



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

MELISSA MOTTA FELÍCIO

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO
E FATORES DE PROTEÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

**CAMPINA GRANDE
FEVEREIRO/ 2021**

MELISSA MOTTA FELÍCIO

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO
E FATORES DE PROTEÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de Concentração: Processos Psicossociais e Saúde

Orientador(a): Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho

**CAMPINA GRANDE
FEVEREIRO/ 2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F314d Felício, Melissa Motta.

Determinantes sociais da saúde [manuscrito] : um estudo sobre fatores de risco e fatores de proteção com famílias em situação de vulnerabilidade social / Melissa Motta Felício. - 2021.

66 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Ardgleusa Alves Coêlho, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Determinantes sociais. 2. Vulnerabilidade social. 3. Fatores de risco. 4. Iniquidades em saúde. I. Título

21. ed. CDD 302

MELISSA MOTTA FELÍCIO

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO
E FATORES DE PROTEÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

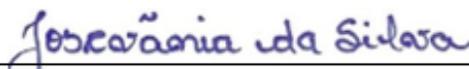
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Psicologia da Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de Concentração: Processos Psicossociais e Saúde

APROVADA em 26/ 02/ 2021



Prof.^a Dra. Ardigleusa Alves Coêlho
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Professora Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof.^a Dra. Josevânia da Silva
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB
Membro interno



Prof. Dra. Suenny Fonsêca de Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Membro Externo

Dedico este trabalho a todos aqueles que lutam e se esforçam para uma vida mais digna e uma sociedade mais justa. Em especial, às famílias acompanhadas pelo CRAS, onde foi realizado esse estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Maria do Carmo Motta e Irineu Felício, por terem me transmitido a importância do estudo e quão longe nós podemos chegar através do nosso esforço. Por todo amor, carinho e cuidado, gratidão!

À minha irmã e melhor amiga, Isabela Motta, pelo apoio e parceria de sempre, por confiar em mim e pelos incentivos diários.

Ao meu amor e companheiro, Tales Pimentel, com quem partilho a rotina, as alegrias e tristezas. Gratidão pelas doses diárias de suporte, que fazem toda diferença na minha vida, pelo amor, carinho e por ser um grande incentivador na minha profissão.

À tia Norma, que é uma grande amiga e incentivadora na minha carreira como psicóloga.

Agradeço também aos professores com quem tive a alegria de cruzar nesse percurso, em especial, minha orientadora, Professora Ardigleusa Alves Coêlho, grande parceira nessa caminhada, uma verdadeira orientadora, presente e atenciosa. Muito obrigada!

Quero também agradecer às professoras que fizeram parte da minha banca, Professora Josevânia da Silva e Suenny Fonsêca de Oliveira, por terem aceitado o convite e pelas contribuições no meu trabalho.

Aos meus amigos e colegas de sala, que foram acolhedores e transformaram esse processo em algo mais leve. Em especial, à minha amiga Mariany Neves, por compartilhar as conquistas e frustrações neste período de dois anos, pelos incentivos e parcerias, uma colega do mestrado que se tornou uma amiga para toda vida.

Gratidão à instituição na qual realizei esse estudo, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), do qual um dia também fiz parte da equipe profissional. Aos meus colegas e amigos de trabalho, às famílias e todos os usuários que me permitiram ter encontros tão significativos, agregando na minha vida pessoal e profissional, obrigada!

Por fim, e não menos importante, quero expressar a relevância da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), que contribuiu para meu amadurecimento pessoal e profissional.

E se somos Severinos
iguais em tudo na vida,
morremos de morte igual,
mesma morte Severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte
de fome um pouco por dia
(de fraqueza e de doença
é que a morte Severina
ataca em qualquer idade,
e até gente não nascida).

(Morte e Vida Severina de João Cabral de Mello Neto, 1955)

RESUMO

A definição de saúde exige uma complexa produção social, na qual seus resultados deverão influenciar nas decisões políticas para o bem-estar. O processo de saúde-doença é diretamente influenciado pelos determinantes sociais da saúde, constituído por diferentes aspectos: sociais, econômicos, étnicos, psicológicos e comportamentais, que, por sua vez, se relacionam a questões de vulnerabilidade, que é determinada por diferentes fatores, que fragilizam os direitos da cidadania para os indivíduos, através das precariedades, tanto em âmbitos sociais, como também, nas questões afetiva-relacionais. Esse processo resulta em aparecimentos de fatores de risco e proteção diferenciados para cada grupo social, ou seja, estar doente ou saudável está diretamente relacionado à classe social, condição de vida e aos fatores de risco que cada indivíduo e/ou população está exposto. Dessa forma, a presente pesquisa pretendeu investigar as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social em distrito rural do agreste paraibano, mais especificamente: analisar as condições e estilo de vida das famílias em situação de vulnerabilidade social e identificar os fatores que interferem na saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social. Para isso, foi realizado um estudo transversal, com abordagem quantiquantitativa no Distrito de Galante – PB. A coleta de dados foi realizada através do preenchimento de um formulário, com base nos dados disponíveis nos prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento das famílias do Distrito de Galante – PB. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados e realizadas análises estatísticas bivariada e Regressão de Poisson para obter a medida de associação de risco: Risco Relativo ou Razão de Prevalência. As famílias, incluídas no estudo, têm como responsável familiar indivíduos com idade mediana de 35 anos, 91,07% do sexo feminino; 55,36% não concluiu o ensino fundamental e possui média de 4,5 pessoas por família. Foi observado que a insegurança alimentar, o acesso às atividades de lazer e o contexto do trabalho (se possui trabalho formal ou não) interferem diretamente no contexto de saúde dessas famílias como fatores de risco. Não foram identificados fatores de proteção. Espera-se que esses resultados contribuam para uma reflexão acerca das iniquidades sociais e condições socioeconômicas e na formulação de políticas públicas mais efetivas, como também para a atuação dos profissionais a esse público, com um olhar mais amplo e contextualizado acerca dos diversos fatores que impactam na vida e saúde.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Vulnerabilidade Social. Fatores de Risco.

ABSTRACT

The definition of health requires a complex social production, in which its results should influence political decisions for well-being. In addition, the health-disease process is directly influenced by the social determinants of health (SDH), which consists of different aspects: social, economic, ethnic, psychological and behavioral. Concerning the SDH are related to issues of vulnerability, which is determined by different factors, which weaken citizenship rights for individuals, through precariousness, both in social spheres, as well as in affective-relational issues. This process results in the appearance of different risk and protection factors for each social group, that is, being sick or healthy is directly related to social class, living conditions and the risk factors that each individual and / or population is exposed to. Thus, this research aimed to investigate the living and health conditions of families in situations of social vulnerability monitored by the Center of Reference of Social Assistance (CRAS) in a rural district of the agreste of Paraíba, more specifically: to analyze the conditions and lifestyle of families in situations of social vulnerability; and to identify the factors that interfere in the health of families in situations of social vulnerability. For this, a cross-sectional study was carried out, with a quantitative-qualitative approach in the District of Galante - PB. Data collection was performed by filling out a form, based on the information available in the medical records and reports of registration and monitoring of families by CRAS of the District of Galante - PB. The collected data were organized in a database and statistical analyzes bivariate analysis and Poisson Regression to obtain the risk association measure: Relative Risk (RR) or Prevalence Ratio. Families, included in the study, have as responsible individuals with a median age of 35 years, 91.07% female; 55.36% did not finish elementary school and has an average of 4.5 people per family. It was observed that food insecurity, access to leisure activities and the context of work (whether they have formal work or not) directly interfere in the health context of these families as risk factors. No protective factors have been identified. It is expected that these results will contribute to a reflection about social inequities and socioeconomic conditions and in the formulation of more effective public policies, as well as for the performance of professionals to this audience, with a broader and contextualized look at the various factors that impact in life and health.

Keywords: Social Determinants of Health. Social vulnerability. Risk factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead.....	24
Figura 2 - Distribuição do membro familiar responsável segundo nível de escolaridade em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.....	31
Figura 3 - Distribuição da idade do membro familiar responsável em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.....	32
Figura 4 - Número de membros por família acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.....	32
Figura 5 - Distribuição da renda familiar das famílias acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais condições de saúde referidas pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020.....	34
Tabela 2 - Participação em grupos sociais e comunitários referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020.....	34
Tabela 3 - Distribuição dos motivos (n e %) referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020.....	35
Tabela 4 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas aos Determinantes sociais da saúde e situação da renda das famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas pelo CRAS em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.....	37
Tabela 5 - Regressão de Poisson realizada nas variáveis insegurança alimentar, trabalho e acesso ao lazer das famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020.....	38

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CNDSS - Comissão sobre Determinante Sociais e da Saúde

DSS - Determinantes Sociais da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Intervalo de Confiança

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RP - Razão de Prevalência

RR - Risco Relativo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 CAPÍTULO 1 - Iniquidades em saúde e fatores de risco e proteção.....	16
3 CAPÍTULO 2 - Determinação Social do Processo Saúde-Doença.....	21
4 CAPÍTULO 3 - Procedimentos Metodológicos.....	26
4.1 Tipo de pesquisa.....	26
4.2 Participantes e local da pesquisa.....	26
4.3 Instrumentos.....	27
4.4 Procedimentos de coleta de dados.....	27
4.5 Análise de Dados.....	28
5 CAPÍTULO 4 - Resultados.....	31
5.1 Condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social.....	31
5.2 Fatores que impactam a saúde individual e coletiva das famílias em vulnerabilidade social.....	36
5.3 Discussão.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO A.....	54
ANEXO B.....	55
ANEXO C.....	57
ANEXO D.....	58
ANEXO E.....	60
APÊNDICE A.....	64

1 INTRODUÇÃO

Pensar sobre saúde é pensar na história e evolução da humanidade. A dor e o sofrimento são inerentes ao ser humano, assim como a morte é uma situação inevitável. Para isso, o ser humano sempre buscou explicações e formas de intervir e combater as doenças e o sofrimento, tanto em aspectos físicos, quanto no sentido metafísico.

Para Alves (2011), o conceito de saúde e doença evoluíram dentro de cinco períodos: 1- período pré-científico, que compreende suas crenças baseadas em aspectos religiosos e mágicos; 2- período científico, modelo biomédico, que separa a mente do corpo. Hoje, essa visão é tida como retrocesso, no entanto trouxe várias inovações no âmbito da saúde e das doenças; 3- primeira revolução da saúde, na qual aplica o modelo biomédico à prevenção das doenças; 4- segunda revolução da saúde, ao contrário do período anterior, esse centrou-se na saúde; e, por fim, 5- terceira revolução da saúde, que aproximou os serviços de saúde da comunidade e deu atenção a doenças crônicas nos idosos.

Nessa perspectiva, definir saúde não é uma tarefa fácil, seu conceito é amplo e vai além do que pode ser considerado como “ausência de alguma doença ou enfermidade”, envolve diferentes fatores, sendo esses biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010). O conceito de saúde mais difundido é o da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) que afirma que a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social”. No entanto, esse conceito pode ser considerado utópico e inalcançável. Segundo Batistella (2007), esse conceito carece de objetividade, tornando-se impossível medir o nível de saúde da população, além disso as pessoas não estão sempre em estado de bem-estar.

Nesse sentido, Canguilhem afirma que as flutuações fazem parte da vida e favorecem a adaptação e até mesmo a evolução. Segundo esse autor, a saúde seria um “luxo biológico”, na qual o indivíduo pode assumir riscos, e continuar apto a adaptar-se, enquanto a doença seria uma nova forma de funcionamento, no entanto, mais conservadora, pois não possui a capacidade de construir novas normas, ou seja, novas maneiras de viver (Canguilhem, 2009). Dessa forma, o processo de saúde deve levar em consideração o meio em que o indivíduo está inserido, além disso o mal-estar e fracassos fazem parte da construção da história do indivíduo, ou seja, a saúde deve ser entendida como a capacidade de enfrentar as dificuldades (Caponi, 1997).

Atualmente, a busca da saúde e a luta contra doenças estão em pauta como principal conteúdo de discussão pública global. Essa discussão se torna cada vez mais evidente e enfatizada, devido ao presente momento que a humanidade está vivenciando, a pandemia do coronavírus. Segundo Carvalho e Buss (2012), a definição de saúde exige uma complexa produção social, na qual seus resultados deveriam influenciar nas decisões políticas em prol do bem-estar da população.

Ainda com relação a reflexão acerca do processo saúde-doença, é possível abarcar os determinantes sociais da saúde (DSS), que são formados por diferentes aspectos: sociais, econômicos, étnicos, psicológicos e comportamentais e influenciam diretamente nesse processo (Buss & Filho, 2007). Além disso, esse conceito está relacionado às condições de vida e trabalho dos indivíduos inseridos em um determinado contexto, por exemplo, habitação, saneamento, serviços de saúde e educação (Batistella, 2007).

Ademais, os DSS relacionam-se a questões de vulnerabilidade social, que é determinada por diferentes fatores, que fragilizam os direitos da cidadania para os indivíduos, através das precariedades, tanto em âmbitos sociais, como também, nas questões afetiva-relacionais. A vulnerabilidade, por sua vez, é atrelada às iniquidades em saúde, que são desigualdades de saúde consideradas injustas e inaceitáveis, podendo ser evitadas (Carmo & Guizardi, 2018).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 prevê o desenvolvimento da sociedade e a garantia da proteção à saúde dos cidadãos, além da educação, segurança e igualdade para todos. Segundo seu artigo 6º, são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (Brasil, 1988). Nessa perspectiva, a saúde é um direito de todos e sua garantia está diretamente influenciada por diversos determinantes sociais da saúde. Assim, através dos estudos e pesquisas sobre os DSS, é possível influenciar, elaborar e executar novas políticas públicas de saúde, assegurando à população o acesso à saúde e a minimização das iniquidades em saúde, dessa forma, garantindo um de seus princípios doutrinários, a equidade.

No que cerne ao processo saúde-doença, esse resulta em aparecimentos de fatores de risco e proteção diferenciados para cada grupo social, ou seja, estar doente ou saudável está diretamente relacionado a classe social, condição de vida e aos fatores de risco que cada indivíduo e/ou população está exposto (Breihl & Granada, 1986 citado em Carvalho & Buss, 2012). O estudo sobre fatores de risco e proteção pode revelar os sentidos que os sujeitos

atribuem a sua saúde e seu bem-estar (físico, psíquico e social) com as suas condições sociais, bem como atuar na identificação e no fortalecimento de fatores de proteção, contribuindo para potencialização do indivíduo e do coletivo em que está inserido. Tal temática associa-se diretamente a Psicologia da Saúde, que aplica conhecimentos e técnicas da psicologia à saúde, doenças e aos cuidados de saúde, tendo como objeto de estudo o indivíduo em suas diversas relações com saúde, doença, família, técnicos da saúde e sociedade.

Diante destes fatores, é possível verificar como a discussão sobre saúde é atual e complexa, exigindo do pesquisador um olhar atento às influências dos contextos socioeconômicos, do momento histórico, da cultura e valores que cada população está inserida. Deste modo, a presente pesquisa se justifica por contemplar uma temática que favorece a reflexão acerca dos determinantes sociais da saúde, da qual poderá contribuir a nível de atuação no campo da saúde, favorecendo a construção de medidas úteis e necessárias para a coletividade, portanto este estudo buscou responder às seguintes questões norteadoras: quais as condições sociais das famílias em situação de vulnerabilidade social? E quais os determinantes sociais da saúde impactam na saúde individual ou coletiva de famílias em vulnerabilidade social?

Além disso, é importante mencionar que inquietações de âmbito pessoal motivaram o desenvolvimento dessa pesquisa, uma vez que como profissional da saúde atuante na rede socioassistencial à famílias em vulnerabilidade social, percebi a necessidade de aprofundamento sobre condições de saúde e vida dessa população, assim como sobre os fatores de risco e proteção, para que assim fosse possível desenvolver práticas mais efetivas e atuar de forma mais precisa e resolutiva.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo geral: investigar as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social; e como objetivos específicos: analisar as condições e estilo de vida das famílias em situação de vulnerabilidade social e identificar os fatores que interferem na saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social.

A investigação das condições de vida e saúde de famílias em situação de vulnerabilidade social se reveste de importância ao dar visibilidade aos determinantes sociais da saúde. Essa reflexão poderá trazer contribuições para atuação no campo da saúde, de modo a favorecer a construção de medidas úteis e necessárias para a coletividade. Além disso, enfatizar o termo vulnerabilidade proporciona a renovação de práticas de saúde coletiva em nível transdisciplinar, pois utiliza-se da construção de diversos saberes e setores, como o social, a saúde, a educação e a

economia, ou seja, atravessando diferentes setores da sociedade, permitindo uma reflexão crítica nas mudanças políticas, culturais, sociais, tecnológicas e individuais, que impactam no adoecimento do sujeito e dos coletivos.

Assim, a partir dos objetivos e das questões norteadoras citadas acima, a atual dissertação se organiza em quatro capítulos: **Capítulo 1**, intitulado “Iniquidades em saúde e fatores de risco e proteção”, que traz aspectos acerca das iniquidades em saúde, vulnerabilidade social e fatores de risco e proteção à saúde das populações. **Capítulo 2**, denominado: Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que contempla uma contextualização do processo saúde-doença e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS); No **Capítulo 3**, discorre-se sobre os Procedimentos Metodológicos utilizados na pesquisa, mostrando como foi realizada a coleta e análise dos dados. No **Capítulo 4**, os Resultados e Discussão, que inicia com a apresentação das condições e estilo de vida da população pesquisada, abordando os dados socioeconômicos e a análise qualitativa; em seguida apresenta os fatores que impactam na saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social, incluindo as análises quantitativas do estudo. Por fim, é apresentado as **Considerações Finais**, que aponta sobre o contexto das condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social.

2 CAPÍTULO 1 - Iniquidades em saúde e fatores de risco e proteção

Sabe-se que a doença não se distribui da mesma forma para toda população e que nem todos os indivíduos possuem os mesmos riscos de adquirir uma determinada doença, isso se dá pela influência de diversos fatores. Alguns desses fatores diz respeito a características individuais (idade e sexo, por exemplo), mas também a aspectos das condições sociais de vida e de trabalho que determinados grupos estão inseridos.

No processo saúde-doença, há um enfoque para além do aspecto biológico, que contribui para uma compreensão mais abrangente das ações de saúde, incluindo os diversos fatores que implicam na vida dos sujeitos, inseridos em contextos específicos, que influenciam nos seus estados de saúde e no acesso aos direitos sociais (Laurell, 1982). A saúde é um direito social e sua não efetivação para determinados grupos sociais pode ser caracterizada como iniquidades em saúde, que incidem diretamente na questão da vulnerabilidade social (Buss & Filho, 2005).

Dessa forma, as iniquidades em saúde são desigualdades de saúde, que ocorrem devido às condições sociais em que os indivíduos e grupos estão inseridos, além disso, são injustas, inaceitáveis, podem ser evitadas e são marcantes na situação de saúde no Brasil. Um exemplo de iniquidade é a maior chance de uma criança morrer antes do primeiro ano de vida, pelo fato de ter nascido no Nordeste, diferentemente de uma outra criança que nasceu no Sudeste. (Batistella, 2007; Buss & Filho, 2005).

Segundo Adler e Stewart (2010), “iniquidades em saúde” é um termo frequente nos estudos dos últimos anos, dando ênfase as injustiças no estado de saúde, também está relacionado as “disparidades em saúde”, termo mais utilizado por esses autores. As disparidades em saúde se referem às diferenças no atendimento à saúde, nas formas de acesso e tratamento diferenciados e desiguais. Nos Estados Unidos, esse termo refere-se a diferenças nos cuidados de saúde ou diferentes estados de saúde entre grupos raciais e étnicos. Já na Europa, esse termo tem sido mais usado relacionado às diferenças de classes sociais e nível socioeconômico. Nesse sentido, observa-se que conceito de disparidades em saúde partilha de algo comum: diferenças no estado de saúde de acordo com os grupos sociais e o meio social que o indivíduo está inserido, seja ele por questões socioeconômicas, raciais/étnicas e/ou de gênero. Além disso, as disparidades em saúde são consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis (Adler & Stewart, 2010). Dessa maneira, disparidades em saúde e iniquidades em saúde compartilham do mesmo conceito, já que

segundo Carmo e Guizardi (2018), as iniquidades em saúde são desigualdades de saúde, que podem ser evitadas, além do mais, injustas e inaceitáveis.

De maneira global, a importância de promover mais equitativamente a saúde a diferentes populações, efetivada através das políticas sociais, aparece desde 1978 com a Declaração de Alma Ata, que afirma em seu artigo II e III, que o objeto comum de preocupação para todos os países é a grande desigualdade no estado de saúde da população, tornando fundamental a importância de promoção e proteção da saúde para um contínuo desenvolvimento econômico e social, melhor qualidade de vida e para a paz a mundial.

Devido a prevalência de profundas desigualdades nas condições de vida, a temática das desigualdades sociais em saúde ganha destaque durante o século XX, resultando em estudos consistentes que mensuram a relação das disparidades sociais no processo saúde-doença e na forma de acesso à saúde (Townsend & Davidson, 1982 citado por Barros, 2017). Além disso, dados mostram que as desigualdades vão além do segmento da linha de pobreza, mas também estão relacionadas a outras questões sociais, como habitação, trabalho, acesso a bons serviços de saúde e fatores associados a níveis de estresse. Analisar em conjunto os padrões raciais e os padrões socioeconômicos em saúde podem auxiliar na efetivação de políticas no combate das desigualdades em ambas as dimensões (Braveman, Cubbin, Egerter, Williams & Pamuk, 2010).

Nesse sentido, a equidade faz parte do objetivo de cobertura universal de saúde, abrangendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade e de forma continuada para toda população, incluindo a promoção de saúde e abordando os determinantes sociais da saúde (Tanahashi, 1978). Apesar das desigualdades sociais impactarem na saúde das pessoas, afetando a forma diferenciada de acesso e qualidade de serviços de acordo com as condições sociais e econômicas que o sujeito está inserido, as intervenções no setor saúde não são suficientes. Há necessidade de políticas e ações em diferentes âmbitos, por exemplo, no setor econômico, educacional, habitação, alimentação, social, para que possa melhorar os determinantes sociais da saúde. Dessa forma, compreende-se a importância da intersetorialidade, na qual o setor saúde atua em parceria com outros mecanismos sociais e econômicos, abordando os determinantes sociais e favorecendo na minimização das iniquidades em saúde (Andrade et. al, 2015).

A injustiça social, a desigualdade econômica e as disparidades sociais da saúde são realidade em muitos países da América Latina, reforçando políticas e ações para abordar essas questões. No Brasil, apesar de possuir um sistema universal de saúde (Geovanella et al, 2021)

garantida por lei e pela Constituição Federal para toda população, além disso, possuir o Programa Social de Transferência de Renda - Bolsa Família, o que favorece na redução na pobreza, contudo as disparidades sociais ainda são marcantes (Andrade, et. al, 2015).

Falar sobre desigualdades no contexto brasileiro é remeter às injustiças sociais, a pobreza, diferenças de renda, raça/etnia e diferenças regionais. A pobreza e condições precárias de vida refletem como desafio na forma de cuidado, tanto para os usuários, que vivem nessa situação e passam por um complexo sofrimento social, quanto para os profissionais de saúde, que são afetados por condições precárias de trabalho, com poucos mecanismos para lidar com tamanha desigualdade social e complexas questões de saúde (Pitombeira & Oliveira, 2020). Nesse sentido, as condições de saúde da população estão relacionadas às questões sociais, implicando nas formas de vida e refletindo quais as medidas que o Estado apresenta, ou não, para o combate dessa situação. As desigualdades sociais tornam-se fundamentais como ponto de partida para a compreensão da sociedade, da vida humana, da qualidade de vida e dos processos de saúde e doença (Oliveira & Santos, 2013 citado por Pitombeira & Oliveira, 2020).

Segundo Batistella (2007), para combater as iniquidades em saúde, é importante conhecer as condições de vida e trabalho dos diversos grupos inseridos na sociedade e estabelecer relações entre essas condições com os macrodeterminantes da sociedade e os determinantes mais específicos à vida dos sujeitos que compõem esses grupos. Além disso, deve-se definir, implementar e avaliar programas e políticas que atuam diretamente nesses determinantes, a exemplo da Estratégia da Saúde da Família que é uma importante estratégia para consolidação, expansão e qualificação da APS com oferta de intervenções de prevenção e promoção de saúde a indivíduos e comunidades (Brasil, 2017). Assim, no âmbito das políticas públicas de saúde, pode-se citar algumas políticas que abarcam um cuidado e um olhar específico para as necessidades de determinadas populações, compreendendo seus determinantes e condições particulares, como é o caso da: Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011; Política Nacional da Saúde do Idoso regulamentada através da Portaria nº 1.395/GM em 1999; Política Nacional para a População em Situação de Rua instituída pelo Decreto Nº 7.053 em 2009; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas aprovada pela Portaria nº 354, de 31 de janeiro de 2002; Política Nacional de Saúde Integral LGBT, dentre outras.

A nível de sociedade, deve-se também conscientizar a população dos problemas e consequências que as iniquidades em saúde ocasionam não só para os que estão em vulnerabilidade, mas a toda sociedade, buscando assim, conseguir o apoio político necessário para a efetivação de intervenções, serviços e programas de saúde, a qual todos devem ter acesso. Nessa perspectiva, a equidade em saúde, princípio que norteia as políticas públicas de saúde no Brasil, reconhece as diferentes condições de vida e as necessidades de cada sujeito (Batistella, 2007).

Com relação aos determinantes sociais da saúde, esses podem estar associados aos fatores de risco ou fatores de proteção associados à vulnerabilidade social. O estudo desses fatores deve ser feito de maneira contextualizada com a história do indivíduo e do coletivo, e através da sua análise é possível compreender diferentes aspectos que constroem a realidade de um grupo social. Segundo Filho e Guzzo (2006), cada grupo social define suas relações de trabalhos, suas crenças e culturas, dessa maneira, os fatores de risco constituem elementos específicos, pois o que para um indivíduo pode ser considerado risco, para outro pode não ser.

Para a epidemiologia, que tem como finalidade caracterizar o processo saúde-doença, os fatores de risco podem ser definidos como aspectos que determinam o agravamento ou aparecimento de um processo patológico de uma pessoa ou coletivo (Pereira, 2016), enquanto os fatores de proteção são entendidos como aspectos individuais ou sociais que minimizam ou neutralizam o impacto do risco (Sapienza & Pedromônico, 2005).

A Epidemiologia de risco contribui para identificar as relações de causas e efeitos dos processos saúde-doença, favorecendo reflexões acerca das práticas de saúde coletiva (Pedrosa & Campos, 2006). Segundo Pereira (2016), esse modelo de estudo tem como objetivo informar a situação de saúde da população, investigar os fatores que influenciam a saúde e avaliar as consequências das ações propostas para mudar a situação atual, para isso a Epidemiologia utiliza-se de métodos de investigação de risco, que fornecem dados com relação a exposição de determinada situação e o aparecimento da doença.

Além disso, os fatores de risco e proteção não são aspectos universais que se colocam no cotidiano dos indivíduos, muito menos são compreendidos como estáticos, pois a sua análise deve ser crítica e resultante de uma investigação complexa do contexto social dos sujeitos e da forma como esses se relacionam com o mundo. É nesse sentido que a pobreza e desestruturação familiar nem sempre são consideradas como fatores de risco, propriamente ditos, mas sim a

sociedade capitalista, que provoca a separação de grupos. É certo que a situação financeira e os relacionamentos familiares podem influenciar para o surgimento de dificuldades, mas, para esses autores, as adversidades podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades dos indivíduos e coletivos sociais, ou seja, o surgimento e potencialização de fatores de proteção (Filho & Guzzo, 2006).

O estudo realizado acerca dos fatores de risco e proteção também revela uma concepção a fundo do indivíduo e da sociedade em que esse está inserido. Da mesma maneira que os fatores de risco e proteção são indissociáveis, assim são o indivíduo e sociedade. Além disso, esses fatores devem levar em consideração o contexto social, reconhecendo as vivências, descobertas e modificações que os indivíduos produzem (Filho & Guzzo, 2006).

Nesse sentido, através da construção de conhecimentos acerca dos determinantes sociais da saúde presentes na vida do indivíduo, é possível adotar medidas na formulação e adequação das políticas de saúde, estimulando ações de promoção de saúde, essa que devem ser feitas baseadas no perfil específico da comunidade ou grupo, agindo em sentido amplo, e atuando no melhoramento do potencial da saúde em níveis sociais (Godoy, 1999 citado em Alves, 2011).

3 CAPÍTULO 2 - Determinação Social do Processo Saúde-Doença

O processo de saúde-doença se dá através da relação do indivíduo com a natureza e das suas relações sociais de produção e do trabalho. Dessa forma, o processo saúde-doença possui caráter social e biológico, e seu estudo possibilita a compreensão das condições de saúde de uma população, que se relaciona com as condições sociais, a história social do indivíduo e as condições presentes em sua vida, que irão influenciar diretamente na sua biologia e na sua forma de adoecer. (Laurell, 1982).

No entanto, apesar da importância que os fatores sociais têm hoje no âmbito da saúde-doença, isso nem sempre foi assim e seu processo de estudo e construção foi surgindo ao longo da história. Segundo Buss e Filho (2007), no processo do conhecimento e prática sobre saúde-doença, sempre houve um conflito entre saúde pública e medicina e outros enfoques biológicos e sociais. Até meados do século XIX, os problemas de saúde eram relacionados à teoria miasmática, que defendia a origem da doença a partir de odores de fétidos provenientes dos pântanos, poças d'água estagnada, decomposição de cadáveres. Nessa época, entrava em pauta ações para saúde pública, trabalhando questões como a contaminação da água e dos alimentos. Já no final do século XIX, uma nova teoria surge, uma visão voltada para microbiologia e teoria dos germes, desenvolvida por Louis Pasteur, que em suas pesquisas epidemiológicas associava a doença a um forte componente laboratorial, o agente etiológico, ou seja, bactérias, vírus e protozoários (Pereira, 2016).

Por outro lado, um importante cientista, Virchow, era adepto a questões sociais e econômicas interferirem diretamente no processo da saúde (Rosen, 1980 citado em Buss & Filho, 2007). Além de Virchow, outros importantes epidemiologistas do final do século XIX apontavam associação entre condições sociais e econômicas com a saúde, a exemplo de Pierre Louis, que fez o uso da estatística para estudos clínicos e patológicos de doenças como tuberculose e febre tifóide; Louis Villermé, pioneiro nos estudos sobre a etiologia social das doenças, investigou a pobreza e condições de trabalho e socioeconômicas e sua relação com a mortalidade; e John Snow, que contribuiu com seus trabalhos de campo voltados para a epidemia de cólera em Londres, e é considerado um clássico da “epidemiologia do campo”, que se refere ao planejamento e coleta de dados na comunidade (Pereira, 2016).

No século XX, na América Latina destaca-se a teoria da Determinação Social do processo de saúde e doença, que ganha visibilidade de diversas tradições acadêmicas, como, a medicina

social latino-americana, a saúde coletiva no Brasil e o movimento de promoção à saúde no Canadá. Essas disciplinas afirmam que os fatores socioeconômicos (renda, emprego) e os ambientes de convivência e trabalho podem influenciar de maneira positiva ou negativa a saúde do indivíduo e/ou população. A cultura e os valores também exercem influência nas possibilidades de saúde, ampliando-as ou diminuindo-as, pois refere-se a forma como dada população concebe o que é saúde, a forma como exerce a cidadania e a maneira como lida com as diferenças de gêneros, de etnias e as diferenças econômicas (Campos, 2014).

A teoria da Determinação Social do processo de saúde e doença discute a relação saúde-doença com a coletividade e o caráter histórico-social, para além de dados epidemiológicos individuais, enfatizando a relação entre o biológico e social (Laurell, 1982). Para a comprovação prática da teoria, Laurell (1982) define três pontos importantes: O primeiro é a demonstração que a doença possui caráter histórico e social, através de estudos que se detenham na coletividade humana e nos perfis patológicos, ou seja, o tipo e a frequência de uma determinada patologia em um grupo específico, em um dado momento histórico. O segundo ponto é a definição do objeto de estudo, para que haja aprofundamento no conhecimento e um estudo sistemático de uma dada população, ou seja, aprofundando nas construções sociais e nos aspectos históricos que determinada população está inserida. O último ponto diz respeito à determinação, porque através do estudo do processo social da saúde-doença são evocados outros aspectos, remetendo-se a um sentido de causalidade, como o biológico. Nesse sentido, o modo como o homem se relaciona com o ambiente em um dado momento, através das relações de trabalho e sociais, determina o processo saúde-doença, este último que pode ser analisado de maneira social e biológica.

Assim, ao longo da história é possível perceber diferentes perspectivas para a saúde, mas, muitas vezes, a visão médico-biológico estava em maior abrangência. Porém, durante o século XX, percebe-se uma tensão entre as duas visões, de um lado biológica e do outro, fatores sociais e ambientais. Tal tensão é favorecida pela própria OMS, que aborda outras questões no processo saúde-doença, evoluindo de um conceito unicausal, do ponto de vista biomédico, para um conceito multicausal, que considera a influência do contexto em que o indivíduo está inserido. Assim, em 1948, definiu o conceito de saúde de maneira ampla e abrangente, da qual considera a saúde “como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (Buss & Filho, 2007, p. 80).

No contexto do pós-guerra, no final da década de 1970, a OMS buscou integrar os cuidados da atenção médica às causas da doença, culminando no aparecimento do tema Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que se refere às condições de vida dos grupos sociais, que se relacionam com o estado de saúde. A diferença entre a teoria da Determinação Social e os DSS, é que a primeira diz respeito a um aspecto mais amplo, de um contexto social e histórico do processo saúde-doença, sustentando o conceito dos DSS, que é mais específico e privilegia a identificação de variáveis para a mensuração e compreensão descritiva do contexto de saúde (Rocha & David, 2015).

Em 2006, foi criada a Comissão sobre Determinante Sociais e da Saúde (CNDSS) no Brasil, inspirada na Comissão existente na OMS, com o intuito de promover a discussão sobre os determinantes sociais com relação a saúde dos sujeitos, como também, combater a iniquidade da saúde ocasionada por esses determinantes, o que favorece a uma discussão no âmbito das políticas públicas. De acordo com a CNDSS, “os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss & Filho, 2007, p. 78).

De acordo com esses mesmos autores, os estudos a respeito dos Determinantes Sociais da Saúde ainda enfrentam dois desafios. O primeiro, e mais importante, diz respeito às mediações entre os fatores sociais, econômicos, políticos e a saúde da população e indivíduo, pois a relação entre os dois não é direta de causa-efeito. O segundo está relacionado a conceitos e metodologias, pois os determinantes sociais dos indivíduos não podem ser somados, de forma simplória, e obter os determinantes para um grupo ou população, já que os fatores podem ser de âmbitos diferentes. Por exemplo, enquanto para os determinantes da saúde para um indivíduo pode estar relacionado ao estilo de vida (comportamental, fumar, beber, prática de exercícios físicos), os determinantes do grupo podem estar voltados para fatores econômicos, como a distribuição de renda.

Segundo Buss e Filho (2007), existem alguns modelos para explicar os determinantes sociais da saúde, o modelo de Dahlgreen e Whitehead, que inclui os DSS em diferentes camadas, abrangendo diversas características, desde um nível mais individual até situações que concentram os macrodeterminantes; já o modelo de Didericksen e Hallqvist, que confere a cada indivíduo uma posição social como resultado de questões sociais (trabalho, educação), essa posição reflete nas diferentes formas de exposição a fatores de risco a saúde. No Brasil, a CNDSS escolheu o

modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) para representar a determinação social da saúde, seu esquema está representado na figura abaixo.



Figura 1. Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead
Fonte: Mendes (2011, p. 248)

Nesse modelo, os indivíduos e suas características pessoais (idade, sexo e fatores hereditários) encontram-se no centro. Acima deles (camada 1), estão os comportamentos e estilos de vida (uso de álcool e drogas, alimentação adequada, prática de exercício físico, entre outros), caracterizados como determinantes proximais, fazendo uma correlação com condicionantes individuais e sociais da saúde, uma vez que os estilos de vida dependem do meio em que as pessoas estão inseridas. Na camada 2, estão as redes sociais e comunitárias, em que são expressos o nível de coesão ou capital social, que se dá através das relações entre os grupos e formação de redes de apoio. Já a camada 3 está representada pelas condições de vida e de trabalho, denominada de determinantes intermediários, e relacionada ao acesso de trabalho, educação, saúde, saneamento, indicando níveis de vulnerabilidade e exposição de riscos à saúde dos sujeitos. Por fim, a camada 4, que situa os macrodeterminantes, envolvendo fatores de ordem econômica, cultural e ambiental da sociedade e influenciam as demais camadas (Mendes, 2011).

De acordo com Mendes (2011), esse modelo favorece a construção de políticas públicas, de acordo com os diferentes níveis de determinantes, na qual é possível desenvolver várias

opções de intervenções. Na camada 4, devem ser desenvolvidas macropolíticas, que combatam as iniquidades, reduzam a pobreza e as desigualdades. No que se refere à camada 3, as políticas devem ser voltadas para planos intersetoriais, em que se promovam melhorias nas condições de vida e trabalho e favoreçam o acesso a condições básicas, ou seja, intervenções que promovem a equidade. Já na camada 2 estão voltadas às políticas que envolvem a acumulação de capital social, como a implementação de sistemas de seguridade social inclusivo, a participação social no processo democrático e ações que promovam as interações sociais das comunidades. E por fim, na camada 1, as políticas voltadas para APS, atuando através da educação em saúde. Além disso, são desenvolvidas para grupos pequenos, de mudanças de comportamentos não saudáveis (tabagismo, uso de álcool, obesidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros).

A saúde e a doença são influenciadas por diferentes fatores, não restringindo apenas a questões físicas e biológicas, mas envolvendo aspectos sociais, econômicos, relacionados ao acesso a serviços básicos, como saúde, educação e trabalho. Esses fatores permitem, também, uma reflexão acerca da responsabilidade pelas questões da saúde, que é do interesse de todos, desde uma escolha individual (estilo de vida) até as autoridades (sistema de saúde).

Com relação a estudos voltadas para essa temática e em consonância com a temática deste trabalho, uma pesquisa realizada sobre o impacto dos DSS na vida saudável de pessoas que vivem em uma comunidade vulnerável (Dalcin et al., 2016) constatou que os macrodeterminantes sociais impactam na saúde destas, assim como a posição social que as famílias e comunidades estão, ou seja, aspectos como o trabalho, emprego, níveis de renda e acesso a serviços de saúde irão refletir nas diversas formas de viver, nas condições de vida e saúde dessa população. Dessa maneira, vulnerabilidades socioeconômicas, culturais e ambientais estão relacionadas com DSS e para o enfrentamento dessa situação são necessárias estratégias e intervenções que potencializam o viver saudável. Um outro estudo realizado com publicações acerca dos DSS aqui no Brasil (Carrapato, Correia & Garcia, 2017), constataram que as pesquisas neste âmbito consideram os determinantes sociais da saúde os grandes responsáveis pelas iniquidades de acesso e cuidado em saúde no país. A equidade na saúde é um foco e um objetivo global, que motiva as ações e políticas para o combate das desigualdades sociais no âmbito da saúde e tendo como embasamento a compreensão dos DSS. Dessa forma, é possível observar como essa temática é atual e necessária para o âmbito das políticas públicas de saúde e para a saúde coletiva.

4 CAPÍTULO 3 - Procedimentos Metodológicos

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. O estudo transversal é um estudo epidemiológico, caracterizado pela observação direta da população em um determinado momento. Nesse modelo de pesquisa, a causa e efeito são identificados simultaneamente. Além disso, é do tipo observacional, que se refere a pesquisas que acontecem de maneira natural, na qual o pesquisador não cria a situação, apenas observa os grupos e compara suas características (Pereira, 2016).

4.2 Participantes e local da pesquisa

A população do estudo foi de 309 famílias cadastradas e acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Distrito de Galante – PB, que fazem parte do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). O PAIF consiste em um programa de trabalho social com as famílias, com objetivo de fortalecer, proteger e prevenir a ruptura de vínculos, além de promover e garantir os direitos para uma melhor qualidade de vida.

A amostra foi constituída por 168 famílias, calculada com base na seguinte fórmula:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

Onde:

n = número de indivíduo da amostra

$Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

σ = Desvio-padrão populacional da variável estudada.

E = Margem de erro ou ERRO MÁXIMO DE ESTIMATIVA.

Foram incluídas no estudo famílias com renda per capita média de até R\$630,03 (A estratificação de renda corresponde a razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. E

representa o indicador do município de Campina Grande na PNUD 2010), com no mínimo três meses de acompanhamento no CRAS. Foram excluídas as famílias com no mínimo três meses de acompanhamento que não foram visitadas em domicílio pela equipe técnica do CRAS.

4.3 Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário com questões fechadas e uma questão aberta, elaboradas em conformidade com os objetivos do estudo. O formulário é constituído por variáveis demográficas para caracterização da família e variáveis elencadas com base no Modelo de Determinação Social de Dahlgren e Whitehead, que é dividido em camadas abrangendo características tanto do nível individual quanto social, que se relacionam a questão da saúde (Apêndice A).

As variáveis demográficas para caracterização do entrevistado serão: Idade, Sexo, Escolaridade e número de membros na família, renda familiar e, as relacionadas aos DSS serão agrupadas de acordo com as camadas do modelo de Dahlgren e Whitehead:

1. Camada 1 – variáveis que corresponde ao estilo de vida (alimentação adequada, uso de medicamentos controlados, uso de álcool e drogas);
2. Camada 2 – as que se referem as redes sociais e comunitárias (redes de apoio de familiares e amigos; crenças religiosas, lazer e convívio social);
3. Camada 3 - as variáveis relacionadas às condições de vida e trabalho (moradia, trabalho, educação, lazer, acesso a serviços públicos).

O instrumento não abordou questões da camada 4, que correspondem às condições socioeconômicos, culturais e ambientais em gerais, ou seja, os macrodeterminantes, devido à complexidade de coletar tais informações de uma maneira individual, mesmo sabendo que esses influenciam na situação de vulnerabilidade social a qual as famílias estão inseridas.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados através do preenchimento do formulário, realizado pela própria pesquisadora, com base nos dados disponíveis nos prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento das famílias acompanhadas pelo CRAS, elaborados pelos profissionais da Instituição. Os relatórios foram inseridos para complementação dos dados que não estavam

disponíveis nos prontuários. Os prontuários e, conseqüentemente, os relatórios, foram selecionados de maneira aleatória, considerando os critérios de inclusão das famílias no estudo.

Cabe mencionar que inicialmente, a proposta de coleta de dados se daria através de entrevista presencial para aplicação do questionário com o participante identificado como responsável pela família, desde que fosse maior de 18 anos de idade e fizesse parte do núcleo familiar, ou seja, residisse no mesmo domicílio. Para isso, seriam realizadas visitas domiciliares ou atendimentos presenciais no CRAS.

No entanto, o estado de pandemia da COVID-19, desde meados de março de 2020, impossibilitou a realização da coleta de dados mediante a utilização de entrevistas presenciais, em função das orientações da OMS sobre a necessidade de distanciamento social e evitar contato físico com as pessoas para prevenção da COVID-19. Diante deste contexto, tornou-se necessário uma mudança no instrumento (de questionário para formulário) e nos procedimentos de coleta, para utilização de prontuários e os relatórios de cadastro e acompanhamento da família como fontes dos dados para cumprimento do prazo de apresentação da Dissertação de Mestrado. Dessa maneira, o projeto de pesquisa precisou ser submetido novamente ao Comitê de Ética, como “projeto emenda” apresentando as alterações e justificativas

A opção para coleta de dados nos prontuários e nos relatórios de cadastro e acompanhamento da família pelo CRAS apresentou-se com maior viabilidade para operacionalização do estudo, ao invés da coleta através de entrevistas por telefone ou outra ferramenta digital, pois muitas das famílias em vulnerabilidade social não tem acesso a esse tipo de tecnologia, o que poderia acarretar um viés de aferição, ao ser incluídas apenas àquelas famílias com acesso inclusão digital.

4.5 Análise de Dados

Os dados coletados através do preenchimento do formulário foram organizados em um banco de dados e foi realizada a análise estatística utilizando o Programa *IBM SPSS Statistics* para o cálculo de medida de associação de risco: Risco Relativo (RR) ou Razão de Prevalência, que “é uma medida muito usada para expressar a força de associação entre dois eventos” (Pereira, 2016, p. 408).

Para a realização da análise, a variável renda familiar foi classificada em duas categorias, para divisão da amostra em dois grupos em relação à vulnerabilidade social, utilizando como critério o valor da renda definida como linha de pobreza extrema que equivale a R\$ 387,07 (IBGE, 2017) para cálculo do Risco Relativo ou Razão de Prevalência dos DSS nos dois grupos, ou seja, prevalência entre expostos e não exposto $[(a/a+b) / (c/c+d)]$. Nesse sentido, o risco relativo ou razão de prevalência demonstra quantas vezes um risco é maior em um grupo com relação a outro: RR maior que 1 está associado a fator de risco; quando é menor que 1 está relacionado a fator de proteção; e, por fim, quando for igual a 1 não há associação (Pereira, 2016).

No presente trabalho, considera-se exposição ou não a alguns aspectos dos determinantes sociais saúde que possam estar relacionados à vulnerabilidade social, por esta última, entende-se que são questões relacionadas as precariedades tanto a nível social, quanto individual, que aumentam a probabilidade dos indivíduos e grupos a um adoecimento e agravamento de saúde, ou seja, está diretamente associada ao processo saúde-doença.

Dessa maneira, para a realização da análise dos fatores que influenciam na vida das famílias em situação de vulnerabilidade social, foi utilizado o Teste Qui-quadrado para buscar a associação entre as variáveis referentes aos DSS (insegurança alimentar, uso de drogas, participação em grupos sociais, acesso a lazer, condição da residência, situação da escolaridade familiar e o contexto do trabalho) e renda familiar. Em seguida as variáveis com $p < 0,20$ na análise Qui-quadrado foi submetida à Regressão de Poisson, modelo bruto e ajustado com significância estatística de 95%. foi usada para prever uma variável dependente e fornecer o valor da Razão de Prevalência (Exp(B)).

Para análise da variável “Condição saúde”, que possui um caráter qualitativo, foi utilizado o conceito de Mendes (2011) sobre condição de saúde para sua categorização. Esse conceito divide a condição de saúde em duas classes: 1- condição aguda, que em geral, apresenta uma causa simples, com tratamento específico e curto tempo de duração; e 2- condição crônica, que apresenta um maior tempo de duração, é mais complexa e exige cuidados multiprofissional e autocuidado, em que há influência de diversos fatores (hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos). Além disso, as condições crônicas envolvem doenças infecciosas persistentes, como o HIV/aids, condições ligadas à maternidade,

à manutenção do ciclo de vida, distúrbios mentais, deficiências físicas e metabólicas e doenças bucais.

Nesse sentido, os resultados foram agrupados em uma única categoria: Condição Crônica, envolvendo os aspectos citados acima, além de condições congênitas, que envolvem aspectos identificados desde o nascimento e são consideradas crônicas. Não foi possível identificar nos prontuários e relatórios das famílias acompanhadas pelo CRAS condições agudas de saúde.

Com relação a variável participação em grupos sociais e comunitários, que também possui um aspecto qualitativo, foi utilizado o critério de, pelo menos, um membro da família estar inserido em algum grupo do CRAS, participar de atividades religiosas e/ou fazer parte de algum grupo da comunidade/bairro que reside, como associação de moradores. Os resultados foram agrupados em duas categorias: 1- grupos do CRAS; e 2- grupos religiosos, não sendo possível identificar a participação em outros tipos de grupos.

Por fim, os dados qualitativos referentes aos motivos do acompanhamento e/ou como a família havia chegado até o CRAS coletados nos prontuários e/ou relatórios foi submetido a análise de conteúdo temática (Bardin, 2016), que resultou nas seguintes categorias: a primeira apresenta os encaminhamentos realizados para o CRAS e tipos de demanda; a segunda refere-se a aspectos correspondente à renda e benefícios; a terceira diz respeito aos aspectos intrafamiliares, envolvendo questões como a violência doméstica, trabalho infantil e abuso sexual infantil; e, por último, a quarta categoria que refere-se a intersectorialidade, ou seja, quando há um trabalho desenvolvido por diferentes setores públicos para determinando usuário e/ou família, na amostra, foi possível identificar famílias acompanhadas pelo Centro de Referência de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Conselho Tutelar.

5 CAPÍTULO 4 - Resultados

Para melhor compreensão dos resultados, esta seção está dividida em três partes. As duas primeiras têm como base as perguntas norteadoras do estudo: Quais as condições sociais das famílias em situação de vulnerabilidade social? E quais os determinantes sociais da saúde impactam na saúde individual ou coletiva de famílias em vulnerabilidade social?

A primeira parte contemplará os aspectos referentes às condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social, incluindo aqui os dados sociodemográficos do membro responsável pela família e condições de saúde. Na segunda, apresentará os fatores que impactam a saúde individual e coletiva das famílias em vulnerabilidade social. Por fim, a terceira parte contemplará uma discussão dos resultados.

5.1. Condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social

As famílias em situação de vulnerabilidade social têm como responsável familiar, indivíduos com idade mediana de 35 anos (idade mínima 18 e, máxima de 83 anos), 91,07% (153) do sexo feminino; 55,36% (93) não concluiu o ensino fundamental e apenas uma pequena parcela cursou ou está cursando o ensino médio técnico (2,38%; 04) e não foi identificado nenhum indivíduo em nível superior (Figuras 2 e 3, respectivamente).

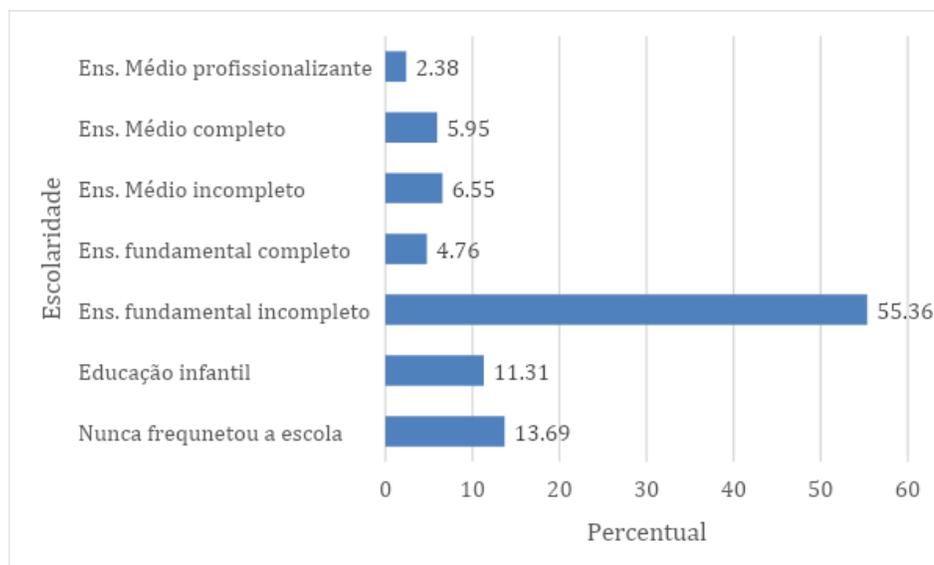


Figura 2. Distribuição do membro familiar responsável segundo nível de escolaridade em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020

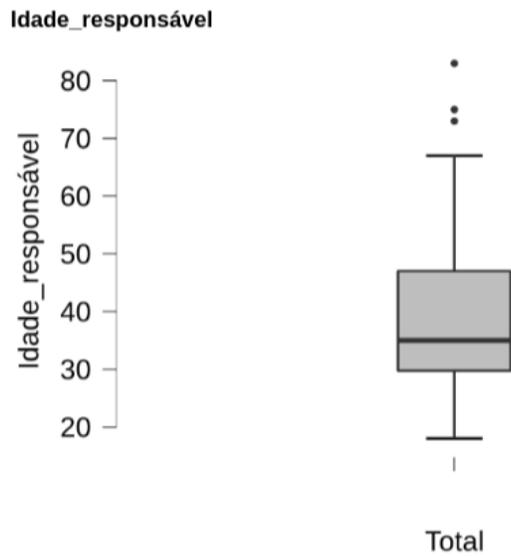


Figura 3. Distribuição da idade do membro familiar responsável em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020

A respeito do número de membros da família (Figura 4), considerando aqueles que residem na mesma moradia, foi verificada média de 4,5 pessoas por família (DP=1,98, variando de um único membro a 12 membros por família).

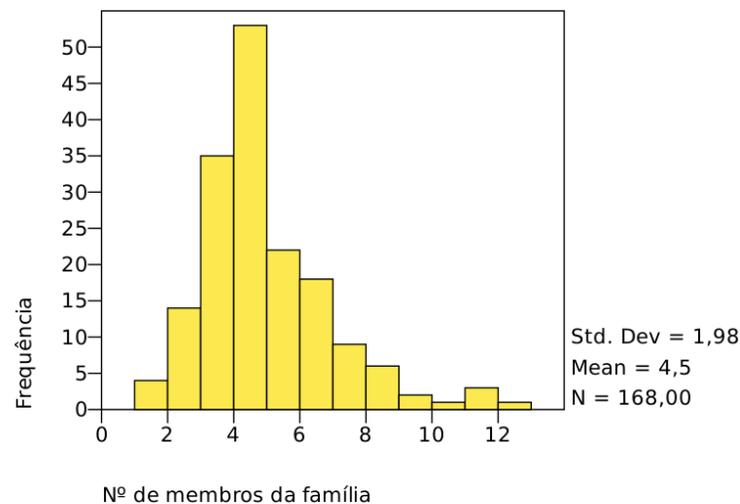


Figura 4. Número de membros por família acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020.

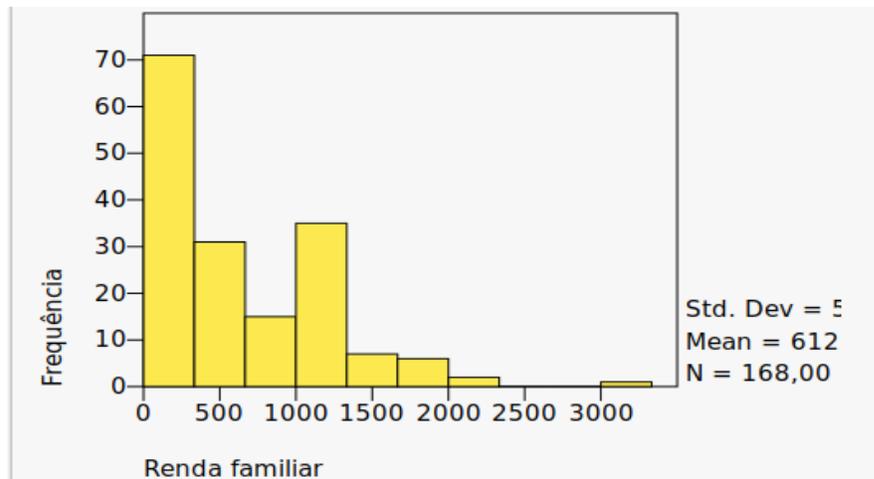


Figura 5. Distribuição da renda familiar das famílias acompanhadas pelo CRAS, em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020

Com relação a renda familiar, foi observado média 612,20 (DP=567,10, variando de 0,00 a 3135,00). Entre as 168 famílias, 14,88% (25) não possui nenhuma fonte de renda; 11,35% (19) possui um salário-mínimo e, apenas, 0,6% (01) possui mais de três mil reais como renda mensal familiar, fruto de pensão e do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que é um benefício da assistência social no Brasil, da qual consiste em uma renda de um salário mínimo para idosos e deficientes, que não conseguem se manter e não possam ser mantidos por suas famílias.

No que se refere aos aspectos das condições de saúde, foi possível identificar que 20,83% (35) famílias possuem pelo menos um membro com alguma condição de saúde e 25% (42) faz algum tipo de uso de medicamento controlado.

Entre as condições de saúde (Tabela 1), todas se enquadram na condição crônica, e não foi possível identificar condições agudas e os transtornos mentais, foi condição mais evidente (48,57%); e algumas condições que estão presentes desde o nascimento, as classificadas como condições crônicas congênitas, totalizando 17,14%: a Síndrome de Down (5,71%), Hidrocefalia (5,71%), Microcefalia (2,86%) e a cardiopatia infantil (2,86).

Tabela 1

Principais condições de saúde referidas pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020

Condições de saúde (Condição Crônica)	Frequência	%
Transtorno Mental	17	48,57
Doença renal	2	5,71
Deficiência física	2	5,71
Síndrome de Down	2	5,71
Microcefalia	2	5,71
Hidrocefalia	1	2,86
Cardiopatía infantil	1	2,86
HIV/ aids	1	2,86
Escoliose torácica	1	2,86
Surdez profunda	1	2,86
Epilepsia	1	2,86%
Tetralogia	1	2,86%
Paralisia cerebral	1	2,86%
Deficiência visual	1	2,86%
Osteoartrite	1	2,86%
Total	35	100%

Na Tabela 2 observa que 61% da participação de membros familiares em grupos sociais e comunitários estão inseridos em atividades grupais realizadas pelo próprio CRAS, no grupo mais expressivo o Serviço de Convivência oferecido para crianças e adolescentes (35%), seguido da participação no Grupo de Mulheres (24%) e o Grupo de Idosos (2%). Foi observado também participação em grupos religiosos (39%).

Tabela 2

Participação em grupos sociais e comunitários referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020

Participação em Grupos sociais e comunitários	Tipos	Frequência	%
Grupos do CRAS (n=61)	Grupos de convivência crianças e adolescentes	35	35%
	Grupo de Mulheres	24	24%
	Grupo de Idosos	2	2%
Grupos Religiosos (n=39)		39	39%
Total		100	100%

Na Tabela 3, é possível compreender os motivos do acompanhamento e/ou como a família havia chegado até o CRAS. Fica nítido que para as famílias em situação de vulnerabilidade social a busca por encaminhamentos e demandas constitui o principal motivo para procura do CRAS.

Tabela 3

Distribuição dos motivos (n e %) referida pelas famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020

Motivos explicitados	Frequência	%
Encaminhamentos / Demandas (n= 62)		
• Demanda espontânea	38	22,62
• Encaminhado pela saúde	17	10,12
• Demanda de atendimento psicológico	6	3,57
• Encaminhado por outra Política de A. Social	1	0,59
Aspectos da renda (n= 52)		
• Sobrevive de ajuda de pessoas	34	20,24
• Única renda é PBF	8	4,76
• Única renda BPC	5	2,98
• Renda é fruto do BPC e PBF	2	1,19
• Possui Aluguel Social	2	1,19
• Renda é fruto do BPC e pensão	1	0,59
Aspectos intrafamiliares (n= 31)		
• Violência doméstica	10	5,96
• Trabalho infantil	9	5,36
• Gravidez na adolescência	6	3,58
• Abuso sexual infantil	3	1,79
• Membro em reclusão máxima	1	0,59
• Mãe solo	1	0,59
• Pai solo	1	0,59
Intersetorialidade (n= 23)		
• Acompanhado pelo Conselho Tutelar	16	9,52
• Um membro é acompanhado pelo CAPS	7	4,17
Total	168	100

Foi observado que 36,9% das famílias se enquadraram em algum tipo de encaminhamento e demanda, 22,62% procuraram o CRAS espontaneamente, isso ocorre, porque, muitas vezes, algum membro da família procura para tirar dúvidas acerca de algum benefício e direito, como também, pelo interesse na participação dos grupos existentes no CRAS, que fornece atividades

para crianças, adolescentes, mulheres e idosos, como relatado acima. Além disso, outro fator observado foi a quantidade de encaminhamentos realizados pela área da saúde (10,12%), que demonstra um trabalho em conjunto e conexão da rede de serviços públicos ofertados para essa população.

Acerca dos aspectos da renda (Tabela 3), 30,95% (n=52) da população estudada se enquadra nessa categoria temática. Verifica-se que 20,24% das famílias não possuem nenhum tipo de renda e sobrevivem de ajuda de outras pessoas (amigos, familiares distantes, vizinhos e conhecidos); e 4,76% possuem como única renda o benefício do Programa Bolsa Família.

Os aspectos intrafamiliares correspondem a 18,46% do total da amostra, fica evidente a situação de violência doméstica (5,96%; 10) e a situação do trabalho infantil (5,36%).

E, a última categoria, intersetorialidade, representando 13,69% (n=23) da amostra, é dividida em dois tipos de acompanhamentos que são realizados com as famílias, além do acompanhamento do CRAS, sendo eles: o Conselho Tutelar (9,52%), que se deve às situações de conflito familiar e negligência com os cuidados de crianças e adolescentes; e o acompanhamento realizado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a pelo menos um membro da família (4,17%), que atuam com uma gama de intervenções com foco no cuidado na área da saúde mental.

5.2 Fatores que impactam a saúde individual e coletiva das famílias em vulnerabilidade social

Na análise bivariada dos determinantes que atuam como fatores de risco na saúde da família em situação de vulnerabilidade social (Tabela 4), foi possível constatar que as variáveis insegurança alimentar e trabalho informal/sem remuneração apresentam maior prevalência em famílias com renda até 387,07 reais. Foi observada associação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis insegurança alimentar e o trabalho para famílias com renda familiar menor ou igual a 387,07. O uso de álcool e outras drogas; a participação de pelo menos um membro da família em grupos sociais e comunitários; acesso a atividades de lazer associaram significativamente a renda maior que 387,07 reais. As variáveis: condição da residência (própria, alugada ou cedida); localização da residência (zona rural ou urbana) e a situação de escolaridade familiar, não apresentaram associação significativa com o critério da renda.

Tabela 4

Análise bivariada entre as variáveis relacionadas aos Determinantes sociais da saúde e situação da renda das famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas pelo CRAS em um Distrito Rural de Campina Grande, 2020

Variáveis	Renda		p
	≤ 387,07	>387,07	
	n (%)	n (%)	
Insegurança alimentar (n= 168)			
Sim	81 (62,30)	49 (37,69)	0,001
Não	-	38 (100)	
Uso de álcool e outras drogas (n=107)			
Sim	38 (40,42)	56 (59,57)	0,013
Não	10 (76,9)	3 (23,1)	
Participação de pelo menos um membro da família em grupos sociais (n=168)			
Sim	41 (41)	59 (59)	0,023
Não	40 (58,8)	28 (41,2)	
Acesso a Lazer (n=115)			
Sim	33 (40,7)	48 (59,3)	0,001
Não	26 (76,5)	8 (23,5)	
Condições da residência (n= 168)			
Própria	41 (44,6)	51 (55,4)	0,095
Alugada	27 (46,6)	31 (53,4)	
Cedida	13 (72,2)	5 (27,8)	
Local de residência (n=168)			
Zona Rural	19 (54,3)	16 (45,7)	0,419
Zona Urbana (sede do Distrito)	62 (46,6)	71 (53,4)	
Situação escolaridade familiar (n=168)			
Todos Alfabetizados	18 (47,4%)	20 (52,6%)	0,143
Algum membro não concluiu ed. Básica	63 (50,0%)	63 (50,0%)	
Algum membro cursou ou está cursando e. Técnico	-	04 (100,0%)	
Trabalho (n=168)			
Trabalho Formal	-	16 (100%)	0,001
Trabalho Informal / Sem remuneração	81 (53,3%)	71 (46,7%)	

Fonte: CRAS, 2020.

Após a análise bivariada, foi realizada a regressão de Poisson (Tabela 5) para prever a Razão de Prevalência (RP), ou seja, identificar possíveis fatores de risco ($RP > 1$) ou fatores de proteção ($RP < 1$) entre os determinantes sociais da saúde, que famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas pelo CRAS, estavam expostas. O modelo final de

regressão evidenciou que apenas três variáveis estão associadas à renda familiar e apresentaram valores de fatores de risco, sendo elas: insegurança alimentar, acesso a lazer e contexto do trabalho.

Tabela 5

Regressão de Poisson realizada nas variáveis insegurança alimentar, trabalho e acesso ao lazer das famílias em situação de vulnerabilidade social, acompanhadas pelo CRAS em um Distrito rural de Campina Grande, 2020

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	PR IC 95%)	p	PR (IC 95%)	p
Insegurança alimentar (n=168)		< 0,001		0,008
Sim	1		1	
Não	2,65 (1,74 - 4,05)		2,24 (1,24 - 4,05)	
Trabalho		0,006		0,395
Informal/Sem remuneração	1		1	
Formal	2,14 (1,24 - 3,65)		1,36 (0,67 - 2,75)	
Acesso a atividades de lazer		0,016		0,065
Não	1		1	
Sim	2,52 (1,19 - 5,32)		2,05 (0,98 - 4,39)	

Para famílias em situação de vulnerabilidade social, que se encontram na linha de extrema pobreza, na análise bruta observa-se associação significativa entre as variáveis estudada e a renda ($p < 0,05$), enquanto na análise ajustada, apenas a insegurança alimentar está associada a renda ($p = 0,008$; 2,24 (IC % 1,24 - 4,05). Apesar no modelo final de Regressão Poisson, mostrar que as famílias em situação de vulnerabilidade social com renda menor ou igual a R\$387,07 apresentar aumento no risco em relação à insegurança alimentar, é importante destacar que no modelo bruto, é possível observar que o acesso ao lazer também aparece como fator de risco de 2,52 (IC 95%, 1,19 - 5,32), já que essa população apresenta alguma dificuldade de acesso a essas atividades. É

importante ressaltar, que essa categoria foi baseada no critério da participação de atividades e grupos do CRAS, posto que esses também possuem atividades de lazer. Por fim, a respeito do contexto do trabalho, se há trabalho formal ou não, apresentou-se como fator de risco de 2,14 (IC 95%, 1,24 - 3,65). Dessa forma, as famílias em situação de vulnerabilidade social, com renda menor ou igual a R\$387,07, possuem 65% de maior risco a ter complicações com relação à insegurança alimentar; apenas 14% a possibilidade de possuir um trabalho formal; e 52% de possibilidade de acesso à atividade de lazer.

5.3 Discussão

No processo saúde-doença, das mais diversas coletividades, os determinantes sociais de saúde são utilizados como explicação teórica para a compreensão das organizações e consequências desse processo (Dalcin et al., 2016). Assim, é importante ressaltar os fatores que impactam diretamente à saúde da população, observando determinantes individuais, como gênero, idade, estilo de vida; as condições de vida e trabalho, que abarcam os aspectos das condições ambientais, o trabalho, a segurança, habitação, transporte, lazer, cultura, etnias, gênero, fatores psicossociais e recursos imateriais; e as questões macrossociais, como a economia, cultura e ambiente (Souza, Panúncio-Pinto & Fiorati, 2019).

Neste âmbito, é importante também voltar para o conceito da palavra vulnerabilidade, essa que classifica a amostra deste estudo. Segundo Carmo e Guizardi (2018), o sujeito vulnerável para áreas da saúde e assistência social, não obrigatoriamente sofrerá algum tipo de dano ou prejuízo, no entanto, está mais suscetível a isso, devido às condições de vida a qual está inserido, e com a cidadania fragilizada, o que o impossibilita de obter melhores qualidades de vida. Além disso, a situação de vulnerabilidade está associada a fatores individuais e coletivos.

No que tange aos fatores que impactam a saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social, foi observado que a insegurança alimentar, o acesso às atividades de lazer e o contexto do trabalho (se possui trabalho formal ou não) interferem diretamente no contexto de saúde dessas famílias. No modelo da Determinação Social da Saúde (DSS) de Dahlgren e Whitehead, referencial teórico base deste estudo, é possível observar que cada uma dessas variáveis se aloca em uma das camadas do modelo dos DSS.

Dessa forma, a insegurança alimentar está alocada na camada 1, conhecido como os determinantes proximais desse modelo, pois apresenta-se como um dos aspectos do estilo de vida

sujeito, que é a alimentação adequada. De acordo com estudo realizado por Dalcin et al. (2016), umas das fragilidades do poder viver saudável está atrelada a necessidades básicas insatisfatórias, uma delas sendo a alimentação adequada, o que corrobora com os resultados deste estudo.

Ainda a respeito da alimentação, é importante ressaltar que, desde 2010, a alimentação, no Brasil, passou a ser um estatuto do Direito Social Básico, ou seja, a alimentação deixa de ocupar apenas um espaço no plano dos programas de governo, a qual estão sempre suscetíveis a alterações, e passa a ser uma condição social, a qual o Estado tem a responsabilidade de garantir à população (Júnior, Pessanha & Mitchell, 2010). A garantia de uma alimentação adequada em quantidade e qualidade é direito de todo cidadão e dever do Estado. No entanto, apesar da distribuição dos Benefícios Eventuais, como a cesta básica, realizada pelo CRAS, as famílias em situação de vulnerabilidade social não possuem as condições básicas suficientes para obter uma segurança alimentar.

No que tange ao acesso às atividades de lazer, é possível enquadrar na camada 2 do modelo dos DSS de Dahlgren e Whitehead, que se refere às relações entre grupos e a formação de redes de apoio, porque para a consideração dessa variável, o presente estudo, associou a participação de grupos sociais no CRAS, já que esses também possuem atividades de lazer e, nos prontuários e relatórios não foi possível a identificação direta dessa categoria. As relações sociais envolvem o conjunto de interações e formação de vínculos estabelecidos pela família com as pessoas em sua comunidade e instituições sociais. (Silveira, Bernades, Wernet, Pontes & Silva, 2016). Ainda, segundo Silveira et. al (2016), em um estudo realizado acerca da rede social de famílias em situação de vulnerabilidade social e o impacto desta no processo do desenvolvimento infantil, constatou-se que há uma dificuldade no acesso às atividades de lazer, que de modo geral, são restritas ao domicílio e visitas a parentes que residem próximos. Dessa maneira, pode-se associar que dentre do cerne das relações sociais são emergidas atividades de lazer, através da interação, do brincar entre as crianças, dos jogos e conversas entre os adolescentes, do encontro entre os mais velhos, com aqueles que estão mais próximos.

Ainda no âmbito das relações sociais e rede de apoio, Dalcin et al. (2016), afirma que grupos de convivência e socialização realizados na comunidade fortalecem as associações familiares e comunitárias, contribuindo para o fortalecimento das interações e o não isolamento social. Essas estratégias estimulam a autonomia do sujeito e potencializam o viver saudável, além das discussões estimularem a percepção do todo e das necessidades do coletivo, provocando nos

participantes um sentimento de solidariedade. Nesse sentido, pode-se citar como exemplo, os grupos de mulheres, grupos de idosos, atividades de convivência para crianças e adolescentes, que são realizadas em políticas públicas sociais e de saúde. Todas essas atividades são realizadas no CRAS, onde foi realizado este estudo, o que torna essa política pública e dos profissionais, que fazem parte dela, uma fonte de rede de apoio para famílias que estão em situação de vulnerabilidade social.

No tocante ao contexto do trabalho, enquadrado na camada 3 do modelo de Dahlgren e Whitehead, constituindo os determinantes intermediários, que abarcam condições de vida e de trabalho, incluindo, educação, saneamento básico e habitação. Aspectos que interferem diretamente na vida de muitos é o não acesso ao trabalho e a renda, repercutindo em vários setores da vida e dificultando o acesso a condições para melhor qualidade de vida, como, serviços de saúde, transporte, habitação, cultura e lazer (Souza et al., 2019).

Na presente pesquisa, nenhuma família na linha de extrema pobreza (renda familiar menor ou igual a R\$387,07) possui um trabalho formal. A maior parte da amostra são aqueles com algum trabalho informal, assalariados sem carteira assinada e os desempregados e muitos dos trabalhos informais são vínculos empregatícios temporários e com baixo salário. Além disso, foram identificados que 14,88% das famílias em situação de vulnerabilidade social não possuem nenhuma renda, nem mesmo algum benefício social, como o Programa Bolsa Família, criado em 2003 com objetivo do combate à pobreza e à desigualdade no Brasil, atendendo às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza. No entanto, para manter esse benefício social e estar recebendo mensalmente é preciso cumprir com algumas condicionalidades, como a comprovação da frequência escolar das crianças e dos adolescentes de 6 a 17 anos, informações das crianças de 0 a 6 anos que deverão ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados, além de dados das mulheres em idade fértil para identificação das gestantes e acompanhamento do pré-natal. Além disso, é necessário manter as informações atualizadas a cada dois anos, mesmo que não ocorram alterações. Porém, muitas vezes, sustentar essas condições pode ser um desafio para famílias que estão em situação de vulnerabilidade social e tem acesso precário à saúde, educação e informação.

Segundo Navarro e Padilha (2007), devido a organização neoliberal, esse é um processo social crescente, já que é um tipo de organização que dá ênfase no crescimento econômico de concentração de renda e desconsidera as políticas sociais. Nesse sentido, o contexto atual de

escassez de trabalho e a baixa renda per capita, incapaz de suprir as necessidades básicas, são fatores de iniquidade e influenciam na vulnerabilidade social destas famílias.

Cabe ressaltar que o contexto de trabalho está também relacionado aos aspectos da escolaridade. Na presente pesquisa, a maioria dos membros responsáveis pela família não concluíram o ensino fundamental, além de, no contexto familiar, a maior parte possuir pelo menos um membro que não concluiu a educação básica. De acordo com Souza (2012), a principal dimensão do capital humano é a escolaridade e seu impacto na saúde está relacionado a predizer melhores condições socioeconômicas, por exemplo, acesso a serviços, renda e emprego. Além do mais, o baixo nível educacional está associado a comportamentos não saudáveis, já que uma boa escolaridade favorece a compreensão de formas de prevenção, recuperação e cuidados das condições de doença e saúde.

Quanto à camada 4 do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead, os determinantes distais, são compostos pelas condições socioeconômicas, culturais e condições estruturais do ambiente em que o indivíduo está inserido. Nessa pesquisa, não foi coletado, nem analisado dados diretamente desta camada, no entanto os determinantes distais, também conhecidos como macrodeterminantes, podem ser correlacionados aos determinantes intermediários, ou seja, as condições de vida e trabalho. Segundo Costa et al. (2019), o contexto social e econômico, a qual o sujeito está inserido, originam desiguais condições de vida e trabalho, contribuindo a um acesso diferenciado à educação, a alimentação, a habitação, entre outros e, assim, impactando diretamente na renda, nos estilos de vida e facilitando a exposição a diversas vulnerabilidades.

De acordo com estudo realizado sobre os determinantes sociais da saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável (Dalcin et al., 2016), as fragilidades do viver saudável são impactadas pelas insuficiências das necessidades básicas, como, alimentação, trabalho, segurança, moradia, condições financeiras e de estudo, além das relações interpessoais. Em relação a esse último aspecto, pode-se fazer referência aos aspectos intrafamiliares destacados na presente pesquisa, da qual tiveram números expressivos a situação de violência doméstica, trabalho infantil e gravidez na adolescência. E relações frágeis entre familiares e a comunidade impactam negativamente no viver saudável, que refletem na pouca participação popular, depressão, altos índices de gravidez na adolescência, tráfico de drogas e prostituição.

Nesse âmbito, é importante ressaltar a situação de violência doméstica ocorrida dentro das famílias em situação de vulnerabilidade social. A violência é um aspecto relevante no contexto das discussões do processo saúde-doença e, atualmente, um problema de saúde pública. Segundo a Lei Maria da Penha, no artigo 5º, “configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (Brasil, 2006). De acordo com estudos acerca das influências dos determinantes sociais da saúde na vida de mulheres vítimas de violência doméstica (Costa, Bem & Gadinho, 2020), o baixo nível de escolaridade, a condição econômica e o desemprego são os determinantes sociais da saúde que impactam na violência contra mulher. Além disso, a segurança econômica entre as famílias pode reduzir o risco de vítimas da violência, isso se dá porque famílias com boas condições econômicas tendem a ter estratégias de empoderamento social e de saúde, como também, a independência financeira das mulheres faz com que elas não tolerem as violências sofridas.

A presente pesquisa pretendeu mostrar os fatores que impactam a saúde e condições de vida de famílias em situação de vulnerabilidade social, dessa maneira, cabe ressaltar aqui as condições de saúde. Como foi visto anteriormente, só foi possível identificar a presença de condições crônicas, dentre essas teve destaque o transtorno mental. Segundo Alves e Rodrigues (2010), a pobreza é um determinante econômico e social para a saúde mental dos indivíduos e, para explicar essa afirmação, os autores apresentam algumas teorias explicativas. A primeira diz respeito a causalidade social, da qual associa o baixo nível socioeconômico a piores condições ambientais, recursos escassos, eventos de vida estressantes, ou seja, a pobreza material seria um fator de risco para o desenvolvimento de um transtorno mental. A segunda teoria, oposta à primeira, é a da seleção social, que defende que problemas de saúde mental são mais frequentes em populações com baixo nível socioeconômico, ou seja, a limitação de um transtorno mental condicionada a baixo nível escolar, desemprego e conflitos familiares. No entanto, esses autores afirmam que as duas teorias não são excludentes, a primeira teoria (causalidade social) pode compreender questões de ansiedade e depressão, enquanto a segunda (seleção social) pode ser mais válida nas psicoses e situação de abuso de substâncias. Por fim, a pobreza pode estar relacionada a prestação de cuidados à saúde mental, ou a falta deles, tendo em vista algumas barreiras de acesso que essa população sofre, não só nos cuidados de saúde mental especializados, mas também nos cuidados básicos.

Além disso, de acordo com Gomes e Santos (2016), é preciso ter uma maior atenção às famílias em vulnerabilidade social com parente em situação de transtorno mental, porque o contexto familiar imbuído de tensões e conflitos mesclado com as condições adversas da qual estão inseridos, agudizam e tornam mais complexas as dimensões do adoecimento mental.

Dessa forma, a situação de vulnerabilidade está relacionada a exposição a agravos à saúde tanto em uma perspectiva individual quanto coletiva, enfraquecendo as formas de enfrentamento às adversidades. Portanto, para compreensão do processo saúde-doença, entende-se que o risco diz respeito às probabilidades e chances de adoecimento segundo fatores de exposição, enquanto a vulnerabilidade indica a iniquidade social. Assim, a vulnerabilidade é antecessora dos riscos, pois ela determina as diversas formas de exposição do adoecimento (Ayres et al., 2006 citado em Bertolozzi et al., 2009).

É através do reconhecimento das vulnerabilidades aos agravos no processo saúde-doença, que é possível produzir saúde para as populações que estão inseridas nesse contexto, identificando suas necessidades e assegurando um dos princípios doutrinários das políticas públicas de saúde brasileira, a equidade.

O reconhecimento das vulnerabilidades está em consonância com o modelo conceitual dos DSS de Dahlgren e Whitehead, que apresenta várias dimensões, desde uma percepção individual, passando por questões sociais e até os macrodeterminantes, que abarcam as condições socioeconômicas e ambientais gerais. Os DSS, de certo modo, ajudam a compreender as vulnerabilidades sociais que essas famílias estão expostas, entendendo suas necessidades e fragilidades nos aspectos socioeconômicos. Entretanto, é importante ressaltar que famílias em vulnerabilidade social não se restringem às famílias com baixo nível socioeconômico. Apesar do presente estudo ter adotado a renda familiar referente a linha de pobreza extrema (IBGE, 2017) como critério para divisão de grupos e realização das análises estatísticas, todas as famílias enfrentam dificuldades e é por isso que todas elas são acompanhadas pelo CRAS, que tem como objetivo auxiliar na proteção, prevenção e minimização dos riscos e vulnerabilidade sociais.

Por fim, foi possível observar que há muitos estudos preocupados com as desigualdades e vulnerabilidades sociais. Ainda que haja um crescimento econômico nas últimas décadas, não há redução das iniquidades e populações em situação de vulnerabilidade social sofrem com as precariedades e dificuldades para obter uma melhor qualidade de vida. Os fatores que impactam a

saúde estão, muitas vezes, atrelados a questões econômicas, como é o caso da insegurança alimentar e do contexto do trabalho.

São evidentes as marcas ocasionadas pelos macrodeterminantes sociais da saúde, mas dentro desse contexto, a posição que as famílias ocupam na sociedade com relação ao trabalho, acesso à bens e serviços, educação e níveis de renda impactam no processo de saúde-doença. Essa percepção auxilia nos estudos acerca das iniquidades em saúde, como já dito anteriormente, processo que são evitáveis e injustos, e estudos como esse poderão contribuir para maior visualização dessas desigualdades, possibilitando mecanismos para sua redução.

Aponta-se como limitação do estudo, uso de dados secundários oriundos de prontuários, que pode ter influenciado nos achados do estudo, certamente a coleta de dados de maneira presencial com as próprias famílias poderia fornecer dados mais complexos, possibilitando uma análise dos fatores de proteção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os determinantes sociais da saúde que impactam na vida e saúde de famílias em vulnerabilidade social estão relacionados às necessidades humanas básicas, que é o caso da insegurança alimentar, de aspectos econômicos, ou seja, o contexto do trabalho, se havia nessas famílias pelo menos um membro com trabalho formal, o que foi visto que a maioria não possuía. Além disso, outro fator que impacta a vida dessas famílias é a dificuldade do acesso às atividades de lazer.

A análise entre desigualdades sociais e condições de vida junto aos DSS revela-se necessária para a compreensão das vulnerabilidades sociais e das necessidades dos indivíduos que estão inseridos nesse contexto, pois é possível entender as particularidades de cada população.

Em relação às limitações dessa pesquisa, destacam-se as questões de operacionalização da coleta de dados, que foi necessária alteração devido ao atual período pandêmico da COVID-19. Dessa forma, a coleta que seria através de entrevistas presenciais com as próprias famílias, da qual traria dados mais completos, precisou ser realizada através de preenchimento do formulário, de acordo com dados dispostos nos prontuários e relatórios disponíveis, que muitas vezes não tinham informações completas. Além disso, o estudo não constatou a presença de fatores de proteção às condições de vida e saúde de famílias em situação de vulnerabilidade social, o que em um estudo mais aprofundado, ou talvez através das entrevistas presenciais, possivelmente poderia ser identificado.

O presente estudo teve como objetivo investigar e analisar as condições de vida e principais fatores vulnerabilizantes na vida dessas famílias, através da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, contribuindo para uma reflexão acerca das iniquidades sociais e condições socioeconômicas. A partir de tal conhecimento, é possível oferecer subsídios para uma reflexão e busca de novas propostas de intervenção para a promoção da saúde.

Espera-se que com esses resultados haja uma contribuição para a atuação dos profissionais a esse público, com um olhar mais amplo e contextualizado acerca dos diversos fatores que impactam na vida e saúde, como também, espera-se para contribuir na formulação de políticas públicas mais efetivas, com estratégias de segurança básica alimentar, incentivos a educação, geração de emprego e renda e facilidades a atividades de lazer, fortalecendo os

cuidados dessa população, considerando suas particularidades, resguardando seus direitos e sua cidadania, com atenção, principalmente, aos determinantes sociais.

Esse estudo também traz à tona a reflexão acerca do sofrimento ético-político, discutido por Sawaia (1999), da qual é um sofrimento não de ordem individual, mas sim determinado pela situação social que o sujeito está inserido, o impedindo e limitando de lutar contra esses determinantes sociais. Além disso, provoca um sofrimento psíquico resultante da situação de ser tratado como inferior, como é o caso de muitas dessas famílias em vulnerabilidade social, que são tratadas à margem da sociedade, consequência de um contexto de exclusão e desigualdade.

No âmbito do enfrentamento dessa situação, as políticas públicas são espaços de promoção de direitos e superação das desigualdades sociais, que promovem a cidadania e a participação dos sujeitos, que possibilitam a construção da emancipação do indivíduo, em prol do seu bem-estar e autonomia, comprometendo-se com o coletivo. As ações das políticas públicas devem ser elaboradas e executadas sob responsabilidade do setor público, que emprega diferentes profissionais que atendam a essas demandas sociais, dentre eles o psicólogo. Foi, e é, através da inserção do psicólogo na comunidade, para além de uma atuação como analista de comportamento que atende em um setting terapêutico, que se articula uma outra forma de fazer psicologia, um conceito entre uma visão sócio-histórica e subjetiva do sujeito, trazendo uma prática emancipadora, ampliando o campo da psicologia entre as profissões de saúde, contribuindo para práticas preventivas e educacionais, e a tornando uma prática pautada no compromisso social.

Desenvolver boas práticas de saúde é complexo e exige conhecimentos aprofundados acerca dos diferentes indivíduos e grupos que compõem a população brasileira. O processo de adoecimento é dinâmico e envolve condicionantes biológicos, comportamentais, psicológicos, sociais, culturais e políticos, esses influenciam desde o aparecimento de problemas de saúde até o desenvolvimento de programas de intervenções para respondê-los.

Garantir o direito à saúde para todos é um desafio. Pode-se entender por saúde a busca de uma vida saudável, através do desenvolvimento da qualidade de vida, na garantia do acesso aos meios e serviços que proporcionem o bem-estar físico, mental e social, possibilitando a construção de uma sociedade mais justa e respeitando um dos princípios básicos do SUS, a universalidade de acesso e a equidade.

A vulnerabilidade é um problema de saúde e uma das suas expressões é através das iniquidades em saúde. Para que as condições de saúde sejam melhoradas, é preciso uma intensificação no âmbito das políticas sociais e de saúde pública, de acordo com a realidade da população, possibilitando o alcance desse direito a todos. Assim, é preciso desenvolver políticas públicas pautadas nas realidades sociais, na qual os determinantes sociais da saúde (DSS) são conhecimentos fundamentais. O estudo dos DSS é o ponto de partida para combater as injustiças provocadas pelas diferenças do acesso à saúde, como também, para a obtenção do apoio político necessário para implementação de programas e intervenções.

Saúde, vulnerabilidade social e determinantes sociais da saúde são conceitos compreendidos através da produção de sujeitos, por meio de sua historicidade, experiências e contextos culturais e sociais. No entanto, esses conceitos são limitados e passam por transformações, pois cada grupo possui contextos singulares. O estudo aprofundado desses conhecimentos e de suas relações com as práticas, podem contribuir para a construção de uma saúde pública mais justa e efetiva.

REFERÊNCIAS

- Adler, N. E. Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186. 5–23. Recuperado de <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Alves, A. A. & Rodrigues, N. F. R. (2010, dez) Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 28, nº 2, 127-131. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>
- Alves, R. F. (Org.). (2011). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande, PB: EDUEPB.
- Andrade, L. O. M. de; Filho, A. P.; Solar, O.; Rígole, F.; Salazar, M. de; Serrate, P. C. F.; Ribeiro, K. G.; Koller, T. S.; Cruz, F. N. B. & Atum, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *The Lancet*. Series UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN LATIN AMERICA. Volume 385, p 1343-1351. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61494-X/fulltext)
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Batistella, C. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz.
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
- Brasil. (2006). *LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília, 7 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República. Recuperado em

<https://www.institutomariadapenha.org.br/assets/downloads/lei-11340-2006-lei-maria-da-penha.pdf>

Brasil. (2016). [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 496 p. Recuperado de https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

Brasil, Ministério da Saúde (2017). *PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Braveman, P. A.; Cubbin, C.; Egerter, S.; Williams, D. R. & Pamuk, E. (2010). Socioeconomic Disparities in Health in the United States: What the Patterns Tell Us. *American Journal of Public Health (AJPH)*. Supplement 1, Vol 100, No. S1. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/epub/10.2105/AJPH.2009.166082>

Bertolozz, M. R.; Nichiata, L. Y. I.; Takahashi, R. F.; Ciosak, S. I.; Hino, P; Val, L. F.; Guanillo, M. C. L. T. U. & Pereira, E. G. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*; 43(Esp 2):1326-30. Recuperado em <https://www.scielo.br/pdf/reecusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>

Buss, P. M. & Filho, A. P. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>

Campos, GWS. (2014). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM organizadores.. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; p. 39-78.

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde* — Manguinhos, IV (2):287-307.
- Carmo, M. E. do & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública*, 34(3):e00101417. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417.pdf>
- Carrapato, P.; Correia, P. & Garcia, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.26, n.3, p.676-689. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n3/676-689/>
- Carvalho, A. I. de & Buss, P. M. (2012). Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. (pp. 141-166). 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Cebes.
- Costa, B. C. P.; Bem, M. M. S. & Godinho, L. S. C. (2020). Determinantes sociais da saúde e sua influência na vida de mulheres vítimas de violência doméstica. *Glob Acad Nurs.*; 1(2):e31. Recuperado em <https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/10/62>
- Costa, M. I. F.; Viana, T.R.F.; Pinheiro, P. N. C.; Cardoso, M.V. L. M. L.; Barbosa, L. P. & Luna, I. T. (2019). Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 72 (6):1673-8. Recuperado em https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n6/pt_0034-7167-reben-72-06-1595.pdf
- Dalcin, C. B.; Backes, D.S.; Dotto, J. I.; Souza, M. H. T.; Moreschi, C. & Büscher, A. (2016). Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(6):1963-70. Recuperado em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11207/12778>
- Filho, A. E. & Guzzo, R. S. L. (2006). Fatores de risco e de proteção: percepção de crianças e adolescentes. *Temas psicol.* v.14 n.2 Ribeirão Preto. Recuperado em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000200003
- Giovanella, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1763-1776. Recuperado em <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt>

- Gomes, T. B. & Santos, J. B. F. dos. (2016). Dilemas e vicissitudes de famílias em situação de vulnerabilidade social no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica. *Physis*. 26 (1). Recuperado em <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n1/271-287/pt/>
- IBGE (2017). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017* / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE. 147p.
- Júnior, N. N. G.; Pessanha, L. D. R. & Mitchell, P. V. (2010). Acesso à alimentação como direito social no Brasil: implicações para a sociedade e para o sistema nacional de informações. *SER Social*, Brasília, v. 12, n. 27, p. 116-144. Recuperado em https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12716/11118
- Laurell AC. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Recuperado de https://unusus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf
- Mendes, E. V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p.
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano de Saúde Nacional 2020-2023*. Brasília/ DF. Recuperado em http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf
- Navarro, V. L. & Padilha, V. (2007). Dilemas do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 1: 14-20. Recuperado em <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v19nspe/v19nspea04.pdf>
- Pedrosa, M. L. & Campos, C. E. A. (2006). Implicações da utilização do conceito de risco para a prática em APS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v.2, nº 5. Recuperado de <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/24>
- Pereira, MG. (2016). *Epidemiologia: teoria e prática*. [19ª reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Pitombeira, D. F. & Oliveira, L. C. de (2020). Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(5):1699-1708. Recuperado de <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n5/1699-1708/pt/>
- Rocha, P. R. da & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP* .49(1):129-135. Recuperado em https://www.scielo.br/pdf/reensp/v49n1/pt_0080-6234-reensp-49-01-0129.pdf
- Sapienza, G & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e adolescente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216. Recuperado em <https://www.scielo.br/j/pe/a/stYqO6cvpzPJRdqFwRr8NtH/?format=pdf&lang=pt>
- Sawaia, B. B. (Org.). (1999). *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade*. Petrópolis, RJ: Vozes
- Silveira, A. O.; Bernades, R. C.; Wernet, M.; Pontes, T. B. & Silva, A. A. de O. (2016). Rede de apoio social familiar e a promoção do desenvolvimento infantil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, vol. 04, núm. 01, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Recuperado em <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4979/497950105001/html/index.html>
- Souza, D. E. de (2012). Escolaridade como determinante da saúde autorreferida numa amostra da população de Salvador – Bahia – Brasil. In.: Souza, D. E. de. *Determinação Social da Saúde: Associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida* (tese de doutorado). Universidade Federal da Bahia. pp. 76-97. Recuperado em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10927/1/Tese%20Dami%C3%A3o%20Ernane%20Souza.%202012.pdf>
- Souza, L. B.; Panúncio-Pinto, M. P. & Fiorati, R. C. (2019). Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251-269. Recuperado em <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v27n2/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoAO1812.pdf>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2): 295-303 (1978). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf>

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO E COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS (TAICDA)

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “*Determinantes Sociais da Saúde: um estudo sobre fatores de risco e fatores de proteção com famílias em situação de vulnerabilidade social*”, desenvolvido por *Melissa Motta Felício discente do Curso de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba* sob orientação da *Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho*. A coleta de dados será do tipo documental e acontecerá no *Arquivo Prontuários e Relatórios de cadastro e acompanhamento* localizado no *Almoxarifado e banco de dados da Instituição Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Distrito de Galante – PB*. A referida pesquisa será para *investigar as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social*. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, toda a documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em papel) a esta instituição sediadora da pesquisa que também arquivará por cinco anos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Campina Grande, 06 de outubro de 2020.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO B

**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO
(PRONTUÁRIOS) (TCDA)**

Título do projeto:	Determinantes Sociais da Saúde: um estudo sobre fatores de risco e fatores de proteção com famílias em situação de vulnerabilidade social
Pesquisador responsável:	Melissa Motta Felício
Nome dos Pesquisadores participantes:	Prof (a) Dra. Ardigleusa Alves Coêlho
Banco de dados do:	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Distrito de Galante – PB

O(s) pesquisador(es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

1. - Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
2. - Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
3. - Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

De modo que, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 06 de Outubro de 2020.

Assinar o nome legível de todos os pesquisadores:	Assinatura

ANEXO C
JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO TCLE

Eu, **Melissa Motta Felício**, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do projeto de Pesquisa intitulado “**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL**”. Declaro que o acesso aos dados registrados em prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento das Famílias inseridas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do Distrito de Galante - PB para fins de pesquisa científica, será feito somente após aprovação do Projeto de Emenda pelo Comitê de Ética. Informo também, que o sigilo das informações levantadas está assegurado pelo TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE ARQUIVO (PRONTUÁRIOS) (TCDA), o qual garante que estas informações não serão divulgadas fora deste projeto.

A dispensa do TCLE se pauta na seguinte justificativa:

1.Trata-se de pesquisa quantitativa em que a coleta de dados será realizada através do preenchimento de um formulário, a partir das informações disponíveis nos prontuários e relatórios de cadastro e acompanhamento das famílias inseridas no CRAS do Distrito de Galante – PB.

Campina Grande, 11 de Outubro de 2020.

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável

ANEXO D
CARTA DE SOLICITAÇÃO DE EMENDA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB

Título do projeto: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: um estudo sobre fatores de risco e fatores de proteção com famílias em situação de vulnerabilidade social.

Pesquisador responsável: MELISSA MOTTA FELÍCIO

CAAE: 26940219.6.0000.5187

Número do Parecer Consubstanciado: 3.790.105

Senhora Coordenadora,

Solicito Emenda ao protocolo de pesquisa aprovado sob Parecer Consubstanciado 3.790.105/2019 para as mudanças dos itens: (instrumentos e procedimento de coleta de dados) conforme descrito no quadro abaixo:

Página do Projeto	Texto aprovado pelo CEP	Proposta de Modificação
	O instrumento de coleta de informações será um questionário elaboradas em conformidade com os objetivos do estudo. O formulário é constituído por variáveis demográficas para caracterização da família e variáveis elencadas com base no modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead [...]	O instrumento de coleta de informações será um formulário , elaboradas em conformidade com os objetivos do estudo. O formulário é constituído por variáveis demográficas para caracterização da família e variáveis elencadas com base no modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead [...]

	Procedimentos de Coleta de dados: Os dados serão coletados através de entrevistas para aplicação de um questionário com o participante identificado como responsável pela família [...]	Procedimentos de Coleta de dados: Os dados serão coletados através do preenchimento do formulário com base nos dados disponíveis nos prontuários das famílias acompanhadas pelo CRAS e relatórios de cadastro e acompanhamento da família elaborados pelos profissionais da Instituição.
--	---	---

Motivo da alteração: A manutenção do estado de pandemia da COVID-19, torna impossível a realização da coleta de dados mediante a utilização de entrevistas presenciais em função das orientações da OMS, sobre a necessidade de distanciamento social e evitar contato físico com as pessoas para prevenção da COVID-19. Diante deste contexto, tornou-se necessário mudança no instrumento e nos procedimentos de coleta, para utilização de prontuários e os relatórios de cadastro e acompanhamento da família como fontes dos dados para cumprimento do prazo apresentação Dissertação de Mestrado. A opção para coleta de dados nos prontuários e nos relatórios de cadastro e acompanhamento da família pelo CRAS apresenta maior viabilidade para operacionalização do estudo, ao invés da coleta através de entrevistas por telefone ou outra ferramenta digital, pois muitas das famílias em vulnerabilidade social não tem acesso a esse tipo de tecnologia, o que poderia acarretar um viés de aferição, ao ser incluídas apenas àquelas famílias com acesso inclusão digital.

Campina Grande, 11 de Outubro de 2020.

Nome do(a) Pesquisador(a) Responsável

ANEXO E
PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Determinantes Sociais da Saúde: um estudo sobre fatores de risco e fatores de proteção com famílias em situação de vulnerabilidade social

Pesquisador: MELISSA MOTT A FELICIO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26940219.6.0000.5187

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.790.105

Apresentação do Projeto :

LÊ-SE:

Será realizado um estudo transversal, com abordagem quantitativa no Distrito de Galante – PB. Os participantes do estudo serão um dos membros da família cadastrada e acompanhada pelo CRAS do Distrito de Galante – PB. Espera-se que, com a realização do trabalho em questão, seja possível sistematizar informações relevantes sobre os determinantes sociais da saúde, contribuindo para a potencialização de políticas públicas voltadas para pessoas em situação de vulnerabilidade social, capazes de atuar na promoção de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as condições de vida e saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em distrito rural do agreste paraibano.

Objetivo Secundário:

- Analisar as condições e estilo de vida das famílias em situação de vulnerabilidade social;- Identificar os fatores de risco que interferem na saúde das famílias em situação de vulnerabilidade social;- Identificar os fatores de proteção que

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** osp@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.790.105

contribuem na saúde individual e coletiva em famílias em situação de vulnerabilidade social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

De acordo com o preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 466/2012, esta pesquisa poderá acarretar riscos mínimos aos participantes, uma vez que para coleta de dados será utilizado um questionário cujas questões poderá ocasionar aos participantes desconforto ou constrangimento no momento de sua aplicação. Esses possíveis eventos serão minimizados através da interrupção da entrevista a qualquer momento e ainda que a entrevista seja realizada em local que garanta a privacidade do participante.

Benefícios:

Os benefícios para participantes é a possibilidade de reflexão e dar visibilidade a problemática de famílias em condições de vulnerabilidade social e ainda contribuir no estudo sobre os Determinantes Sociais da Saúde, que possibilitará refletir sobre a práticas e modalidades de intervenção e atuação no âmbito das políticas públicas, no que se refere a promoção de saúde e novas estratégias de garantia de direitos e acessibilidade para essas famílias, particularmente no contexto estudado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

PESQUISA BEM ELABORADA, APRESENTA CUNHO CIENTÍFICO E SOCIAL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - ANEXADA E ADEQUADA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL - ANEXADA E ADEQUADA

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - ANEXADA E ADEQUADA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA - ANEXADA E ADEQUADA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ANEXADO E ADEQUADO

CRONOGRAMA -

Recomendações:

AO FINAL DO ESTUDO, CADASTRAR O RELATÓRIO FINAL NA PLATAFORMA BRASIL.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: oep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPGP



Continuação do Parecer: 3.790.105

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

DIANTE DO EXPOSTO O PARECER É APROVADO.

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_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1488483.pdf	12/12/2019 20:07:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_melissa.docx	12/12/2019 20:05:34	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	12/12/2019 19:59:44	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	12/12/2019 19:58:39	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador.pdf	12/12/2019 19:51:05	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisador_orientador.pdf	12/12/2019 19:50:52	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/12/2019 19:41:22	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_institucional_assinado_convertido.pdf	12/12/2019 19:36:23	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada_convertido.pdf	12/12/2019 19:35:28	MELISSA MOTTA FELICIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó CEP: 58.109-753
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-3373 E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA / UEPB - PRPG



Continuação do Parecer: 3.790.105

CAMPINA GRANDE, 24 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Valeria Ribeiro Nogueira Barbosa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** osp@uepb.edu.br

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário

Número de ordem: _____

Características sociodemográficas da família

- a) Sexo do membro responsável: 1. Masculino (...) 2. Feminino (...)
- b) Idade do membro responsável: _____
- c) Escolaridade do membro responsável: _____
- 4) Nº de membros na família: _____
- 5) Renda familiar: _____

Variáveis relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde

a) Fatores Hereditários:

1a. Membro da família acometido por alguma doença grave

- 1. SIM (...) Especificar: _____
- 2. NÃO (...)

b) Estilo de vida:

1b. Situação de insegurança alimentar na família, devido a insuficiência de alimentos

- 1. SIM (...)
- 2. NÃO (...)

2b. Uso de medicamentos controlado por algum membro da família

- 1. SIM (...)
- 2. NÃO (...)

3b. Existência de conflito familiar relacionado ao uso de:

- 1. Uso moderado de álcool (...)
- 2. Uso abusivo de álcool (...)
- 3. Uso de cigarros (...)

4. Uso de drogas ilícitas (...)

c) Redes Sociais e Comunitárias

1c. Participação da família, ou algum de seus membros, em grupos religiosos e ou comunitários (grupos de convivência do CRAS e/ou outros)

1. SIM (...) Especificar: _____
2. NÃO (...)

2c. Acesso da família às atividades de lazer:

1. SIM (...) Especificar: _____
2. NÃO (...)

d) Condições de Vida e Trabalho:

1d. A residência é:

1. Própria (...)
2. Alugada (...)
3. Cedida (...)

2d. Localização da residência:

1. Zona Rural (...)
2. Zona Urbana (Sede do Distrito - Polo Central) (...)

3d. Situação de trabalho:

1. Algum membro da família possui trabalho regularizado (contrato/ carteira assinada) (...)
2. Algum membro da Família possui trabalho informal (...)
3. Nenhum membro da família possui atividade remunerada (...)

3e. Situações da escolaridade relacionado ao contexto familiar:

1. Todos os membros são alfabetizados (...)
2. Algum membro da família não concluiu a educação básica (...)
3. Algum membro da família cursou ou está cursando Técnico (...)
4. Algum membro da família cursou ou está cursando Ensino Superior (...)

e) Dados relacionados ao acesso e cuidado à família em vulnerabilidade social e outras informações relevantes sobre a temática estudada:
