos fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais. Os dados sociodemográficos indagados foram: gênero, idade (em anos), profissão, nível de escolaridade, tempo de residência no bairro Pessegueiro, incidências de doenças e condições de moradia, entre outros. A pesquisadora deste trabalho preencheu esse instrumento juntamente com os participantes, por meio de entrevista estruturada.

Utilizou-se, como instrumento de coleta de dados qualitativos, o roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE C) constituído por cinco perguntas, onde a primeira pergunta questiona o que é saúde para o participante; a segunda pergunta trata sobre o grau de satisfação da saúde dos participantes e de seus familiares; a terceira questão aborda quais os fatores que mais interferem na saúde; a quarta pergunta questiona sobre quais atividades os participantes executam nas suas funções laborais e por fim, a quinta questão indaga o participante se o trabalho que executa tem algo haver com sua saúde. Para essa coleta, foi utilizado um gravador de voz e posteriormente, transcreveram-se todas as citações dos participantes. Para esse momento, foi escolhido um local privativo a critério do participante no qual se sentisse mais confortável para responder aos questionamentos realizados pela pesquisadora.

3.5.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados do instrumento (APÊNDICE B) e entrevista (APÊNDICE C) foram realizadas durante os atendimentos assistenciais de saúde realizadas pela equipe da ESF Caic, nas dependências da Associação dos Moradores do Pessegueiro e também durante as visitas domiciliares da Agente Comunitária de Saúde (ACS), com prévia ciência e autorização do Secretário Municipal de Saúde de Itajubá (ANEXO A), sem prejuízo às atividades operacionais da equipe da ESF. O período de coleta de dados foi entre 17 a 30 de outubro de 2019.

Foram 19 moradores que concordarem em participar do estudo, estes foram incluídos e terão a garantia do total sigilo e anonimato.

Observou-se a “saturação” da amostra com 19 participantes, pois foram suficientes para contemplação dos objetivos deste trabalho. Glaser e Strauss (1967) apud Minayo (2017) citam que a saturação da amostra refere-se a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para objeto estudado.

3.6. PRÉ-TESTE

O pré-teste ou estudo piloto é uma simulação realística do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia de modo a possibilitar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si. Também permite a realização do planejamento, otimização de recursos e, este estudo pode revelar falhas que não são aparentes no projeto de pesquisa (BAILER, TOMITCH, 2011)

Para Canhota (2008) a quantidade de participantes para um estudo piloto não precisa ser superior a 10% da amostra almejada.

Foi realizado o pré-teste dos dois instrumentos de coleta de dados (APENDICES B e C) com a própria amostra deste estudo, com objetivo de averiguar se estavam coesos e se iriam corresponder às expectativas do estudo e a compreensão dos participantes. Aplicaram-se esses instrumentos em 10% da amostra e não houve necessidade de retificação dos mesmos.

3.7 TRATAMENTO DOS DADOS

Para as informações da caracterização dos dados sociodemográficas e dos determinantes sociais da saúde foi utilizada a estatística descritiva com frequência relativa e absoluta para as variáveis discretas e categóricas, a partir do banco de dados que foi formulado para essa pesquisa.

Já para os dados qualitativos, com a aplicação do método do DSC foi utilizado o software DSCsoft que foi desenvolvido pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) por Lefèvre e Lefèvre em parceria com Sales & Paschoal Informática, atualmente pertence a empresa Tolteca®. Esse software está disponível para download gratuitamente, a versão Trial e já foi utilizado em diversas pesquisas de caráter quali-quantitativas (BONETO, MANRIQUE, MOREIRA, 2018; COSTA, COSTA, CUNHA, 2018).

3.8 ÉTICA DA PESQUISA

Este estudo seguiu rigorosamente os preceitos estabelecidos pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que determina os Princípios Éticos para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Para participar da pesquisa os integrantes foram esclarecidos quanto os objetivos, bem como da garantia do anonimato e privacidade. Eles concederam sua anuência assinando o TCLE (APÊNDICE A).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT) conforme o CAAE N. 17053419.0.0000.5559 (ANEXO B).

Para realização deste estudo, solicitou-se para à Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá-MG, autorização para realização da coleta de dados no bairro Pessegueiro, cuja cópia do documento encontra-se no APÊNDICE D e no ANEXO A encontra-se o deferimento para a coleta de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por se tratar de um estudo quali e quantitativa, optou-se por se apresentar resultados e discussão em um mesmo capítulo para facilitar a identificação e localização no decorrer do texto dos temas abordados. Este capítulo inicia-se com resultados quantitativos relacionados à caracterização da população participante da pesquisa e segue a análise qualiquantitativa relacionada aos discursos coletivos.

4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Para fins didáticos e melhor compreensão, optou-se por apresentar os resultados obtidos na mesma sequência dos níveis de fatores que determinam os DSS, conforme proposto o modelo de Dahlgren e Whitehead (SOBRAL, FREITAS, 2010).

O universo da amostra contemplada por 19 moradores é representada por 74% (n: 15) do gênero feminino e 26% (n=5) pelo gênero masculino, com faixa etária de 30 a 39 anos representada por 32%; sendo 79% (n=15) casados, 37% (n=7) dos entrevistados têm três filhos, 37% (n=7) das famílias tem até quatro moradores residindo na mesma casa, dentre as morbidades identificadas à hipertensão apresentou maior frequência com 53% (n=10) dos entrevistados, conforme mostra a Tabela 1:

Tabela 1 Perfil demográfico dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Gênero		
Feminino	14	74%
Masculino	5	26%
Idade		
20 a 29 anos	2	11%
30 a 39 anos	6	32%
40 a 49 anos	5	26%
50 a 59 anos	3	16%
60 a 69 anos	2	11%
70 a 79 anos	0	0%
80 e mais	1	5%

Continua

Continua

Estado Civil		
Solteiro	0	0%
Casado	15	79%
Viúvo	3	16%
Divorciado	1	5%
Outro	0	0%
Número de filhos/dependentes		
Nenhum filho	0	0%
Somente um filho	1	5%
Dois filhos	6	32%
Três filhos	7	37%
Quatro filhos	1	5%
Cinco filhos	2	11%
Seis ou mais filhos	2	11%
Número de pessoas que moram na residência		
Mora só	2	11%
Até 2 pessoas	4	21%
Até 3 pessoas	4	21%
Até 4 pessoas	7	37%
Até 5 pessoas	2	11%
Distribuição do quadro de morbidades		
Asma	1	5%
Diabetes	5	23%
Hipertensão arterial	11	50%
Hipotireoidismo	1	5%
Obesidade	2	9%
Não tem doenças	2	9%

Fonte: instrumento da pesquisa.

Os dados encontrados nesta amostra são semelhantes aos obtidos por Leite et. al (2019) no qual traçou o perfil sociodemográfico de uma população rural do Sul do Brasil, onde prevaleceu população feminina, com estado civil casado; a maioria possuía de 3 a 4 filhos, coabitavam na mesma residência uma a três pessoas e a doença prevalente foi a hipertensão arterial.

No âmbito das redes sociais e comunitárias, observou-se que existia no bairro uma Associação de Bairros entre os moradores, com sede e diversas ações programadas e sendo executadas para benefício dos moradores no decorrer do ano. Também observou-se que o

bairro dispunha de acesso a internet, por meio de algumas operadoras de telefone móvel, com custo aos moradores que optavam por esse serviço. Na área urbana de Itajubá, a Prefeitura Municipal disponibiliza em alguns pontos da cidade acesso à rede de internet de forma gratuita aos cidadãos e visitantes.

Notou-se que 63% (n=12) dos entrevistados moravam há mais de 12 anos no bairro Pessegueiro, pode-se afirmar que existe um vínculo considerável desses moradores com o bairro. No momento da coleta de dados, percebeu-se que muitos moradores nunca se mudaram do bairro em nenhum momento algum da vida, devido à valorização e apreço que tinham pelo local durante suas verbalizações nas entrevistas.

Tabela 2 Tempo que os moradores residem no bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Tempo que mora no bairro		
1 a 3 anos	5	26%
3 a 6 anos	0	0%
6 a 9 anos	1	5%
9 a 12 anos	1	5%
Mais de 12 anos	12	63%

Fonte: instrumento da pesquisa.

O vínculo criado entre moradores das comunidades e bairros é um foco importante para os estudos epidemiológicos no campo social, uma vez que os seres humanos vivem de maneira que são conscientemente determinados, socialmente segregados e politicamente sensíveis. As pesquisas permitiram as análises das redes sociais implantadas e outras abordagens que enfatizavam a interconexão entre as pessoas como um princípio central da vida social, com profundas implicações para a saúde (KAUFMAN, MEZONES-HOUKGUIN, 2013).

As condições de educação, renda e ambiente de trabalho, também foram avaliadas. Identificou-se que 42% (n=8) vivem com cerca de 1 a 3 salários mínimos equivalentes a R\$ 1.006,00 a R\$ 3.018,00; 74% (n=14) tem o nível fundamental e, 47% (n=9) das entrevistados são “donas de casas”. Em relação ao trabalho, 58% (n=11) responderam que não tem horário fixo de trabalho, 84% (n=16) gostavam das atividades laborais que executam e 79% (n=11) sentem-se bem com o trabalho, 84% (n=16) citaram que não abandonariam o trabalho, conforme apresentado na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 Renda familiar, escolaridade e informações quanto ao trabalho dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019).

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Renda familiar (soma de todos os residentes na casa)		
Até um salário mínimo	5	26%
De 1 a 3 salários mínimos	8	42%
De 3 a 6 salários mínimos	1	5%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	11%
Ensino fundamental	14	74%
Ensino médio	2	11%
Ensino superior	1	5%
Profissão		
Aposentado	3	16%
Autônomo	1	5%
Diarista	1	5%
Do lar	9	47%
Empregada doméstica	2	11%
Estudante	1	5%
Pedreiro	1	5%
Vigilante	1	5%
Número de horas dedicadas ao trabalho por dia		
Até 3 horas/dia	1	5%
Até 4 horas/dia	1	5%
Até 5 horas/dia	1	5%
Até 8 horas/ dia	3	16%
Até 10 horas/dia	1	5%
Até 12 horas/dia	1	5%
Não tem horário fixo	11	58%
Gosta do trabalho		
Sim	16	84%
Não	3	16%
Sentimento em relação ao trabalho		
Bem	15	79%
Indiferente	2	11%
Cansado	0	0%
Exausto	2	11%
Sentimento de vontade de abandonar o trabalho		
Sim	3	16%
Não	16	84%

Fonte: instrumento da pesquisa.

Para o RHIHub (2019), a zona rural apresenta mais desigualdades quando comparadas com outras áreas de modo geral. Frequentemente, os moradores das áreas rurais são desprovidos recursos e, em média são mais pobres e menos instruídos.

Sobre a renda dos moradores do bairro Pessegueiro avaliados nesse estudo, observou-se que 42% (n=8) receberam de 1 a 3 salários mínimos e a média de moradores por residência era de três, assim, para estabelecermos uma analogia temos uma média de renda per capita de um salário mínimo, que corresponde à média abaixo da observada no município, segundo o último Censo do IBGE, em 2010 na qual a renda “per capita” média em Itajubá era de R\$ 948,20 (cerca de dois salários mínimos), sendo o salário mínimo para este período de R\$ 510,00. A evolução da desigualdade de renda de 2000 para 2010 pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,57, em 2000 para 0,55, em 2010 (BRASIL, 2019).

É perceptível que nas áreas rurais que a renda é menor, apresentando taxas de pobreza maior do que outras áreas e, entre os impactos da pobreza na saúde está a dificuldade para o atendimento às necessidades básicas de vida, como alimentação e abrigo, necessárias para manter um indivíduo saudável. A pobreza também exerce influência sobre a saúde mental, devido o estresse que causa nas pessoas (RHIHUB, 2019).

O estudo longitudinal, com adolescente residentes em área rural realizado por Fuller-Rowell, Evans e Ong (2012), mostrou que existe uma associação entre a pobreza e a discriminação, que por sua vez foi associada aos piores indicadores de saúde de uma população de adolescentes moradores de área rural.

O RHIHub (2019) esclarece que a oferta de bons empregos que possam garantir o acesso a salário digno, com horas adequadas de jornada de trabalho e que proporcionem benefícios como convênio médico, podem influenciar positivamente sobre a saúde dos residentes em áreas rurais.

Ainda segundo o RHIHub (2019), um dos impactos mais óbvios que afetam as perspectivas de emprego são os níveis baixos de escolaridade.

No tocante à escolaridade, observou-se na região do Pessegueiro, que 74% (n=14) dos moradores têm o ensino fundamental. Ressalta-se que esse é um dos importantes indicadores componentes do Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), que se refere a escolaridade da população adulta de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo. Ao compararmos os dados da amostra com os do município, observou-se que não há grandes discrepância, a saber 64,53% em 2010 e, segundo Brasil (2019) o município de Itajubá passou por um período de inércia em relação a esse indicador, em função do peso das gerações mais antigas, de menor

escolaridade. Cita ainda que entre 2000 e 2010 o percentual passou de 49,65% para 64,53%, no entanto, em 1991 esse percentual era de 38,59%.

No entanto, o nível de escolaridade não é um fator prejudicial somente para o alcance de emprego, a alfabetização e a compreensão de informações básicas de saúde, de como seguir instruções de um profissional de saúde, gerenciar uma doença crônica ou tomar medicamentos adequadamente, impactam diretamente sobre a saúde dos pacientes. Os residentes rurais correm o risco de ter “*baixa escolaridade em saúde*” porque têm níveis educacionais mais baixos em comparação aos residentes nas áreas metropolitanas (RHIHUB, 2019).

Temple (2017) complementa que a “alfabetização em saúde” também afeta as taxas de morbimortalidade. Cita que alguns estudos associaram que a baixa escolaridade limitou instruções sobre saúde, que assim eram mal compreendidas sobre medicamentos prescritos levando a erros de medicação, bem como a compreensão insuficiente dos rótulos nutricionais levando à ingestão inadequada de alimentos e, por fim, o aumento da mortalidade.

Contudo, nesse momento cabe uma ressalva pois não somente o paciente é responsável por assimilar as informações que recebe dos profissionais de saúde, para realizar a promoção de saúde e prevenção de doença, os profissionais também devem estar preparados para fornecer informações de saúde claras, compreensíveis e baseadas na ciência ao povo. Na ausência de comunicação e acesso claros, não se pode esperar que as pessoas adotem os comportamentos de saúde que os profissionais esperam (PLESANT et. al, 2014).

Ao analisarmos o perfil dos trabalhadores em relação às qualificações profissionais, 47% (n=9) dos moradores informam executar tarefas domésticas como atividades laborais. Young (2013) relata que a tendência dos trabalhadores rurais é executarem atividades laborais em empregos de nível médio que exigem treinamento ou aprendizagem no próprio trabalho, muito observado nas atividades domésticas, por exemplo. Contudo, nas áreas urbanas a tendência é ter um número de emprego de baixa qualificação, no entanto, tem mais empregos de alta qualificação que trazem maiores salários e benefícios.

Sobre as atividades laborais, 58% (n=11) dos entrevistados não tinham horário fixo de trabalho, o que impacta neste resultado é o tipo de profissão exercida pela amostra, representando 47% (n=9) por pessoas que trabalham como “dona do lar”, executando atividades domésticas em seu próprio domicílio. Bruschini (2006) cita que o trabalho doméstico realizado por donas de casas sempre foi considerado inatividade econômica, igualando-o à condição de estudantes, aposentados, inválidos e aqueles que vivem de renda. Permanece assim, na invisibilidade nas estatísticas oficiais, apesar da reformulação ocorrida no começo da década de 90. Bruschini (2006) constatou ainda em seu estudo que a média de

horas semanais dedicadas à realização de “afazeres domésticos” é de 21,9 horas/semanais, em que a maioria realizada pelo gênero feminino, se dedica a estas tarefas, afirma ainda que seria legítimo incluir esta categoria como um trabalho não-remunerado em vez de inatividade econômica.

Em relação à percepção sobre o trabalho, 84% (n=16) dos entrevistados informaram que gostam do trabalho e 79% (n=15) sentem-se bem quando relacionadas atividades laborais, tais percepções são importantes e favoráveis pois segundo Campos, Carvalho e Souza (2018), todo ambiente de trabalho é palco de alegrias e tristezas e vão, além disso, ao afirmar que o trabalho ocupa a maior parte do tempo das pessoas, portanto, faz se necessário às pessoas estarem satisfeitas com ele.

A satisfação ao trabalho esta diretamente relacionada à qualidade de vida, que por sua vez envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional. Além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (CAMPOS, CARVALHO, SOUZA, 2018).

Já em relação às condições de vida, como acesso à habitação, alimentos, transporte, água, energia, rede de esgoto e segurança pública, 79% (n= 15) dos entrevistados responderam que dispunham de casa própria e sem financiamento. Ressalta-se que as residências no bairro Pessegueiro são construídas de alvenaria e, quando questionados sobre existência de problemas na casa, 47% (n=9) moradores queixaram-se sobre problemas com rede de esgoto, que nos próximos questionamentos será visualizado que é inexistente a rede de esgoto nas residências e no bairro. Também foi questionada aos moradores a percepção dos mesmos em relação ao suprimento de alimentos nos últimos dozes meses, se por algum motivo eles se sentiam preocupados em adquirir e 95% responderam que não. Em relação às dificuldades de transporte, 53% (n=10) responderam que não apresentam dificuldades e 42% (n=8) relatam que tiveram dificuldades de transporte para se locomover até ao trabalho. Sobre a falta de abastecimento de água e energia, 26% (n=5) citaram que é “às vezes” acontece o desabastecimento; a captação/abastecimento de água das residências de 58% (n=11) dos entrevistados é pela Copasa e, 100% (n=19) dos entrevistados não tinham acesso à rede de esgoto nas suas residências. Quando abordado sobre vivência de situações de violência no bairro, nos últimos doze meses, 100% (n=19) responderam que não houve situação alguma, conforme mostra Tabela 4:

Tabela 4 Condições de vida dos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Situação da habitação atual		
Casa própria sem financiamento	15	79%
Casa alugada	1	5%
Casa emprestada	1	5%
Outra situação	2	11%
Problemas na casa		
Infestação de insetos	3	16%
Mofo	5	26%
Temperatura	2	11%
Fumaça causada por fogão a lenha	5	26%
Precariedade e/ou ausência da rede de esgoto	9	47%
Acesso ao serviço de esgoto		
Não	19	100%
Fonte de água para consumo nas residências		
Mina/poço	3	16%
Copasa	11	58%
Mina/poço e Copasa	5	26%
Frequência com que falta água e/ou energia elétrica, nos últimos doze meses		
Nunca	3	16%
Raramente	4	21%
Às vezes	5	26%
Com bastante frequência	4	21%
Frequentemente	3	16%
Falta de recursos financeiros para comprar alimentos nos últimos doze meses		
Não	18	95%
Às vezes	1	5%
Dificuldades de transporte para se locomover nos últimos doze meses		
Sim, até o serviço de saúde e/ou acesso a aquisição de medicamentos	1	0%
Sim, até o trabalho e/ou atividades que precisasse	8	42%
Não	10	53%
Vivência de alguma situação de violência nos últimos dozes meses		
Nunca	19	100%

Fonte: instrumentos da pesquisa.

Ainda sobre as condições de vida, muitas áreas rurais são sabidamente reconhecidas por enfrentarem problemas em relação à qualidade da água, acesso a tratamento de esgoto e outros desafios ambientais, que geralmente para moradores de áreas urbanas são garantidas. Alguns desses problemas estão associados à infraestrutura limitada, enquanto outros se referem principalmente ao impacto da agricultura, exploração madeireira, mineração e outras

indústrias no meio ambiente. Todos esses componentes afetam a saúde pública (CDC, 2012; RHHUB, 2019).

No quesito habitação, 79% (n=15) dos moradores dispunham de casas próprias, sem financiamento isso é uma fator protetor para saúde, pois segundo American Hospital Association - AHA (2019) o local onde e como as pessoas vivem afetam diretamente o seu bem estar. Pesquisas mostraram que indivíduos com instabilidade habitacional têm acesso limitado a cuidados preventivos e são mais propensos a ter doenças infecciosas e condições crônicas de saúde como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares obstrutivas crônicas.

O termo “instabilidade habitacional” utilizado pela AHA (2019) refere-se desde a falta de moradia até a uma habitação com falta de saneamento, climatização, exposição a alergenos ou pragas e estruturas habitacionais precárias. O acesso instável à moradia e o alto ônus da renda também contribuem para a instabilidade da moradia.

Dentre os problemas a habitação o que mais preocupa os entrevistados, 47% (n=9) relataram que é a falta de rede de esgoto, seguida de 26% (n=5) de mofo e 26% (n=5) de fumaça causada por fogão à lenha, algumas dessas afirmações são apontadas também pelo RHHub (2019) no qual cita que os principais problemas identificados em residências de áreas rurais são: precários ou falta de sistemas de encanamentos de esgoto que podem prejudicar a qualidade da água e contribuir para a incidência de doenças; métodos de aquecimento e resfriamentos (climatização) deficientes e/ou inexistentes que prejudicam o controle de temperatura da casa e também dos residentes; utilização de tintas ineficazes para o controle de mofos e pragas e até mesmo a superlotação de residentes que pode facilitar a propagação de doenças transmissíveis e também influenciar negativamente questões como abuso de substâncias e violência doméstica.

Sobre o acesso ao serviço de esgoto, 100% (n=19) da amostra afirmaram não ter acesso, resultado semelhante foi obtido por Camara, et al. (2019).

A falta ou ineficiência do tratamento do esgoto sanitário doméstico traz inúmeras consequências negativas para a sociedade; ao meio ambiente, com a destinação dos efluentes provenientes do esgoto no solo, ocorre sua contaminação que por sua vez pode contaminar o lençol freático e, transmitir diversas doenças para os seres humanos, denominadas doenças fecal-orais, como a diarreia, hepatite tipo A, cólera e salmonelose atingindo a saúde da população (CAMARA, et. al, 2019; COSTA, GUILHOTO, 2014).

Em relação ao consumo de água, observou-se que 58% (n=11) dos entrevistados optam pelo consumo de água tratada pela empresa Companhia de Saneamento de Minas Gerais

(Copasa). No entanto, ressalta-se que o bairro Pessegueiro apresenta diversas nascentes pelo território que poderiam ser uma alternativa de abastecimento para abastecimento, irrigação, dessedentação de animais e outras finalidades desde que apresente qualidade e quantidade adequada para o uso.

Alguns moradores, cerca de 26% (n=5) utilizavam a água tratada pela Copasa e também água proveniente de poço e mina e 16% (n=3) utilizam exclusivamente água de mina e poço.

Para o RHIHub (2019) as famílias que residem em áreas rurais que dependem de água proveniente de poços ou cisternas, estão expostos à contaminação química e bacteriana. The Environmental Protection Agency - EPA - (2015) dos Estados Unidos, cita que além dos desafios estruturais dos poços e cisternas para manter a qualidade da águas em áreas rurais, a qualidade da água pode ser afetada também pela poluição industrial ocasionadas por resíduos de minas, agrotóxicos, aterros santiários além, da utilização dos poços construídos ou abandonados inadequadamente. Vale lembrar, que no bairro Pessegueiro há um aterro sanitário, que muitos anos funcionou como “lixão” sem qualquer tipo de controle ambiental.

Contudo, independentemente da escolha de uma fonte de abastecimento de água, devem ser tomadas precauções especiais de segurança para garantir a potabilidade da água para os consumidores, a fim de garantir a prevenção de doenças veiculadas pela água (CDC, 2012). Até mesmo orientações à população de como realizar o manejo adequado da água para suas devidas finalidades.

Para isso, cabe relatar neste momento uma das experiências do Projeto “Águas do Pessegueiro”, que foi uma das motivações deste trabalho, que foi a elaboração de uma cartilha com orientações sobre os cuidados com a água (ANEXO C) que é ingerida diretamente pela população do Pessegueiro proveniente de minas e poços e, outra cartilha sobre as doenças (ANEXO D) que são transmitidas pela água; ambas cartilhas foram desenvolvidas exclusivamente para esse projeto. Após elaboração da cartilha, foi ministrada uma palestra para os moradores na sede da Associação de Bairro dos moradores do Pessegueiro em novembro de 2018.

Sobre o desabastecimento de água e/ou energia elétrica observada nos últimos dozes meses pelos moradores entrevistados, 26% (n=5) responderam que “às vezes” falta em algum momento, sendo o recurso hídrico fundamental para segurança e defesa do país e como tal é também o recurso mais escasso e mais desigualmente distribuído, pois só 0,3% é consumível (RIBEIRO, 2017).

As regiões rurais que já possuem acesso à rede de distribuição apresentam problemas com qualidade de energia elétrica que chega à propriedade. Além disso, frequentemente

ocorre falta de energia elétrica por longos períodos, o que compromete a produção (SILVA, MUNHOZ, CORREIA, 2002).

Já a energia elétrica está associada ao desenvolvimento e a expansão de uma nação, visto que resulta em melhorias nos níveis produtivos, nos desenvolvimentos humanos, na qualidade de vida, no acesso a diversas fontes de conhecimento e à tecnologia de produção mais eficiente, tanto na zona urbana quanto na zona rural (TABOSA et al., 2019). Deste modo, os moradores de regiões rurais, sem acesso à energia elétrica apresentam qualidade de vida inferior quando comparado com moradores que possuem acesso (VIANA, ZAMBOLIM, SOUSA, 2017).

Quanto à preocupação em obter recursos financeiros suficientes para aquisição de alimentos, 95% (n=18) dos entrevistados responderam que não tem preocupação, isto é, não estão expostos à insegurança alimentar. Tal fato é positivo, pois segundo AHA (2019) os adultos expostos a insegurança alimentar, caracterizada como uma condição econômica e social em nível familiar de acesso limitado ou incerto a alimentos para manter o padrão de nutrição adequado, tem um risco elevado de desenvolver doenças crônicas e as crianças com insegurança alimentar correm o risco de problemas de desenvolvimento. Citam ainda, que tais situações podem aumentar o número de internações hospitalares e tratamentos médicos.

No quesito transporte, 53% (n=10) dos entrevistados citaram não ter problemas de locomoção. Destaca-se que essas pessoas têm veículos próprios para se locomoverem. Seguindo, 42% (n=8), da amostra alegam ter tido algum problema nos últimos doze meses para se locomover até o trabalho ou realizar alguma atividade que necessitava, tais projeções também são apresentadas por RHIHub (2019) no qual cita que as pessoas que vivem em áreas rurais tendem a depender de carros para o transporte. Menciona ainda que essas regiões geralmente necessitam de transportes público, como serviços de ônibus e que provavelmente estes funcionam em horários que não são tão convenientes para atender todas as exigências e necessidades das pessoas, como se locomover até o trabalho, levar as crianças para creche ou até mesmo acessar os serviços de saúde.

RHIHub (2019) traz um outro fator interessante em relação ao transporte na área rural; cita que os residentes rurais têm baixa renda e muitas vezes não têm recursos para adquirir veículos novos ou manter manutenção dos veículos de forma confiável, assim, encontram-se geralmente veículos mais velhos e não confiáveis, e os motoristas provavelmente estão dirigindo distâncias maiores em estradas secundárias com condições desfavoráveis. Tais fatores contribuem para o risco maior de acidentes no trânsito e morte dos moradores de áreas rurais.

Complementa que outro fator de risco de transporte na área rural está relacionado às limitações físicas dos motoristas e a falta de opções de transporte nas áreas rurais que dificulta o acesso aos supermercados e às farmácias, as interações sociais que dão suporte à boa saúde mental e o acesso aos serviços de saúde (RHHUB, 2019).

Sobre a situação de violência, se algum membro da família ou o próprio entrevistado vivenciou nos últimos dozes meses, 100% (n=19) responderam que nunca presenciaram tal situação. Minayo (2006) cita que a violência pode influenciam a saúde individual e coletiva, pois ocasiona danos, lesões, traumas e mortes, e repercute nos altos custos sociais, emocionais e na segurança pública. Além disso, a violência favorece um interesse econômico para alguns setores, como segurança privada (comercialização de sentimentos de insegurança na população), na construção civil (prevenção de violência atrás de seus muros), indústria de blindagem, produção de armas, dentre outras. Por outro lado, as desigualdades sociais favorecem os riscos e propicia o comércio ilegal de armas e drogas.

Em relação aos DSS investigados na Tabela 4, descrita anteriormente, a Carta de Ottawa de 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) no qual recomenda que dentre os requisitos para a saúde são necessários os seguintes recursos: paz, habitação, educação, alimentação, renda, *ecossistema estável* [grifo nosso], recursos sustentáveis, justiça social, equidade e mobilização de outros setores. No bairro Pessegueiro, o ecossistema estável estava comprometida pela ausência do sistema de tratamento de esgoto e disponibilidade de água tratada a comunidade.

Ainda sobre as condições de vida, um aspecto essencial é o acesso ao serviço de saúde e nesse âmbito 100% (n=19) dos entrevistados informaram que utilizam serviços de saúde, 89% (n=17) utilizavam serviço exclusivamente público e 42% (n=8) frequentam de 3 a 4 vezes o serviço durante o ano, conforme mostra a tabela 5:

Tabela 5 Acesso ao serviço de saúde pelos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019)

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
Utilização do serviço de saúde		
Sim	19	100%
Não	0	0%
Tipos de serviço de saúde frequentado		
Público	17	89%
Privado	0	0%
Público e privado	2	11%

Continua

Continua

Frequência de utilização dos serviços de saúde no ano		
1 a 2 vezes	4	21%
3 a 4 vezes	8	42%
5 a 7 vezes	2	11%
8 a 9 vezes	1	5%
Mais de 10 vezes	4	21%

Fonte: instrumento da pesquisa.

No bairro Pessegueiro, o serviço de saúde público disponível pelo SUS é na modalidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um dos tipos de assistência de nível de Atenção Primária - que se caracteriza por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A ESF especificamente conta com apoio de outros Programas do Ministério da Saúde, como Agente Comunitário de Saúde (ACS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Brasil Sorridente, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e entre outros (BRASIL, 2019).

A ESF é a porta de entrada para o SUS, isto é, a partir do atendimento na ESF o usuário poderá ser encaminhado para os demais níveis de atendimento do Sistema, como nível secundário (hospitalar) e/ou terciário (reabilitação). Minimamente, cada equipe de ESF deve ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2019).

Todos os entrevistados acessam algum tipo de serviço de saúde, sendo que 89% (n=17) frequentam o serviço público, que no Brasil é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tal fato corrobora com os dados apresentados pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Sergipe – CREMESE - (2008) no qual afirma que o SUS atende a 80% da população brasileira, aproximadamente 150 milhões de pessoas, e consome 45% do total de gasto com saúde no país. Enquanto o setor de saúde suplementar, representado pelos planos de saúde, tem 40 milhões de usuários, que representam 20% da população e consomem 55% desse total de gastos.

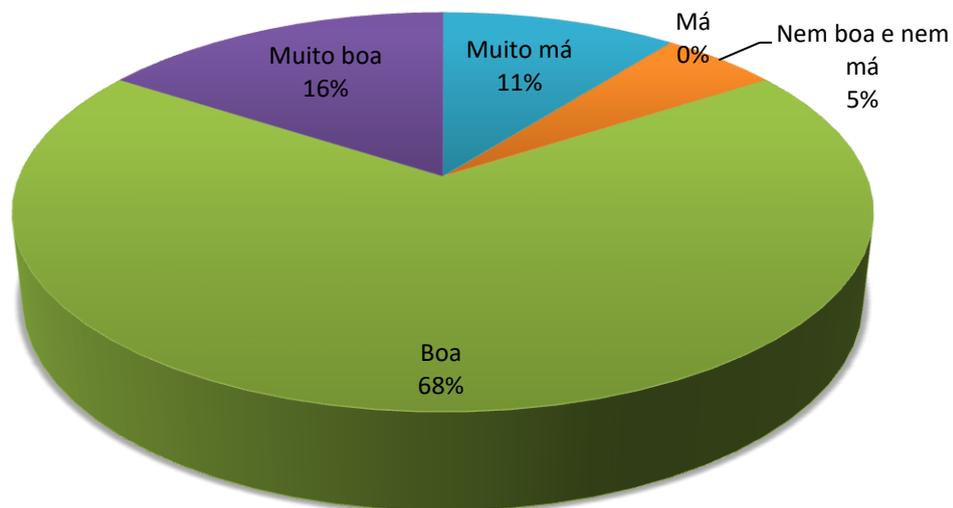
O acesso aos serviços de saúde, por sua vez, aumentou ao longo das três últimas décadas; indicadores comumente usados, que têm como fonte as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS), tais como o percentual de pessoas que referem ter consultado médico e dentista, apontam que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde (VIACAVA et. al. 2018).

Viacava et. al (2018) informaram que houve uma mudança no tipo de serviço de saúde onde a população referiu ter buscado atendimento entre 1991 a 2013, de ambulatórios para posto ou centro de saúde mais próximos de sua residência e, destacou a procura maior pelas pessoas com menor escolaridade.

Segundo RHIHub (2019) as pessoas que têm acesso a serviços e redes de apoio têm mais probabilidade de melhorar seu bem estar, reduzindo o estresse que pode afetar sua saúde e permitindo-lhes mais tempo e recursos para cuidar de sua própria saúde e da saúde de seus familiares.

Nesse sentido, salienta-se que a percepção dos moradores em relação a saúde é representada pela Figura 5, 68% (n=13) dos entrevistados consideram que sua saúde é boa.

Figura 5 - Percepção sobre saúde pelos moradores do bairro Pessegueiro (Itajubá, MG 2019).



Fonte: instrumentos da pesquisa.

“A autoavaliação de saúde obtém informações em relação ao que a população pensa acerca do próprio estado de saúde, fornecendo assim dado dos vários aspectos de vida dos indivíduos, principalmente quando associam saúde a determinantes demográficos e socioeconômicos, doenças crônicas e capacidade funcional” (MOREIRA et. al, 2020, p. 555).

Moreira et. al (2020) citam que as pesquisas investigatórias sobre a autopercepção de saúde sofrem grande influência dos DSS e estão intimamente relacionadas com o processo pelo qual os indivíduos interagem com o meio em que vivem e, os mecanismos que envolvem a captação de estímulos externos e a análise destes por meio da inteligência, atribui os aspectos subjetivos de cada ser humano, permitindo que esses possam compreender os riscos de uma forma diferente. Alegam ainda que estudos de autopercepção são considerados excelentes preditores de morbidade e mortalidade, haja vista que estudos indicam que a mortalidade é maior entre pessoas que demonstram percepção de saúde ruim.

4.2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE QUALIQUANTITATIVA DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS COLETIVOS

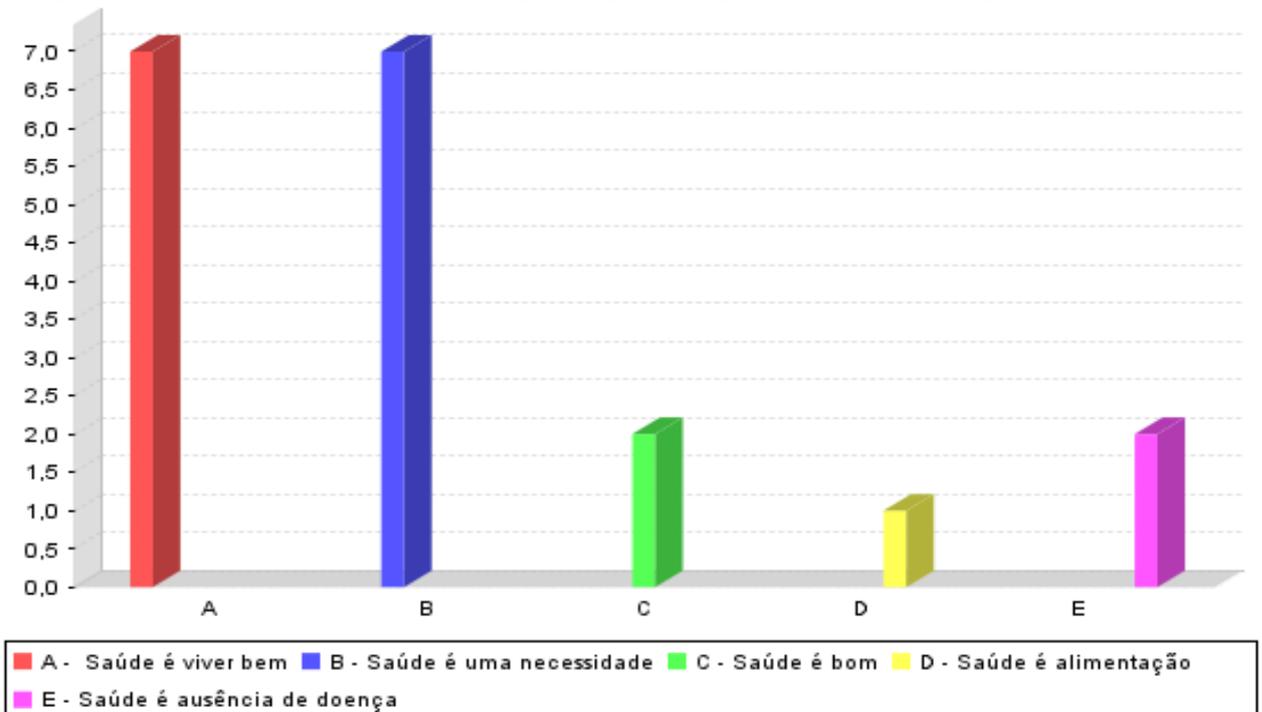
Para melhor ilustração dos resultados e discussão, será apresentado o relatório quantitativo das respostas por categorias expressas pelas “Ideias Centrais” e em seguida a questão respondida na forma de DSC e a sigla dos principais autores, caracterizados aqui como os participantes da pesquisa.

Questão 1: O que é saúde para você?

Resultados quantitativos

A Figura 7 destaca o compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 19 moradores entrevistados nesta pesquisa referente à questão 1, cada sujeito contribuiu com uma ideia central para composição do DSC. 36,4% (n=7) dos entrevistados consideram que a saúde é “viver bem” e 36,4% (n=7) citam que a “saúde é uma necessidade”.

Figura 7 – Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 1 (Itajubá, MG 2019)



Fonte: Software DSCsoft© 2.0.
Elaborado pelos autores.

Resultado qualitativo

No resultado qualitativo, cada DSC reúne diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma opinião, ou uma opinião que é compartilhada por um conjunto de pessoas. Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos nos discursos apresentados logo abaixo:

DSC – CATEGORIA A

CrITÉrios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: respostas quais os sujeitos referenciam bem estar; viver bem; estar bem e paz.

Saúde é um bem estar, é quando a gente se sente e vive bem, não precisamos tomar remédio, podemos comer de tudo além, de poder passear e dormir bem. Saúde também é quando a gente fica em paz. (Sujeitos: 01; 02; 03; 04; 05; 06; 07).

O DSC – Categoria A, citado acima vai ao encontro com os autores Silva, Pelazza e Souza (2016), declaram que o conceito de saúde não deve se restringir somente ao modelo biomédico que é o “completo bem estar” e “ausência de doenças”, pois é um conceito incompleto e insuficiente, por isso foram necessárias ao longo dos anos, após a publicação do conceito da saúde pela OMS na década de 1940, alterações de acordo com o contexto cultural, social, político e econômico no mundo e no Brasil.

Na Carta de Ottawa, resultado da primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) cita “que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver”. Nesse contexto, Lefevre e Lefevre (2004) citam que o conceito de saúde, entendida equivocadamente como meramente “ausência de doença” no passado, deve ser compreendida como produto da disponibilização de recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

Minayo (1988) já esclarecia que a conceituação da saúde poderia sofrer variações não apenas para as Organizações Mundiais e/ou Nacionais envolvidas nessas gestões como para os indivíduos, evidenciando a evolução das ideias e os frutos das experiências humanas.

Lefevre e Lefevre (2004) também complementam a citação acima, haja vista as inúmeras mudanças que ocorreram e vêm ocorrendo no mundo, alteram as percepções e constatações e conseqüentemente impactam na vida social. Dentre algumas destas mudanças citadas pelos autores, destaco o avanço tecnológico a partir da década de 1980, mudança na forma de produção e consumo, globalização, as lutas de classe cederam lugar para os movimentos sociais com novos atores como: gays, consumidores, ecologistas, negros,

diabéticos, portadores de HIV, mulheres, idosos e entre muitos outros, que até então tinham restrições à participação social.

Se por um lado a modernidade proporcionou avanços inegáveis à humanidade no que se refere à saúde coletiva, pois houve aumento da expectativa de vida em decorrência do acesso e disponibilização de serviços em saúde, por outro, há uma complexa situação epidemiológica devido aumento expressivo das doenças crônicas-degenerativas, atualmente denominadas doenças crônicas não transmissíveis, presença de doenças transmissíveis (como diarreia e outras doenças infecciosas) e aumento de doenças resultantes do modo de vida, como obesidade, tabagismo, dislipidemias e desnutrição observada principalmente nos países titulados como terceiro mundo, exemplo o Brasil (LEFEVRE, LEFEVRE, 2004; SILVA JUNIOR, 2019).

Essas mudanças no perfil epidemiológico da população levam a crise do modelo hegemônico biomédico no qual “impactam de maneira significativa o campo da saúde, seja no nível do seu objeto - o processo saúde-enfermidade de indivíduos e coletividade – seja no nível do instrumental teórico metodológico em que se apoiam o conhecer e o fazer sanitário” (CARVALHO, 1996 apud LEVEFRE, LEVEFRE, 2004, p. 21).

DSC – CATEGORIA B

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: respostas quais os sujeitos referenciam saúde é tudo; precisa da saúde.

Saúde é tudo na vida da gente, sem ela nada feito. Não tem dinheiro que compra a saúde. (Sujeitos: 08; 09; 10;011; 12; 13; 14)

O DSC – Categoria B, citado pelos autores acima mostra o quão complexo é o conceito de “saúde” ao interpretar a saúde como “tudo”. Cabral, Viana e Gontijo (2020) mencionam que faz se necessárias diversas perspectivas sobre a compreensão da saúde, uma vez que novas formas de refletir os processos em saúde ocorrem como produto das mudanças no qual envolve inúmeras conexões entre a coletividade e os atores sociais participantes. Reforçam ainda que na atualidade, a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, não podendo considerar somente a ausência de doenças, mas sim um estado cujos condicionantes e determinantes sociais podem interferir positivamente ou negativamente na saúde.

DSC – CATEGORIA C

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: respostas quais os sujeitos referenciam saúde é bom; saúde é bom.

Acho que saúde é bom. Ter saúde é bem melhor.(Sujeitos: 15; 16).

No DSC – Categoria C os autores conceituam saúde como uma qualidade, atribuindo o adjetivo “bom”. Segundo Dicio (2020) o termo “bom” significa algo que cumpre as exigências, que tem o necessário.

DSC – CATEGORIA D

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: respostas quais os sujeitos referenciam saúde é alimentação.

Saúde é poder se alimentar direito, como por exemplo, uma pessoa quando é hipertensa e gosta de comida temperada, ela não pode comer. (Sujeito: 17).

O DSC – Categoria D mostra que a saúde foi conceituada como o ato de poder se alimentar sem restrições, o autor exemplifica associando uma doença crônica não transmissível que é a hipertensão arterial, caracterizada por ser doença cardiovascular com importante relevância, alta prevalência mundial, com alta probabilidade de desfechos fatais e não fatais cujo um dos fatores de riscos está associado aos hábitos alimentares e estilo de vida (JARDIM et.al 2007).

A associação de casualidade entre alimentação à saúde e doenças, como a presença doenças crônicas, como as enfermidades cardiovasculares iniciou-se depois da Segunda Guerra Mundial, a partir da década de 1930 e, predominou os países desenvolvidos. Atualmente é considerado um problema de saúde pública no Mundo (GARCIA, 1997).

DSC – CATEGORIA E

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: respostas quais os sujeitos referenciam sentir nada; ausência de doenças.

Saúde é não sentirmos nada e não ficarmos doentes. (Sujeito: 18; 19).

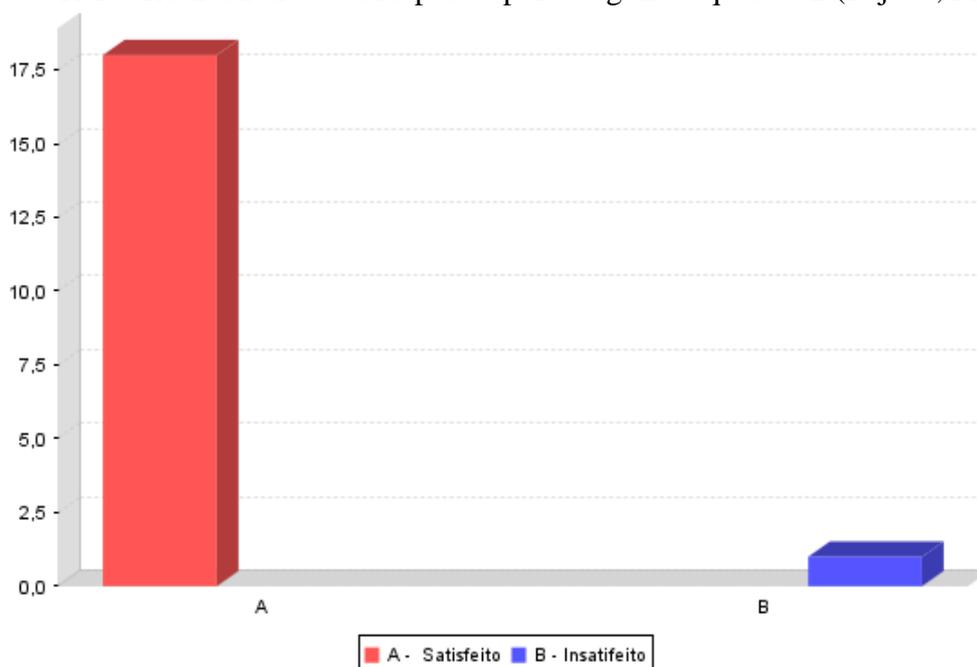
No DSC – Categoria E os autores conceituam a saúde como a ideia de “ausência de doença”, conceituação essa associada ao modelo biomédico. Lefevre e Lefevre (2004) fazem uma reflexão sobre a visão de doença *versus* saúde, compreendendo a doença como fatalidade, algo como um tipo de sintoma provenientes dos grandes desarranjos ecológico-ambiental, urbano, produtivo e propriamente humano e, que é algo que, simplesmente existe, existiu e existirá e, essa representação dominante de saúde e doença estão relacionadas a fatalidade natural resposta cultural. Citam ainda que essa associação de que a doença não é uma fatalidade e que a saúde tampouco é uma resposta a ser permanentemente reproduzida por essa fatalidade, tem que ser descaracterizada.

Questão 2: Você está satisfeito com sua saúde e de seus familiares?

Resultados quantitativos

Na Figura 8 pode-se observar as ideias centrais obtidas nos depoimentos dos 19 moradores entrevistados neste estudo referente à questão 2, cada sujeito contribuiu com uma ideia central para composição do DSC, basicamente sua expressão sobre a satisfação em relação a saúde, formaram-se apenas duas categorias. Assim, 94,74% (n=18) dos entrevistados consideram que estão satisfeitos com o estado de sua saúde e também de seus familiares e 5,26% (n=1) citam que não está satisfeito.

Figura 8 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 2 (Itajubá, MG 2019)



Fonte: Software DSCsoft© 2.0.

Elaborado pelos autores.

Resultado qualitativo

No resultado qualitativo, o DSC reúne semelhança nos argumentos e nas opiniões do conjunto dos autores. Estes conteúdos são reunidos nos discursos, como o apresentado logo abaixo:

DSC – CATEGORIA A

CrITÉrios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta a qual os sujeitos referenciam ‘sim’.

Estou satisfeito com a saúde sim, graças à Deus. Faltam algumas coisinhas mas estou. Apesar da morte do meu marido, da notícia que estou com problemas nas mãos, que minha pressão tenho que controlar, na minha família tem pessoas com pressão alta e diabetes. Não posso descuidar. (Sujeitos: 01; 02; 04; 05; 06; 07; 08; 09; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19).

DSC – CATEGORIA B

CrITÉrios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta a qual os sujeitos referenciam ‘não’.

A minha saúde ultimamente não está não. (Sujeito: 03).

“A autoavaliao da saúde é um indicador multidimensional, que reflete a saúde física, mental e social do indivíduo, consistindo em uma expressão do reconhecimento do indivíduo dos seus sintomas, diagnósticos médicos e/ou diminuio da funcionalidade” (CASTRO et al., 2019, p. 4159).

Antunes et. al (2018) complementa que a autoavaliao é bastante utilizada em estudos brasileiros e no contexto internacional e, se trata de uma pergunta direta sobre o estado de saúde e de simples aplicao, justificada pela expectativa de que esta informao reflita de modo eficaz a presença de limitaes funcionais, além de antecipar a possível demanda por atendimento médico e a mortalidade no período subsequente.

A autoavaliao vai além da percepo do paciente de se sentir doente, não incide somente pelas sensaes físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (PAVÃO, WERNECK, CAMPOS, 2013), nesse contexto, ao analisar os autores acima com os dados coletados nas entrevistas observa-

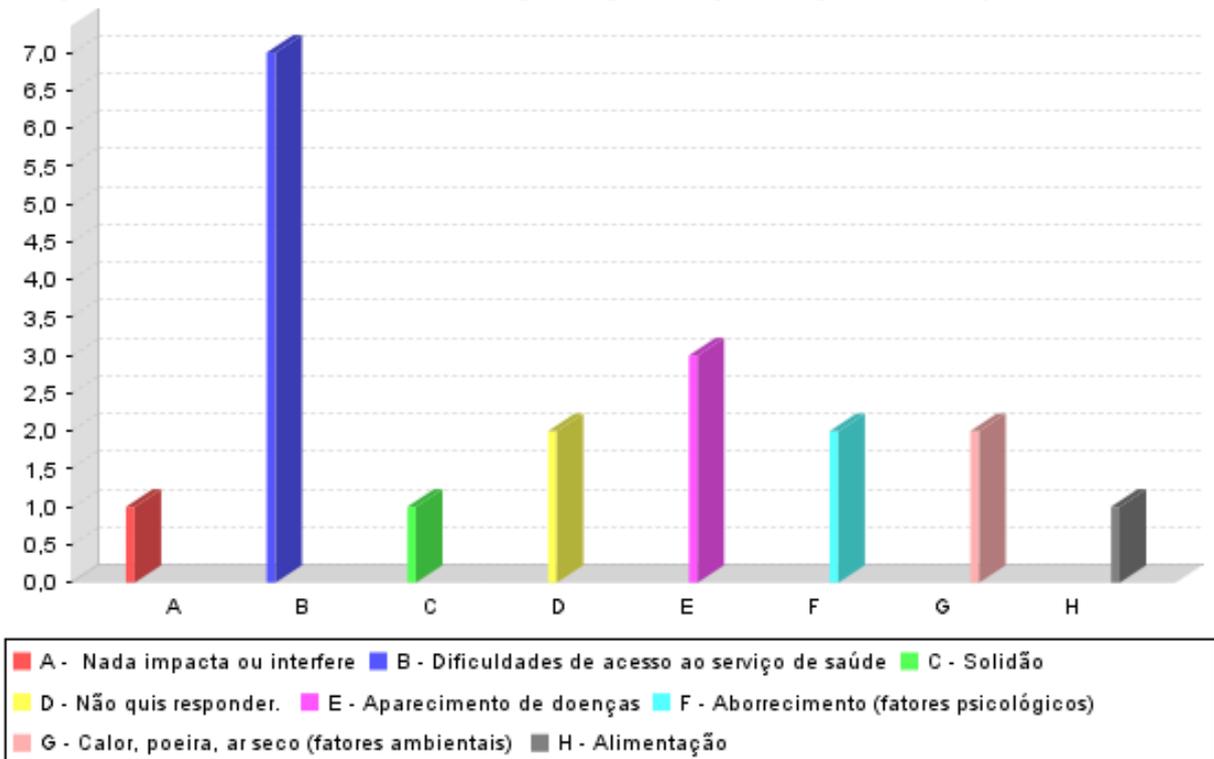
se que a percepção sobre saúde dos moradores do bairro Pessegueiro sobre o seu estado de saúde, bem como de seus familiares de modo geral é favorável.

Questão 3: O que você acha que mais impacta ou interfere no estado de saúde?

Resultados quantitativos

A Figura 9 mostra o compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 19 moradores entrevistados nesta pesquisa referente à questão 3, cada sujeito contribuiu com uma ideia central para composição do DSC. 36,84% (n=7) dos entrevistados consideram que o fator que mais impacta á saúde é o acesso ao serviço de saúde.

Figura 9 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 3 (Itajubá, MG 2019)



Fonte: Software DSCsoft© 2.0.

Elaborado pelos autores.

Resultado qualitativo

No resultado qualitativo, assim como no quantitativo houve uma gama maior de argumentos e opiniões acerca dessa indagação. Estes diversos conteúdos e argumentos são reunidos num discurso, como o mostrado logo a seguir:

DSC – CATEGORIA A

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta a qual os sujeitos referenciam ‘nada’.

Nada. (Sujeito: 06).

Observou-se que no DSC – categoria A o autor mencionou que nada impactar ou interfere na sua saúde. Ferreira e Santana (2003) citam que avaliar as percepções dos indivíduos, como medir o estado de saúde de populações permite definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde, às áreas geográficas, às condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições econômicas, ou ainda relativas ao gênero e à idade.

DSC – CATEGORIA B

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciam não conseguir ir no postinho; dificuldades de acesso; falta de atendimento; capacitação técnica dos médicos; dificuldades para conseguir consultas e exames.

Acho que os médicos mesmos, pois antigamente o médico virava a gente do avesso. Eu acho que a saúde poderia ser melhor, pois falta atendimento e acaba afetando as pessoas e ainda os mais pobres, pois tem pessoas que precisam mais. As consultas, exames e cirurgias são muito demorados para conseguir, se tivesse que morrer por causa da cirurgia já tinha morrido. Poderia ter mais médicos no postinho diariamente e ter mais acesso. (Sujeito: 13; 17; 10; 02; 01; 11; 12).

A fala dos autores acima no DSC – Categoria B se correlaciona com a citação de RHIHub (2019) a qual traz que viver em uma comunidade rural que tem serviços de saúde disponíveis limitados é uma barreira adicional para alcançar uma boa saúde, assim o acesso à saúde pode, por *si só*, atuar como determinante social para os residentes rurais.

O acesso à saúde é conceituado como “o uso oportuno de serviços de saúde pessoais para alcançar os melhores resultados possíveis de saúde” (MILLMAN, 1993, p. 4).

Basu et al. (2019) descobriram em seu estudo epidemiológico, analisando dados de 2005 a 2015, uma menor diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias associadas a um aumento de 10 médicos na atenção primária para 100.000 habitantes. Embora o acesso aos cuidados médicos não garanta boa saúde, o acesso aos cuidados médicos é fundamental para o bem estar da população e a saúde ideal (RHIHUB, 2019).

O RHIHUB (2019) esclarece que os serviços de saúde especializados e com alta densidade tecnológica, dentre consultas médicas especializadas e exames complementares, tem menos probabilidades de se instalarem e estarem disponíveis em áreas rurais, isso agrava os problemas dos pacientes rurais que procuram atendimento especializado e que enfrentam distâncias significativas para o tratamento. Esses pacientes podem substituir os prestadores pela assistência local primária ou podem decidir adiar ou renunciar aos cuidados.

O impacto do acesso aos serviços de saúde pública também impactam sobre a econômica. Segundo RHIHUB (2019) a falta de acesso pode impedir que as empresas se localizem ou se expandam em uma comunidade rural, o que significa menos empregos, que poderiam elevar o status econômico dos moradores rurais e facilitar a melhoria da qualidade de vida e a obtenção de uma boa saúde.

Quando um dos entrevistados relata que há pouca experiência dos médicos pode ser um dos fatores impactantes para saúde, deve-se ressaltar a importância da formação e qualificação dos médicos para remediar situações como essa. Rios e Caputo (2019) citam em seu estudo que a mudança na formação tradicional em saúde embora venha evoluindo, ainda há importantes lacunas a preencher para se garantir uma formação integral e humanista dos médicos, para que se ultrapassem aspectos puramente biológicos e valorize o indivíduo em toda a sua singularidade, a fim de compreender também o fator imponente do DSS sob a saúde.

Mencionam ainda em seu trabalho alguns exemplos para alcançar a mudança na formação, como a implantação do Programa Mais Médicos, que estimula ou impõe transformações significativas no perfil dos futuros profissionais, garantindo também maior aproximação destes com a rede de Atenção Básica, atuação interprofissional e alinhamento às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro exemplo que citam os programas de extensão universitária que possibilitam a criação de cenários nos quais há interação entre diferentes sujeitos, de diversas origens e campos do saber. Acreditam que essas ações favorecem a consolidação do papel social da universidade, ao mesmo tempo em que

estimulam a transformação, a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e o processo formativo dos envolvidos (RIOS, CAPUTO, 2019).

DSC – CATEGORIA C

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta a qual os sujeitos referenciam solidão.

Ah por morar sozinha, falava com Deus pra me dar força, porque tinha medo de ficar ‘emperriada’ na cama e como que vou fazer. Minhas filhas moram fora. (Sujeito: 16).

No DSC – categoria C observou-se a ideia central baseada na solidão e sensação de medo, para Ouakinini e Barreira (2015) pessoas que sofrem de solidão apresentam sintomas depressivos e relatam sentirem-se menos felizes, com menor satisfação pessoal e são mais pessimistas. Esses fatores impactam na qualidade das vivências relacionadas ao longo do ciclo da vida, pois se ressalta que a natureza da espécie humana é social e gregária, sendo essencial a interação social.

Fernandes (2007) traz em seu estudo que a solidão diminuiu a qualidade de vida e amplia o pior prognóstico da idade avançada. Além disso, cita estudo no qual a solidão predita declínio cognitivo e um aumento da utilização dos serviços de saúde, sendo conhecido que as pessoas solitárias têm aumentado o risco de mortalidade.

DSC – CATEGORIA D

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta a qual os sujeitos referenciam não saber; não opinou.

Não sei. (Sujeito: 15; 05).

Os participantes que não opinaram ou não sabiam uma respostas foram apresentados no DSC - Categoria D.

DSC – CATEGORIA E

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciam doenças.

As doenças ruins e quando fica doente. (Sujeito: 18; 19).

No DSC – Categoria E, os autores identificaram que a presença de doenças impactam à saúde. Não se pode rejeitar os fatores biológicos na origem dos processo saúde-doença, no entanto, Santos et. al (2017) apontam que estudos antropológicos sobre os problemas na saúde humana, abordam as dimensões simbólicas do estar doente e como esses dimensionamentos participam da construção de identidades sociais, assim, a doença apresenta-se muito mais como experiência sociocultural do que como estado biológico estrito.

DSC – CATEGORIA F

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciam aborrecimento; fatores psicológicos.

Acho que quando a gente fica aborrecida, nervosa e sobre pressão. Por exemplo, se ficar magoada com uma pessoa ou com a família a pressão sobe mesmo tomando remédio (Sujeito: 07; 14).

No DSC – Categoria F os autores referem situações e fatores psicológicos, como aborrecimento podem impactar no estado de saúde. Lefevre e Lefevre (2004) que o homem como ser agrário, por de fato viver junto a seu próximo, desenvolve “naturalmente”, em relação ao seu semelhante, situações de aborrecimento, raiva, ódio, ciúme, inveja, exclusão, privilégios e etc. Estas condições geram agressões, violências, injustiça social e tantas outras manifestações similares do ‘Ser da Doença’.

DSC – CATEGORIA G

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciam fatores ambientais; ar seco; calor.

Aqui tem bastante poeira, o ar é seco. Também acho que o calor, não gosto do calor. (Sujeito: 09; 03).

No DSC – Categoria G observou-se que os autores citaram como fatores impactantes à saúde algumas condições ambientais, como calor e seca. Para Lefevre e Lefevre (2004) o meio ambiente também é responsável por excesso de calor, frio, umidade, seca e etc.,

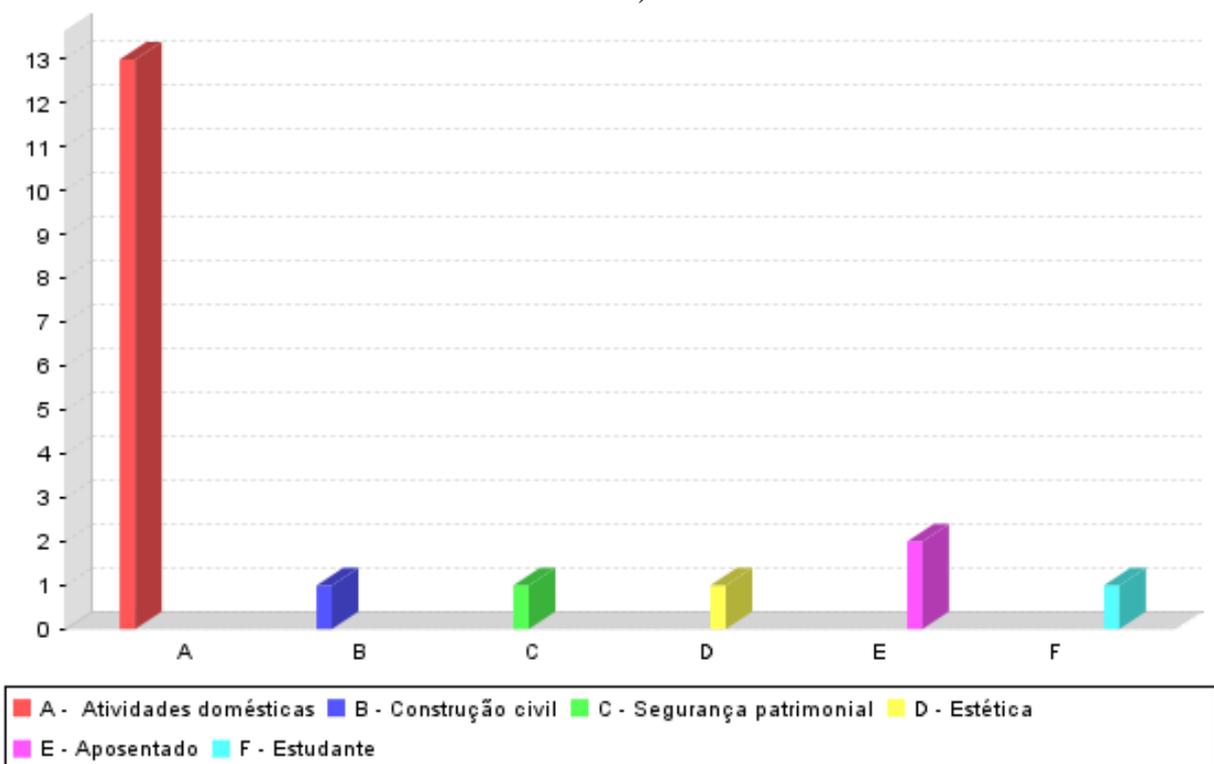
causadores diretos ou indiretos de doenças e mal-estares. Esses mesmos autores citam ainda, que tais condições são fatores protetores de saúde e necessitam de respostas e soluções.

Questão 4: O que faz no seu trabalho?

Resultados quantitativos

A Figura 10 mostra o compartilhamento das ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 19 moradores entrevistados nesta pesquisa referente à questão 4. Como se tratou de uma pergunta relacionada às atividades laborais, reunimos as respostas em categoriais por ramos de serviços executados. Portanto, 68,42% (n=13) dos entrevistados trabalhavam com atividades domésticas.

Figura 10 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 4 (Itajubá, MG 2019)



Fonte: Software DSCsoft© 2.0.

Elaborado pelos autores.

Resultado qualitativo

No resultado qualitativo, o DSC reúne alguns diferentes e também semelhantes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma opinião, ou uma opinião que é compartilhada por um conjunto de pessoas. Estes diferentes e alguns semelhantes conteúdos e argumentos são reunidos nos discursos, como o apresentado logo abaixo:

DSC – CATEGORIA A

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciam atividades domésticas.

Arrumo casa, lavo roupa, louças, banheiro, carro do patrão, cuidado dos filhos e também de alguns netos, cuidado da horta, faço almoço, lanche para as crianças, costuro, dirijo, faço sabão de cinza batido na mão, capino e até arrumar cerca com bambu eu arrumo. Às vezes eu pesco também porque faz bem pra mente. O que der pra eu fazer eu faço (Sujeitos: 08; 14; 02; 03; 04; 07; 09; 12; 19; 15; 16; 13).

A diversidade de atividades citada pelos autores acima também é citada em diversos estudos como de: Soares (2008), Almeida, Pires (2018), Monteiro, Araujo, Moreira (2018), Melo, Considera e Sabbato (2007).

Segundo Melo, Considera e Sabbato (2007) as atividades realizadas pelas pessoas no interior dos lares, têm enorme importância na reprodução da vida e no bem estar da sociedade. No entanto, por não serem associadas a uma geração equivalente de renda, são ignoradas pela teoria econômica que não os valoriza e não contabiliza no Produto Interno Bruto (PIB) dos países e muitos direitos sociais de quem executam essas atividades não são garantidos.

Soares (2008) cita em seu estudo outro aspecto das atividades domésticas, que apesar das mudanças contemporâneas que as famílias vivenciam as mulheres ainda são responsáveis pelo elevado domínio dessas atividades quando comparada com o gênero masculino. Menciona que enquanto nove em cada 10 mulheres realizam afazeres domésticos, no caso dos homens esse percentual é de 51%.

Os demais DSC das categorias B, C, D, E e F serão apresentadas a seguir:

DSC – CATEGORIA B

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta ao qual o sujeito referenciou pedreiro.

Trabalho de pedreiro. Faço qualquer tipo de serviço de pedreiro (Sujeito: 06).

DSC – CATEGORIA C

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta ao qual o sujeito referenciou serviços de vigilância.

Controlo entrada e saída de elementos, para fazer vigilância (Sujeito: 01).

DSC – CATEGORIA D

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta ao qual o sujeito referenciou manicure.

Trabalho como manicure (Sujeito: 10).

DSC – CATEGORIA E

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciaram aposentado.

Sou aposentado. Às vezes faço alguns carretos como bico de motorista, cuido da hora e planto de tudo (Sujeitos: 11; 05).

DSC – CATEGORIA F

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: a resposta ao qual o sujeito referenciou estudo.

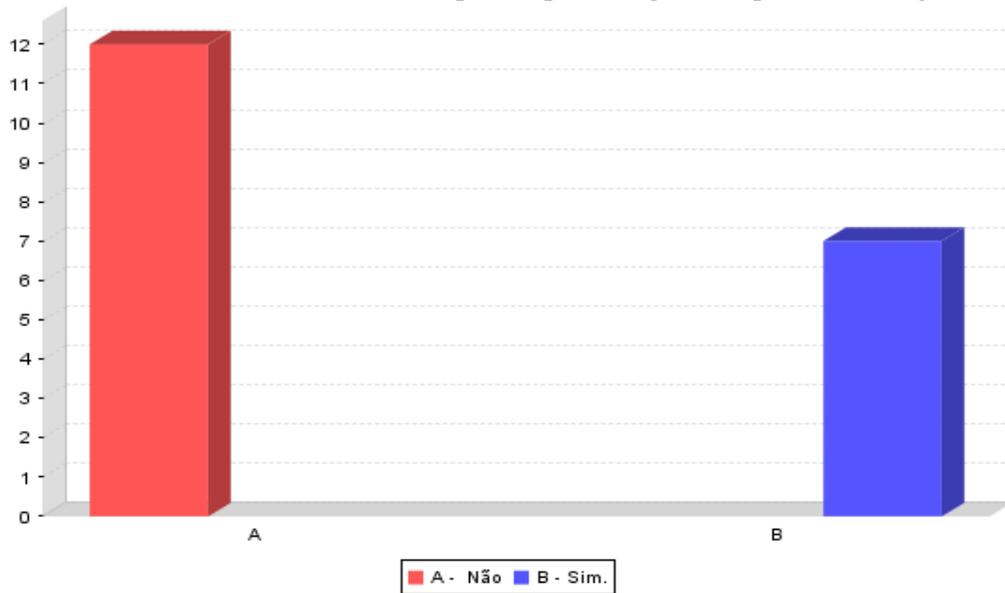
Estudo (Sujeito: 17).

Questão 5: Você acha que seu trabalho tem algo a ver com sua saúde?

Resultados quantitativos

A Figura 11 contempla duas ideias centrais colhidas nos depoimentos dos 19 moradores entrevistados nesta pesquisa referente à questão 5; para composição do DSC, basicamente as duas categorias foram “não” e “sim” como resposta para o questionamento realizado sobre a influência das atividades laborais sobre a saúde. 63,16% (n=12) dos entrevistados consideram que o trabalho não exerce nenhuma influência sobre a saúde e 36,84% (n=7) acreditam que as atividades laborais podem influenciar o estado da saúde das pessoas.

Figura 11 - Relatório ilustrativo das respostas por categoria – questão 7 (Itajubá, 2019)



Fonte: Software DSCsoft© 2.0.
Elaborado pelos autores.

Resultado qualitativo

No resultado qualitativo, o DSC agrupa a opinião e argumento das pessoas, nessa indagação da pesquisa houve basicamente dois argumentos (“sim” e “não”). Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos nos discursos apresentados logo abaixo:

DSC – CATEGORIA A

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciaram sim.

Não. O trabalho faz até bem para saúde. (Sujeitos: 16; 18; 06; 19; 12; 11; 05; 10; 09; 07; 02).

DSC – CATEGORIA A

Critérios utilizados para a inclusão das Expressões-chave em Ideias Centrais: as respostas as quais os sujeitos referenciaram não.

Acredito que sim, por exemplo, carregar muito peso ou ficar muito tempo em pé pode prejudicar a coluna” (13; 17; 15; 03; 14; 08; 01).

O DSC da categoria A pode ser corroborada pelo estudo apresentado por Castro et al. (2019) no qual mostrou que “não ter trabalho” estava associado à pior autoavaliação da saúde entre homens e mulheres.

No entanto, o discurso elaborado pelo DSC na categoria B também tem sua fundamentação segundo Barbosa et. al (2019) concluiu em seu estudo que o excesso de peso pode alterar diretamente a força muscular e interferir na funcionalidade de tronco de mulheres jovens, sugerindo um desequilíbrio muscular em tronco e membros inferiores.

Distúrbios na coluna lombar também são relatados no estudo de Haeffner et. al (2015) no qual consideraram que a lombalgia esta entre os distúrbios musculo esqueléticos que mais acometem os trabalhadores em geral, provoca sofrimento, absenteísmo e como consequência prejuízos sociais e econômicos para a sociedade em geral, além de ser um problema de saúde pública observado em vários países do mundo.

Esses mesmos autores citam também que a dor lombar é uma sintomatologia que afeta em torno de 70 a 85% dos adultos em algum momento da vida e surge, principalmente, em função do caráter mecânico, como sobrecarga de força no desenvolvimento das atividades laborais, permanecer por tempo prolongado em posição estática e repetição de movimentos, conforme relatado pelo autores no DSC - Categoria B (HAEFFNER et al., 2015).

5. CONCLUSÃO

Os aspectos físicos e sociais dos lugares em que as pessoas vivem, trabalham e se divertem e que contribuem para o surgimento de doenças são chamados DSS (STROSNIDER et. al, 2017) e foram esses o objeto de estudo deste trabalho.

No tocante ao primeiro objetivo proposto neste trabalho, descreveu-se o perfil dos moradores do bairro Pessegueiro do município de Itajubá como sendo predominantemente do gênero feminino, ainda dentro da faixa etária economicamente ativa entre 30 a 39 anos, casados, com em média três filhos/dependentes, com nível de escolaridade pautada no ensino fundamental e renda média de um a três salários mínimos.

Em relação ao segundo objetivo, dentre as principais queixas relacionadas à saúde prevalentes na comunidade, a centrada nos serviços de saúde é a mais importante.

Sobre a descrição dos DSS na saúde dos moradores, contemplado pelo terceiro objetivo deste trabalho, observou-se que os fatores mais impactantes são sobre as condições de vida, segundo modelo de Dahlgren e Whitehead, como: presença de mofo e de fumaça causada por fogão à lenha encontrados nas residências, inexistência de rede e tratamento de esgoto no bairro, há ainda uma percentagem da população que não tem acesso à água tratada por rede de abastecimento, além de períodos de ausência de energia e água devido desabastecimento das companhias responsáveis pelo fornecimento e, por fim acesso ao serviço de saúde limitado na comunidade.

Pela Carta de Ottawa de 1986 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em relação ao DSS no bairro Pessegueiro, encontrou-se o ecossistema estável comprometida pela ausência do sistema de tratamento de esgoto e disponibilidade de água tratada à comunidade.

A metodologia adotada do DSC, uma abordagem da pesquisa qualitativa que tem em sua técnica a fundamentação da agregação das entrevistas, mostrou-se útil para conhecer as representações sociais dos moradores do bairro Pessegueiro sobre o conhecimento do DSS. Esclareceu que a população desconhece o impacto dos papéis dos DSS de caráter ambiental sobre a saúde, no entanto, interessante ressaltar a representação obtida por meio das expressões nas quais ficou claro que a população tem compreensão do conceito de saúde como “bem estar”, com predominância a concepção do modelo biomédico, contudo, é

perceptivo que estes tem o conhecimento que se faz necessário o envolvimento de outros equipamentos do sistema público, como social e econômico para Promoção da Saúde.

A partir dos resultados encontrados e estabelecimento da estratificação social deparada à gestão pública municipal em saúde terão subsídios para compreender a realidade dos moradores e poderão propor políticas públicas eficazes para essa população a fim de melhorar a qualidade de vida dessas, que infelizmente são mais vulneráveis quando comparada com acesso da população urbana aos serviços de saúde.

Conclui-se que intervir na equidade em saúde dessa população é essencial para superação/eliminação das desigualdades e iniquidades em saúde. Nesse sentido, faz-se necessária atuação do governo para interceder com ações diferenciadas, propondo políticas públicas, principalmente em âmbito de saneamento básico e acesso ao serviço de saúde para que possam garantir os direitos dessa população à saúde, conforme determinada pela Constituição Federal.

Também faz-se necessário empoderar a população sobre os seus direitos e deveres para garantia do bem estar físico, mental e social e para isso, as ações de educação podem ser uma oportunidade no desenvolvimento de uma comunidade mais saudável.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temple (2018) acredita que em contraste com as circunstâncias econômicas injustas de, por exemplo, “nascer na pobreza”, o crescimento com barreiras ao acesso à saúde ou as oportunidades educacionais podem ser determinadamente “evitável”, por meio de mudanças nas políticas públicas e na redistribuição de recursos e assim, evitar a iniquidade em saúde.

Ressalta ainda, que não importa o nível hierárquico que o indivíduo se encontra, os determinantes sociais impactaram sobre sua saúde. Exemplifica que um indivíduo que venha ter um salário alto, poderá adquirir acesso e intervenções de saúde conforme sua necessidade, mas esse salário pode resultar de um trabalho estressante, não permitindo tempo para atividade física e pouco tempo para a família. Estresse, inatividade e talvez até isolamento social podem afetar sua saúde mais do que ter uma renda alta e uma educação avançada (TEMPLE, 2018).

Os fatos acima provocam uma crítica reflexiva sobre as condições de vida das populações e sobre as influências dos determinantes sobre o estado de saúde das mesmas, pois enquanto ações de vigilância epidemiológica “clássica” para fazer correlação dentre incidência de doenças e o meio que estão inseridas possam ser eficazes do ponto de vista da tríade ecológica, a epidemiologia social nos mostra o quão é complexo e necessário fazer a relação entre os fatores sociais com o estado de saúde da população, para propor estratégias em nível de políticas para promover ações de saúde.

Outros estudos com essa temática se fazem necessários para instigar e aperfeiçoar os conhecimentos acerca dos DSS em áreas rurais e, também para subsidiar futuros programas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. A.; PIRES, K. F. **Características socioeconômicas da divisão sexual dos afazeres domésticos no Brasil**. XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais 22 a 28 de setembro de 2018, Poços de Caldas - 2018, 2018.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (AHA). **Social determinants of health**. Disponível em: <https://www.aha.org/social-determinants-health>. Acessado em: 27 de nov. 2019.

ANTUNES, J. L. F. et al. **Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, n. Suppl 2, p. 1–14, 2018.

ARIAS-VALENCIA, S. **Epidemiología, equidad en salud y justicia social**. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, v. 35, n. 2, p. 186–196, 2017.

BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. Revista Intercâmbio, São Paulo: LAEL/PUCSP, v. 26, p. 129-146, 2011.

BARATA, R. B. **Epidemiologia social**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, n. 1, p. 7–17, 2005.

BARBOSA, P. A. V. et al. **A influência do excesso de peso na força muscular e na funcionalidade mulheres jovens**. RIES, v. 8, n. 1, p. 250–262, 2019.

BASU, S. et al. **Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015**. JAMA International Medicine, v. 179, n. 4, p. 2018–2019, 2019.

BOING, A. F.; D'ORSI, E.; REIBNITZ, C. **Epidemiologia**. Caderno e-SUS Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

BONETO, C.; MANRIQUE, A. L.; MOREIRA, G. E. **Indícios de representações sociais em uma comunidade de prática enquanto espaço de formação continuada**. Vidya, p. 59–73, 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acessado em: 03 dez. 2019.

BRASIL. **Lei N. 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília - DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7802.htm. Acessado em: 03 dez. 2019

BRASIL. **Itajubá, MG**. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2019. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/ita. Acessado em: 25 de nov. 2019

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção primária**. 2019. Disponível em : <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>. Acessado em : 03 de dez. 2019.
- BREVIDELLI, M. M.; DOMINICO, E. B. L. **Trabalho de Conclusão de Curso: guia prático para docentes e alunos da área de saúde**. São Paulo: Láttria, 2006.
- BRUSCHINI, C. **Trabalho doméstico : inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?** Revista Brasileira de Estudos de População, v. 23, n. 2, p. 331–353, 2006.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- CABRAL, M. F. C. T.; VIANA, A. L.; GONTIJO, D. T. **Utilização do paradigma da complexidade no campo da saúde: revisão de escopo**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 03, p.01-10 , fev. 2020.
- CAMARA, L. R. A. et al. **Qualidade de vida e percepção ambiental dos moradores e comunidades rurais em São Luís (MA)**. Revista Brasileira de Educação Ambiental, v. 14, n. 1, p. 263–274, 2019.
- CAMPOS, E. V.; CARVALHO, A. M. A.; SOUZA, A. S. DE. **Satisfação no trabalho e qualidade de vida de professores universitários brasileiros : revisão integrativa**. Multitema, v. 24, n. 57, p. 59–57, 2018.
- CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: **SILVA, E. E. (Org.). Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Fiocruz, v. 2, p. 19–38, 2013.
- CASTRO, C. M. S. et al. **Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, p. 4153–4162, 2019.
- CDC. **Healthy Housing Reference Manual**. Atlanta: US, 2012.
- CNDSS. **Relatório final da CNDSS - As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ, 2008.
- CNES. **PSF Caic Itajubá**. 2019. Disponível em : <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3132402212757>. Acessado em: 03 de dez. 2019
- COSTA, C. C. DA; GUILHOTO, J. J. M. **Saneamento rural no Brasil : impacto da fossa séptica biodigestora Rural**. Revista Engenharia Sanitaria Ambiental, Edição Especial, p. 51–60, 2014.
- COSTA, E. M. S.; COSTA, E. A.; CUNHA, R. V. **Percepções sobre dengue dos moradores de um município brasileiro de fronteira**. Revista de Epidemiologia e

Controle de Infecção, v. 8, n. 2, p. 177–183, 2018.

CREMESE (Conselho Regional de Medicina do Estado do Sergipe). **SUS completa 20 anos, mas não implanta seus princípios fundamentais**. 2008. Disponível em: http://www.cremese.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20986:sus-completa-20-anos-mas-nao-implanta-seus-principios-fundamentais&catid=3. Acessado em: 27 de nov. 2019.

DIAS-LIMA, A. **Ecologia médica: uma visão Holística no Contexto das Enfermidades Humanas**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 38, n. 2, p. 165–172, 2014.

DICIO – Dicionário Online de Português. **Net**. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>. Acessado em: 14 de jan. 2020.

FERNANDES, H. J. **Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança**. 2007. 191f (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso) – Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal, 2007.

FERREIRA, J. et al. **Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores?** Saúde e Sociedade, v. 27, n. 1, p. 69–79, 2018.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. **Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 5, p. 1437–1450, 2018.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. **Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, n. 21, n. 2, p. 15-30, 2003.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. **Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa**. Distúrbios da Comunicação, v. 25, n. 1, p. 129–136, 2013.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. **Determinação social da saúde e política**. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Cebes: Rio de Janeiro, Cap. 2, p. 37-59, 2010.

FULLER-ROWELL, T. E.; EVANS, G. W.; ONG, A. D. **Poverty and Health : The Mediating Role of Perceived Discrimination**. Psychological Science, v. 23, n. 7, p. 734–739, 2012.

GARCIA, R. W. D. **Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar**. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 51-68, 1997.

HAEFFNER, R. et al. **Prevalência de lombalgia e fatores associados em trabalhadores de uma empresa agropecuária do sul do Brasil**. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, v. 13, n. 1, p. 35–12, 2015.

IBGE. **Censo demográfico – município de Itajubá**. 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/itajuba. Acessado em: 02 de nov. 2019.

- JARDIM, P. C. V. et. al. **Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira.** Arquivo Brasileiro de Cardiologia, n. 88, v. 4, p. 452-457, 2007.
- KAUFMAN, J. S.; MEZONES-HOLGUÍN, E. **Una epidemiologia social para America Latina: una necesidad mas alla de la reflexion sobre las inequidades en salud.** Rev Peru Med Exp Salud Publica UNA, v. 30, n. 4, p. 543-546, 2013.
- LAGUARDIA, J. **Raça e epidemiologia: as estratégias para construção de diferenças biológicas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 1, p. 253-261, 2007.
- LEFEVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo – Nossos modos de pensar – Nosso Coletivo.** 1ª edição, São Paulo: Andreoli, p. 1-80, 2017.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Programa de computo para el ajuste multivariable de datos.** Texto Contexto em Enfermagem, v. 23, n. 2, p. 502-507, 2014.
- LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **A crítica dos conceitos.** In: Promoção de saúde – a negação da negação, Rio de Janeiro: Vieira & Lent, cap. 1, p.11-21, 2004.
- LEITE, M. T.; et al. **Envejecimiento en el campo: residentes de edad avanzada perfil de las zonas rurales.** Cultura de los cuidados, n. 54, p. 384-395, out. 2019.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- MELO, H. P.; CONSIDERA, C. M.; SABBATO, A. **Os afazeres domésticos contam.** Economia e Sociedade, v. 3, n. 3, p. 435-454, 2007.
- MILLMAN, M (org). **Access to health care in America. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services.** Institute Of Medicine. National Academy Press, Washington, 1993. Disponível: <https://www.nap.edu/read/2009/chapter/1>. Acessado em: 25 de nov. 2019.
- MINAYO, M. C.S. **Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1988.
- MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.
- MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias.** Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa de 1986.** Net. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acessado em: 14 de jan. 2020.
- MONTEIRO, R. P.; ARAUJO, J. N. G.; MOREIRA, M. I. C. **Você , dona de casa : trabalho , saúde e subjetividade no espaço doméstico.** Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 13, n. 4, p. 1-14, 2018.

MOORE, K. **Social Determinants of Health: Addressing Barriers Through Screening, Referrals, and Care Coordination.** NC Medical Journal, v. 80, n. 5, p. 306–311, 2019.

MORAL, P. A. P.; GASCÓN, M. L. G.; ABAD, M. L. **La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI.** Revista Internacional de Sociología, v. 72, Extra 1, p. 45–70, 2014.

MOREIRA, E. S. M. et al. **Estudo transversal da autopercepção de saúde em adultos residente na cidade de Anápolis – Goiás e a influência do estilo de vida, do acesso ou não à assistência à saúde e a presença ou não de doenças crônicas.** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v. 6, n. 1, p.552-564 jan. 2020

NAKAMURA, E. et al. **The potential of an instrument to identify social vulnerabilities and health needs: collective health knowledge and practices.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 17, n. 2, p. 253–258, 2009.

ODORICO, L. et al. **Universal health coverage in Latin America 3 Social determinants of health , universal health coverage , and sustainable development : case studies from.** The Lancet, v. 385, 2015.

OUAKININI, S.; BARREIRA, D. P. **Solidão e Saúde Mental.** Revista Acta Medicina do Porto, v. 28, n. 1, p. 130-132, 2015.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. **Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população : um inquérito nacional.** Caderno de Saúde Pública, v. 29, n. 4, p. 723–734, 2013.

PELLEGRINI FILHO, A. **Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence.** Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. suppl 2, p. s135–s140, 2011.

PET. Engenharia ambiental Unifei. **Projeto Águas do Pessegueiro.** Universidade Federal de Itajubá. 2018.

PINHEIRO, A. K. B. et al. **Determinantes sociais da saúde e qualidade de vida de cuidadores de crianças com câncer.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 3, p. 1–6, 2016.

PLEASANT, A. et al. **A Prescription Is Not Enough : Improving Public Health with Health Literacy.** In: Implications of Health Literacy for Public Health. Washington. 2014.

POLIT, F. D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. In: **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização.** Artemed: Porto Alegre, 5ª Ed., 2004

PREFEITURA DE ITAJUBA. **Secretaria Municipal de Saúde.** 2019. Disponível em : www.itajuba.mg.gov.br/semsa. Acessado em : 03 de dez. 2019.

- RAMOS, F. L. P.; et al. **As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas.** Revista Pan-Amazônica de Saúde, v. 55, n. 91, p. 221–229, 2016.
- RHIHUB (Rural Health Information Hub). **Social Determinants of Health For Rural People.** 2019. Disponível em : <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/social-determinants-of-health>. Acessado em: 20 de nov. 2019.
- RIBEIRO, S. L. **Considerações iniciais sobre a segurança hídrica do Brasil.** Revista Brasileira de Estudos de Defesa, v. 4, n. 1, p. 155-180, jna, /jun, 2017.
- RIOS, D. R. DA S.; CAPUTO, M. C. **Experiência de Educação Popular em Saúde na Formação Médica.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, n. 3, p. 184–195, 2019.
- SANTOS, V. F. C. et. al. Um olhar antropológico sobre a qualidade de vida das pessoas em hemodiálise. 2017. 166f. (Tese de Doutorado em Saúde e Meio Ambiente) – Universidade de Tiradentes – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Meio Ambiente, Aracaju, 2017.
- SILVA, A. J; MUNHOZ, F. C.; CORREIA, P. B. **Qualidade na utilização de energia elétrica no setor rural: problemas, legislação e alternativas.** Encontro de Energia no Meio Rural, v.2, n.4, 2002.
- SILVA, M. I.; PELAZZA, B. B.; SOUZA, J. H. **Educação e saúde: relato de experiências de ações educativas para saúde em comunidades socialmente vulneráveis.** Revista eletrônica da divisão de formação docente, v. 3, n. 1, p. 17–40, 2016.
- SILVA JUNIOR, J. B. S. **Promoção da saúde: ação necessária e urgente nas Américas.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 11, p. 3–4, 2019.
- SILVEIRA, M.; FENNER, A. L. D. **Avaliação de Impactos à Saúde (AIS): análises e desafios para a Vigilância em Saúde do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 10, p. 3205–3214, 2017.
- SOARES, C. **A distribuição do tempo dedicado aos afazeres domésticos entre homens e mulheres da família.** Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008, n. Xvi, p. 1–19, 2008.
- SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. **Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde.** Revista Saúde Sociedade São Paulo, v. 19, n. 1, p. 35–47, 2010.
- SOLLA, J. **Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura.** Cadernos de Saúde Pública, v. 12, n. 2, p. 207–216, 1996.
- SOUZA, D. DE O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. DE O. **Determinantes Sociais da Saúde: Reflexões a partir das raízes da “questão social”.** Revista Saude e Sociedade, v. 22, n. 1, p. 44–56, 2013.

SOUZA, E. M. S.; GRUNDY, E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1354–1360, 2004.

STROSNIDER, H. et al. **Rural and Urban Differences in Air Quality , 2008 – 2012 , and Community Drinking Water Quality , 2010 – 2015 — United States.** Surveillance Summaries CDC, v. 66, n. 13, p. 2010–2015, 2017.

TABOSA, F. J. S. et al. **Análise da demanda por energia elétrica no meio rural do Brasil.** Revista Planejamento e Políticas Públicas, v. 52, 2019.

TEMPLE, K. M. **Rural Health Literacy : Understanding Skills and Demands is Key to Improvement.** The Rural Monitor, p. 1–5, 2017.

TEMPORAO, J. G. et al. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

THE ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY (EPA), T. E. P. **Ground Water Contamination - Getting Up to Speed.** EPA. 2015.

TOLOSANA, E. S. **Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on Rural Areas.** Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 515–526, 2015.

VIACAVA, F. et al. **SUS : oferta , acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.

VIANA, L. A.; ZAMBOLIM, L.; SOUSA, T. V. **Melhoria da qualidade de vida em regiões rurais sem acesso a energia elétrica por meio de geração solar fotovoltaica.** XXI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VII Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba., p. 1–6, 2017.

WHO. Social determinants of health. **WHO Regional Office for America.** 2005.

YOUNG, J. R. **Middle-skill jobs remain more common among rural workers.** Institute Carsey, v. 63, p. 1–6, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural no Sul de Minas Gerais

Pesquisadores Responsáveis pelo Projeto: Camila Mendes dos Santos e Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva.

Instituição: Universidade Federal de Itajubá Telefone para contato: 3629-1451

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações que você precisa saber sobre essa pesquisa que estamos fazendo. Sua participação nesse estudo é muito importante para nós, mas, se você não quiser ou não puder participar, ou se quiser desistir depois que assinar, isso não vai trazer nenhum problema para você.

Eu, _____,
residente na Rua _____,
RG _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural no Sul de Minas Gerais”. Declaro que foram dadas todas as informações necessárias e que foram esclarecidas todas as dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

1. O estudo é importante porque irá verificar se alguns fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais influenciam na ocorrência de problemas de saúde na população;
2. Esse estudo também irá identificar os principais problemas de saúde da comunidade;
3. Os resultados desse estudo poderão ajudar e direcionar ações de saúde para a população desse bairro e, também contribuir para produção científica no Brasil que é escassa sobre esse tema.
4. Para participar dessa pesquisa, irei responder um questionário, com questões sobre meus dados pessoais e posteriormente, participarei de uma entrevista onde será gravada e transcrita as falas em seguida.
5. Para que o desconforto seja menor, serão adotadas as seguintes medidas:
 - Os resultados das entrevistas ficarão sob guarda do pesquisador responsável, não sendo permitido que outras pessoas além da equipe tenham acesso a ele.
 - A coleta de dados (entrevista) será agendada previamente com o participante da pesquisa, adequando aos horários disponíveis de cada um.
 - Os dados serão coletados em sala individual, estando presentes no momento apenas o pesquisador e o participante da pesquisa.

6. A minha participação nesse estudo não é para tratar de alguma doença e não vou ter despesas com a minha participação.
7. Todas as informações sobre a minha pessoa nesse estudo vão ser secretas e só os autores terão conhecimento delas.
8. Os autores poderão apresentar ou publicar os resultados desse estudo, mas as informações sobre a minha pessoa não vão aparecer de forma algum.
9. Tenho a liberdade de desistir ou de parar de colaborar nesse estudo, no momento em que desejar, sem ter que explicar o motivo.
10. Se eu desistir, isso não vai causar nenhum prejuízo para a minha saúde ou para meu bem-estar nem vai atrapalhar o meu atendimento ou tratamento médico.
11. Posso pedir para saber dos resultados da pesquisa, por isso informo que:
 Desejo saber dos resultados
 Não desejo saber dos resultados

Itajubá, de de

Assinatura do paciente ou sujeito

Assinatura do pesquisador que aplicou o termo

Para possíveis informações ou esclarecimentos a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), pelo Telefone (35) 3629-8700 ou pelo endereço Av. Renó Júnio, n. 368, bairro São Vicente, Itajubá ou também pelo e-mail: cep@fmit.edu.br.

12- Você e as pessoas que moram na residência já precisaram utilizar os Serviços de Saúde:

a) Sim () b) Não ()

Se sim, quantas vezes (somatória de todos) foram ao serviço de saúde:

a) 1-2 vezes () b) 3-5 vezes () c) 5-7 vezes () d) 8-9 vezes () e) mais de 10 vezes

13- O tipo de serviço de saúde que utilizam é:

a) Público () b) Privado () c) Público e Privado ()

14- Como considera a sua saúde:

a) Muito má () b) Má () c) Nem boa nem má () d) Boa () e) Muito boa ()

15- Alguém na família sofre de alguma doença (ex: diabetes, asma, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade/pânico, epilepsia, câncer (descrever tipo), DSTs, parasitoses)

a) Sim () b) Não ()

Se sim, preencher tabela abaixo:

Parentesco	Doença	Data do diagnóstico	Tipo de acompanhamento (ambulatorial, internação ou nenhum)	Impacto da doença (leve, moderado ou grave)	Gravidade da doença (leve, moderado ou grave)

16- Em relação a sua profissão, quantas horas você trabalha por dia? _____

17- Você gosta do seu trabalho? a) Sim () b) Não ()

18- Como você se sente em relação ao seu trabalho: a) Bem () b) Indiferente () c) Cansado () d) Exausto ()

19- Você sente vontade de abandonar o seu trabalho? a) Sim () b) Não ()

20- Qual a situação da sua habitação hoje?

a) Casa própria sem financiamento e/ou dívidas ()

b) Casa própria com financiamento e/ou dívidas ()

c) Casa alugada ()

d) Casa emprestada ()

e) Outra situação ()

21- Na sua casa você tem problemas com (marcar todas opções que se aplicam):

a) Infestação de insetos ()

- b) Mofo ()
- c) Temperatura (conforto térmico) ()
- d) Fumaça causada por fogão a lenha ()
- e) Vazamento de água ()
- f) Rede de esgoto ()
- g) Nenhuma das opções acima ()

22- Nos últimos 12 meses você ficou preocupado se teria recursos financeiros suficientes para comprar alimentos?

- a) Sim ()
- b) Não ()
- c) Às Vezes ()

23- Nos últimos 12 meses você teve dificuldades de transporte para se locomover até serviços de saúde, trabalho ou atividades necessárias para sua vida diária?

- a) Sim, ele me impediu de ir até o serviço de saúde e/ou ter acesso a medicamentos ()
- b) Sim, ele me impediu de ir ao trabalho ou de fazer atividades que eu preciso ()
- c) Não

24- Nos últimos 12 meses faltou em algum momento água ou energia elétrica?

- a) Nunca ()
- b) Raramente ()
- c) Às vezes ()
- d) Com bastante frequência ()
- e) Frequentemente ()

25- Qual fonte de água para consumo tem na sua residência:

- a) Mina/Poço () b) Copasa () c) Mina/Poço e Copasa

26- Existe acesso de serviço de esgoto na sua residência?

- a) Sim () b) Não ()

Se sim, qual serviço:

- a) Fossa séptica () b) Copasa () c) Outro: _____

27- Você ou alguém da sua família, nos últimos 12 meses, sofreu alguma situação de violência?

- a) Nunca ()
- b) Raramente ()
- c) Às vezes ()
- d) Com bastante frequência ()
- e) Frequentemente ()

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Perguntas que conduziram a entrevista

- 1) O que é saúde para você?
- 2) Você está satisfeito com sua saúde e de seus familiares?
- 3) O que você acha que mais impacta ou interfere no estado de saúde?
- 4) O que você faz no seu trabalho?
- 5) Você acha que seu trabalho tem algo haver com sua saúde?

APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOCUMENTADA



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
Criada pela Lei n.º 10.435 de 24/04/2002
INSTITUTO DE RECURSOS NATURAIS

Ofício n.º 66/2019 - IRN

Em 28 de maio de 2019

Assunto: **Solicitação de autorização documentada**

Exmo. Senhor

Dr. Nilo César do Vale Baracho

Secretário Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Itajubá

O programa de Mestrado em Meio Ambiente e Recursos Hídricos (MEMARH) da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), do qual participo, contempla basicamente linhas de pesquisa dedicadas à análise das associações entre os múltiplos fatores de risco de relevo em nosso contexto social sobre o meio ambiente, neste incluindo a saúde coletiva.

Atualmente tenho como orientada a aluna Camila Mendes dos Santos, enfermeira, que desenvolve pesquisa, cujo objetivo é investigar os determinantes sociais sobre a saúde na população do bairro Pessegueiro, na cidade de Itajubá.

É sabido que o Sistema Único de Saúde, por intermédio desta Secretaria e do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem desenvolvendo um trabalho exemplar de ação de saúde pública, contemplando ações de prevenção e promoção de saúde.

Como parte da metodologia para o desenvolvimento do estudo, a discente, pesquisadora deverá aplicar os questionários à amostra da população, cerca de 20 pessoas na unidade de Estratégia de Saúde da Família, responsável pela região, em momento oportuno e confortável não prejudicando qualquer procedimento, pois é o equipamento onde há maior afluência deste grupo etário para as consultas rotineiras.



Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
 Criada pela Lei nº 10.435 de 24/04/2002
 INSTITUTO DE RECURSOS NATURAIS

Desse modo, sabedor de sua sensibilidade em valorizar uma pesquisa desta natureza, a qual representará uma contribuição na área de saúde coletiva no município, em especial nesta população vulnerável, venho solicitar a sua valiosa intercessão no sentido de autorizar o procedimento de aplicação de questionário na amostra referida, atendida pela ESF na região.

Saliento que o estudo somente deverá ter início após submissão ao comitê de ética em pesquisa em seres humanos, pois demanda a anuência do sujeito por termo de consentimento livre e esclarecido.

Aproveito a oportunidade para manifestar meus protestos de estima e de consideração.

Prof. Luiz Felipe Silva
 Instituto de Recursos Naturais - IRN
 Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI
 Av. BPS, 1303 - Pinheirinho
 37500-903 - Itajubá - MG
 Tel.: 3629-1451

Camila Mendes dos Santos
 Pesquisadora Responsável
 Mestranda em Meio Ambiente e Recursos Hídricos

Deferido o pedido!!!

 31/05/19.

APÊNDICE E – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 01 DO ROTEIRO

DSCsoft© 2.0

Síntese das respostas

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: ESTUDO DE UM BAIRRO RURAL NO SUL DE MINAS GERAIS

1 O QUE É SAÚDE PARA VOCÊ?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
SUJEITO 01	Saúde é bem estar.	bem estar	A
SUJEITO 02	saúde é viver bem.	viver bem	A
SUJEITO 03	Não sei responder. Saúde é quando a gente está boa	estar bem	A

SUJEITO 04	saúde é não precisar tomar remédio, poder comer de tudo e viver bem	viver bem	A
SUJEITO 05	Saúde é sentir bem.	sentir bem.	A
SUJEITO 06	Médico é bom...Saúde é viver bem, comer bem, dormir bem, passear	Saúde é viver bem.	A
SUJEITO 07	saúde é alimentação, dormir bem, ficar em paz, tendo paz tem saúde	paz	A
SUJEITO 08	saúde é tudo	tudo	B

SUJEITO 09	saúde é tudo.	saúde é tudo.	B
SUJEITO 10	saúde é tudo.	saúde é tudo.	B
SUJEITO 11	Saúde é tudo na vida da gente.	Saúde é tudo.	B
SUJEITO 12	Saúde é tudo.	Saúde é tudo.	B
SUJEITO 13	A gente precisa da saúde né. Sem ela nada feito pra gente.	Precisa da saúde.	B

SUJEITO 14	Saúde é tudo na vida. Não tem dinheiro que compra saúde	tudo	B
SUJEITO 15	Não sei não. Saúde é bem melhor.	saúde é bem.	C
SUJEITO 16	Não sei como que explico...acho que saúde é bom.	Saúde é bom.	C
SUJEITO 17	Saúde é poder se alimentar direito... não precisar...por exemplo...quando a pessoa é hipertensa, eu por exemplo gosto de comida temperada, pra mim saúde é isso poder	saúde é alimentação	D
SUJEITO 18	É a gente não sentir nada.	sentir nada	E
SUJEITO 19	Bom. Saúde é bom, melhor do que ficar doente	Ausência de doença	E

APÊNDICE F – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 02 DO ROTEIRO

DSCsoft© 2.0

Síntese das respostas

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: ESTUDO DE UM BAIRRO RURAL NO SUL DE MINAS GERAIS

2 VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM SUA SAÚDE E DE SEUS FAMILIARES?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
SUJEITO 06	Estou	Sim	A
SUJEITO 16	To sim...agora to ...depois que meu marido morreu eu ficava chorando, falando que ia morrer, ai falaram pra largar mão disso, era muito gorda e emagreci, comecei fazer	Sim	A
SUJEITO 13	Estou sim. Graças á Deus.	Sim	A
SUJEITO 15	Sim	Sim	A

SUJEITO 19	Sim	Sim	A
SUJEITO 12	Acho que sim.	Sim.	A
SUJEITO 11	Estou...falta algumas coisinhas mas estou.	Sim.	A
SUJEITO 05	Estou sim.	Sim.	A
SUJEITO 18	Ah estou sim.	Sim.	A

SUJEITO 10	Bastante.	Sim.	A
SUJEITO 09	Sim.	Sim.	A
SUJEITO 07	eu to, porque a gente já sabe que vai acontecer isso, porque na minha família tem diabetes e pressão alta então a gente está consciente que vai chegar pra gente também.	Sim.	A
SUJEITO 08	Sim.	Sim.	A
SUJEITO 01	Agora pouco eu tive a notícia que estou com problemas na mão, a minha pressão tenho que controlar. Não posso descuidar. Mas considero boa	Sim.	A

SUJEITO 14	Graças a Deus sim.	Sim.	A
SUJEITO 02	Sim.	Sim.	A
SUJEITO 04	Graças a Deus estou.	Sim.	A
SUJEITO 17	Sim.	Sim.	A
SUJEITO 03	A minha ultimamente não estou não.	Não.	B

APÊNDICE G – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 03 DO ROTEIRO

DSCsoft© 2.0

Síntese das respostas

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: ESTUDO DE UM BAIRRO RURAL NO SUL DE MINAS GERAIS

3 O QUE VOCÊ ACHA QUE MAIS IMPACTA OU INTERFERE NO ESTADO DE SAÚDE?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
SUJEITO 06	Nada.	Nada.	A
SUJEITO 13	Quando precisar, a Ana Claudia sempre ajudar e procurar, quase não vai lá em casa então mando mensagem pra conversar com ela porque sempre preciso para passar no	que impacta as vezes é não conseguir ir no postinho	B
SUJEITO 17	Eu acho que a saúde poderia ser melhor. Por exemplo, o postinho ter mais médico, diariamente, ir pelo menos uma vez por semana, ter mais acesso.	Dificuldades de acesso.	B

SUJEITO 10	se eu precisar e não ter o atendimento.	falta de atendimento.	B
SUJEITO 02	acho que os médicos mesmo. Antigamente o médico virava a gente no avesso.	capacitação técnica dos médicos ineficaz	B
SUJEITO 01	A falta de atendimento, que acaba afetando as pessoas e ainda os mais pobres, tem pessoas que precisam mais.	falta de atendimento	B
SUJEITO 11	Eu acho que somos todos bem atendidos, mas os exames e consultas são demoradas. Tenho cirurgia pra fazer há mais de dois anos mas não consigo. Se tivesse que morrer por causa	Dificuldades pra conseguir marcar consultas e exames.	B
SUJEITO 12	O exames interferem, pela demora pra conseguir.	Dificuldade pra conseguir exames.	B

SUJEITO 16	Não sei como que dizer. Ah por morar sozinha, falava com Deus pra me dar força, porque tinha medo de ficar emperriada na cama e como que vou fazer. Minhas filhas moram fora.	Solidão.	C
SUJEITO 15	Não sei.	Não opinou.	D
SUJEITO 05	Não sei.	não sei.	D
SUJEITO 18	As doenças ruins.	Doenças.	E
SUJEITO 19	Às vezes quando fica doente.	ter doença	E

SUJEITO 08	Na minha, a pressão.	doença	E
SUJEITO 07	acho que a gente fica aborrecida.	aborrecimento	F
SUJEITO 14	Eu acho por exemplo eu sou diabética se eu ficar nervosa já sobe e a mesma coisa a pressão. Se ficar magoa com uma pessoa ou com a família a pressão sobe mesmo tomando	fatores psicológicos	F
SUJEITO 09	a poeira daqui que é bastante, o ar seco.	fatores ambientais (ar seco)	G
SUJEITO 03	Eu acho que o calor, não gosto do calor. Os problemas de coluna me incomodam.	calor	G

SUJEITO 04	Alimentação de hoje em dia.	alimentação	H
------------	-----------------------------	-------------	----------

APÊNDICE H – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 04 DO ROTEIRO

DSCsoft© 2.0

Síntese das respostas

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: ESTUDO DE UM BAIRRO RURAL NO SUL DE MINAS GERAIS

4 O QUE VOCÊ FAZ NO SEU TRABALHO?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
SUJEITO 13	Arrumo cozinha, faço almoço, não posso fazer coisas pesadas, porque vou fazer cirurgia de novo.	atividades domésticas	A
SUJEITO 16	Limpo casa, capino, faço de tudo. O que der pra mim fazer eu faço.	Atividades domésticas.	A
SUJEITO 15	Preciso de bambu pra arrumar minha cerca e não tem onde arrumar então eu com ela arrumo a cerca daqui, faço sabão, eu costuro, faço sabão batido na mão. Faço de tudo.	atividades domésticas.	A

SUJEITO 19	Lavo roupa, cozinho, gosto de pescar...é gostoso pescar faz bem pra mente, distrai, é uma terapia.	lavo roupa, cozinho, pesco.	A
SUJEITO 12	Serviços de casa.	Serviços de casa.	A
SUJEITO 05	Faço atividades domésticas.	Faço atividades domésticas	A
SUJEITO 09	cozinho, lavo, limpo casa e cuidado das crianças.	cozinho, lavo, limpo casa e cuidado das crianças.	A
SUJEITO 07	é mais fácil falar o que eu não faço, porque que costuro, cozinho, faço docinho, faço pão, é mais fácil falar o que não sei fazer. Por exemplo, eu quero retomar a voltar a dirigir, isso	atividades domésticas.	A

SUJEITO 02	cuido da casa, faço comida, lavo roupa.	atividades domésticas.	A
SUJEITO 08	Faço tudo... tenho que fazer lanches para as crianças, lavo carro de patrão, reciclo reciclagem, vou pra cidade, dirijo e faço um monte de coisas.	atividades domésticas.	A
SUJEITO 04	Limpo tudo.	Limpo tudo.	A
SUJEITO 03	Cuido do neto, da minha casa, da horta, cuida da minha mãe porque ela é acamada.	atividades domésticas	A
SUJEITO 14	Faço de tudo, cuida do neto, lavo louças, faço almoço limpo casa, lavo banheiro e etc.	atividades domésticas	A

SUJEITO 06	Trabalho de pedreiro. Faço qualquer tipo de serviço de pedreiro.	Pedreiro	B
SUJEITO 01	Controlo entrada e saída de elementos, para faze vigilância.	serviços de vigilante.	C
SUJEITO 10	trabalho como manicure.	trabalho como manicure.	D
SUJEITO 11	sou aposentado. Às vezes eu faço alguns carretos, bicos como motorista.	aposentado.	E
SUJEITO 05	Aposentado, mas cuido da horta e planto de tudo.	aposentado.	E

SUJEITO 17	Estudo.	Estudo.	F
------------	---------	---------	----------

APÊNDICE I – RELATÓRIO SÍNTESE DAS RESPOSTAS – PERGUNTA N. 05 DO ROTEIRO

DSCsoft© 2.0

Síntese das respostas

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: ESTUDO DE UM BAIRRO RURAL NO SUL DE MINAS GERAIS

5 VOCÊ ACHA QUE SEU TRABALHO TEM ALGO HAVER COM SUA SAÚDE?

ENTREVISTADO	RESPOSTA	IDEIA CENTRAL	CATEGORIA
SUJEITO 06	Não. Acho que só idade mesmo que vai chegando (risos).	Não.	A
SUJEITO 16	Não. Até bom. Levanto cedo limpo caso e faço as coisas. Sou esperta, faço de tudo.	Não.	A
SUJEITO 19	Não.	Não.	A

SUJEITO 12	Depende do trabalho, mas acho que não.	Não.	A
SUJEITO 11	Não.	Não.	A
SUJEITO 05	Não.	Não.	A
SUJEITO 18	Ah não. Trabalhar é bom pra saúde.	não.	A
SUJEITO 10	Não.	Não.	A

SUJEITO 09	não.	não.	A
SUJEITO 07	Não.	Não.	A
SUJEITO 02	não.	não.	A
SUJEITO 04	Não, nada abusivo.	não.	A
SUJEITO 13	É...por causa do aneurisma na cabeça e da cirurgia da hérnia não posso fazer força e também por causa da idade não aguenta.	sim.	B

SUJEITO 17	Sim, o estudo estress a gente fica deprimido.	Sim.	B
SUJEITO 15	Acho que sim. Acho que trabalhando é bem melhor. Trabalhando a gente tá agitando né. Agora não tendo o que a gente fazer é ruim.	Sim.	B
SUJEITO 03	Eu acredito que prejudica a coluna, porque tem que carregar peso.	Sim.	B
SUJEITO 14	Acho que impacta, porque estou cansando.	sim.	B
SUJEITO 08	Pode ser que sim, não sei.	sim.	B

SUJEITO 01	Pode, porque eu trabalho armado então posso tomar um tiro a qualquer momento. E também eu carrego colete que é pesado, que também que está afetando minha saúde, também	sim.	B
------------	---	------	----------

ANEXOS

ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DOCUMENTADA



Av. Dr. Jerson Dias, 500 - Bairro Estiva - 37.500-279
Tel.: (35) 3692-1702 - www.itajuba.mg.gov.br
Fala Cidadão 0800-035 1788



Itajubá, 04 de junho de 2019.

OFÍCIO Nº: 103/2019 - SEMSA
Serviço: SEMSA-SUS
Referência: Ofício nº 66/2019 - IRN

CÓPIA

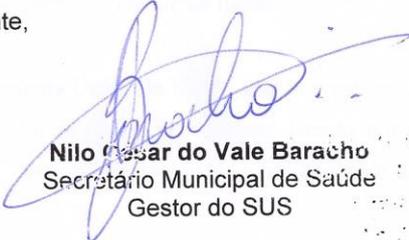
Prezado Senhor,

Cumprimentando cordialmente, em resposta ao ofício supramencionado, vimos primeiramente ressaltar a importância da parceria entre a UNIFEI - Universidade Federal de Itajubá e a Prefeitura Municipal de Itajubá, em especial quanto à Secretaria Municipal de Saúde, parceria esta que tem contribuído de forma significativa para o bem de nossos municípios.

Informamos ainda, que a Secretaria Municipal de Saúde é a favor e apoia realização de pesquisas que possam contribuir de forma positiva para nossa população, razão pela qual, autorizamos a pesquisa a ser realizada pela Sra. Camilla Mendes dos Santos, nos moldes solicitados.

Sendo só o que se apresenta para o momento, renovo-lhe meus protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,


Nilo Cesar do Vale Baracho
Secretário Municipal de Saúde
Gestor do SUS

Ilmo. Sr.
Prof. Luiz Felipe Silv.:
Instituto de Recursos Naturais – IRN
Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI
Av. BPS, 1303 – Piranguinho
Itajubá/MG CEP 37.500-903
Itajubá/MG 37.504-096

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE MEDICINA DE
ITAJUBÁ - FMIT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes sociais em saúde: estudo de um bairro rural no Sul de Minas Gerais.

Pesquisador: CAMILA MENDES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17186719.0.0000.5559

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.578.511

Apresentação do Projeto:

Trata-se pesquisa epidemiológica observacional, exploratória, por delineamento descritivo, de corte transversal, de caráter qualitativa e quantitativa que busca elucidar o quanto as determinantes sociais interferem na condição de saúde de uma determinada comunidade.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o papel dos determinantes sociais sobre a saúde da população do bairro Pessegueiro no município de Itajubá.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tanto os riscos quanto os benefícios foram relatados de forma satisfatória no projeto.

Atendem à resolução 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta é relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente preenchidos e encaminhados.

Endereço: Av. Rennó Júnior, 968

Bairro: São Vicente

CEP: 37.502-138

UF: MG

Município: ITAJUBÁ

Telefone: (35)3829-8700

Fax: (35)3829-8702

E-mail: cep@fmit.edu.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
ITAJUBÁ - FMIT



Continuação do Parecer: 3.576.511

Encontram-se adequados.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conforme previsto na resolução 466/2012, os proponentes da pesquisa deverão emitir relatório semestral e submetê-lo à apreciação deste CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1271582.pdf	03/09/2019 14:15:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Final.pdf	02/09/2019 18:02:24	CAMILA MENDES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FMIT.pdf	02/09/2019 17:33:18	CAMILA MENDES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoAsslnada.pdf	08/07/2019 17:11:37	CAMILA MENDES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ITAJUBA, 16 de Setembro de 2019

Assinado por:
Taiana de Paiva Zucarell
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Raimundo Júnior, 368
Bairro: São Vicente CEP: 37.502-138
UF: MG Município: ITAJUBA
Telefone: (35)3629-8700 Fax: (35)3629-8702 E-mail: cep@fmit.edu.br

ANEXO C – CARTILHA – “CUIDADOS COM SUA ÁGUA”

Frente

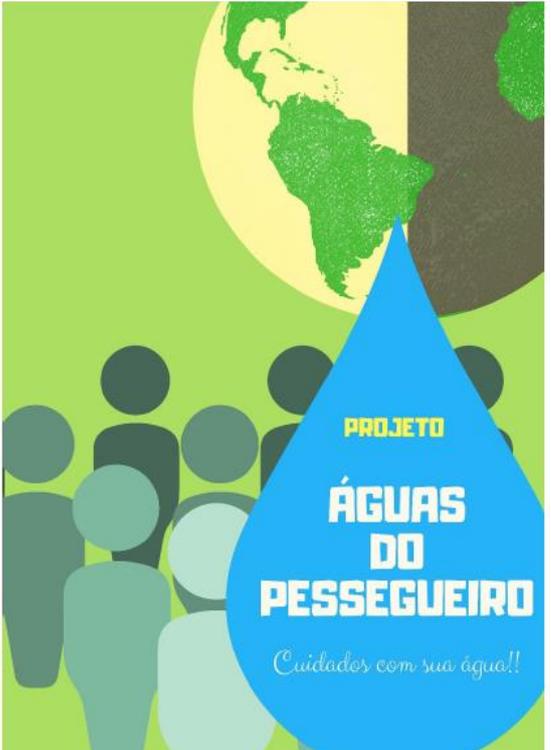
OUTROS CUIDADOS IMPORTANTES!!

- 1** Antes de levar a água para o filtro, ferva-a por 3 minutos.
- 2** Alimentos que foram consumidos diretamente, sem ir ao fogo, devem ser lavados com água filtrada ou fervida.
- 3** Lave frequentemente a caixa d'água e o sistema.

EQUIPE TÉCNICA

Paróquia São José Operário

PET Engenharia Ambiental
Mestrado em Meio Ambiente e Recursos Hídricos
Instituto de Recursos Naturais
Universidade Federal de Itajubá



PROJETO

ÁGUAS DO PESSEGUEIRO

Cuidados com sua água!!

Verso

• MELHORANDO A QUALIDADE DA SUA ÁGUA •

FILTRO DE BARRO



Os filtros de barro são sistemas de filtragem de água mais baratos, que não gastam energia e ainda deixam a água fresca.

Nestes filtros, a água é armazenada na parte superior do equipamento. A partir daí, a água passa, gota a gota, pelas paredes porosas do filtro.

Com lentidão e pressão, o sistema é capaz de filtrar a maior parte dos poluentes, eliminando as bactérias.

ETAPAS DE TRATAMENTO

- 1** Retenção das impurezas
- 2** Esterilização da água
- 3** Redução de odores, sabores e quantidade de cloro

COMO DEVE SER FEITA A LIMPEZA DO FILTRO DE BARRO?

- 1** A recomendação é que o Filtro de Barro seja limpo com um pano úmido ou seco, sem utilizar qualquer tipo de produto químico, removendo apenas o acúmulo de poeira na superfície externa e úmida do equipamento.
- 2** A vela do Filtro de Barro deve ser trocada a cada 6 meses de uso, tempo aproximado para filtragem de 500 litros de água.
- 3** Para lavar as velas do seu filtro corretamente é necessário apenas uma esponja nova e água corrente. Limpe as velas com cuidado sob a água corrente e não utilize nenhum tipo de produto.
- 4** A primeira água filtrada no Filtro de Barro deve ser descartada, sem o consumo, uma vez que esta é utilizada para limpar o Filtro e ativar a vela. A partir da segunda filtragem, é possível começar a tomar água limpa e mais saudável.

ANEXO D – CARTILHA – “CUIDADOS COM SUA SAÚDE”

Frente

CICLO DA DOENÇA

- Se não usarmos a banheira, a fossa ou as redes coletoras, o esgoto ficará a céu aberto. Desta forma, as fezes e os restos de comida ficarão no quintal ou em volta das casas e nas ruas.
- Os vermes e as bactérias que vivem no esgoto contaminam a água e o chão, onde as pessoas pisam descalças e bebem a água contaminada.
- Os mesmos insetos que pousam ou andam nas fezes vão para nossa casa levando as doenças em suas patas e osso, além das fezes dos animais que andam no quintal e nas ruas.

QUAL TRATAMENTO PARA AS DOENÇAS RELACIONADAS À INGESTÃO DE ÁGUA?

Para diarreia o tratamento básico é feito a partir da ingestão de sais de reidratação oral ou soro caseiro e, de muita líquido (água potável/tratada, sucos). Para casos graves que exijam internação, pode ser necessário hidratação por meio de acesso venoso e outros procedimentos médicos dependendo das manifestações clínicas e órgãos afetados.



⚠️ Caso você e/ou algum familiar apresente os sintomas citados acima, deverá procurar assistência médica imediatamente para comunicação e tratamento adequados.

NÃO SE AUTOMEDIQUE!

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA PARA RECEBER ASSISTÊNCIA.

EQUIPE TÉCNICA

Parque São José Operário
PET Engenharia Ambiental – Mestrado em Meio Ambiente e Recursos Hídricos – Instituto de Recursos Naturais – Universidade Federal de RJ



PROJETO

ÁGUAS DO PESSEGUEIRO

Cuidados com sua saúde!!

Verso

• DOENÇAS TRANSMITIDAS PELA ÁGUA •

VOCÊ SABIA QUE A ÁGUA PODE TRANSMITIR DOENÇAS?

Existem vários tipos de doenças que podem ser causadas pela água. Em locais com saneamento básico deficiente (falta de água tratada e/ou de rede de esgoto ou de alternativas adequadas para a deposição dos dejetos humanos), as doenças podem ocorrer devido à contaminação da água por esses dejetos ou pelo contato com esgoto despejado nas ruas ou nos córregos e rios.



São inúmeros os contaminantes: microrganismos como bactérias, vírus e parasitas, toxinas naturais, produtos químicos, agrotóxicos, metais pesados, etc. É muito importante conhecer essas doenças e a forma como elas afetam a saúde dos grupos populacionais, onde são adquiridas, e quais ações e cuidados ajudam a preveni-las ou reduzir suas ocorrências.

Como essas doenças se transmitem para o ser humano?

- Por ingestão de água contaminada;
- Por contato da pele/mucosas com água contaminada (exemplo, tomar banho, praticar esportes onde exista água contaminada);
- Por falta de água ou de rede de esgoto/alternativas adequadas para deposição de dejetos ou práticas precárias de higiene;
- Por insetos/vetores que se desenvolvem na água.

! Água não tratada é porta aberta para várias doenças! !

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DAS DOENÇAS RELACIONADAS À INGESTÃO DE ÁGUA CONTAMINADA?

Os mais comuns são:

- Diarreia Líquida;
- Náusea;
- Vômitos;
- Cólicas abdominais;
- Febre em alguns casos.

A doença dura de um dia a uma semana, em geral três dias. Entre aqueles que se manifestam com diarreia aguda.

Os microorganismos causadores dessas doenças podem causar quadros mais graves e até óbito, principalmente em crianças, gestantes, idosos e pessoas imunocomprometidas (baixa imunidade), com danos e complicações em outros órgãos.

As principais doenças transmitidas pela água são: amebíase, giardíase, gastroenterite, febre tifoide e paratifoide, hepatite infecciosa e cólera.

Indiretamente, a água também está ligada à transmissão de verminoses, como esquistossomose, ascariíase, teníase, oxiúrose e ancilostomíase. Vetores, como o mosquito *Aedes aegypti*, que se relacionam com a água, podem ocasionar a dengue, a febre amarela e a malária.

