

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DANIEL LABERNARDE DOS SANTOS

**CONDIÇÕES DE VIDA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS: contribuições ao estudo dos Determinantes
Sociais da Saúde**

Porto Alegre

2009

DANIEL LABERNARDE DOS SANTOS

**CONDIÇÕES DE VIDA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS: contribuições ao estudo dos Determinantes
Sociais da Saúde**

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2009

S237c

Santos, Daniel Labernarde dos.

Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS: contribuições ao estudo dos determinantes sociais da saúde / Daniel Labernarde dos Santos; orient.. Tatiana Engel Gerhardt – Porto Alegre, 2009. 126 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2009.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Acesso aos serviço de saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. População urbana. 5. Políticas públicas de saúde. I.Gerhardt, Tatiana Engel. II. Título. Limites para indexação: Humano.

Catálogo: Jucelma Neuhaus Vieira Rodrigues (CRB 10 / 1413)

DANIEL LABERNARDE DOS SANTOS

**CONDIÇÕES DE VIDA, ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE CAMAQUÃ, RS: contribuições ao estudo dos Determinantes
Sociais da Saúde**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em Porto Alegre, em 31 de outubro de 2009.

BANCA EXAMINADORA



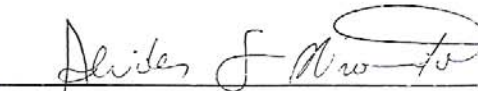
Prof.^a Dra. Tatiana Engel Gerhardt (Presidente)



Prof.^a Dra. Marta Júlia Marques Lopes (EENF/UFRGS)



Prof.^a Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin (EENF/UFRGS)



Prof.^o Dr. Alcides Silva de Miranda (UFC/UECE)

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de um ensino público e de qualidade na graduação e na pós-graduação.

À Escola de Enfermagem pelos bons momentos, acolhida e ótima estrutura oferecida.

Aos professores do curso de Mestrado pelos ensinamentos, oportunidade de crescimento e estímulo.

Em especial à professora Tatiana Engel Gerhardt, por toda sua paciência, compreensão, disponibilidade, profissionalismo e capacidade de ver sempre o melhor em todos os momentos, contribuindo tanto para meu crescimento profissional, como orientando, quanto ao meu crescimento pessoal.

À Lidiane Lopes, André Bueno, Marsam, Estevão, Thomas, Everton e Mauro pelo inestimável auxílio no difícil processo de coleta dos dados.

Aos colegas da graduação, mestrado, alunos e amigos da Escola de Enfermagem pela troca de idéias, pela receptividade, pelas risadas e palavras de estímulo que sempre me deram força para seguir em frente.

À minha família por todo o apoio, incentivo e compreensão nos momentos difíceis e ausências. Em especial, ao meu pai, grande incentivador do meu estudo, trabalho e projetos de vida, a quem serei sempre grato pelos ensinamentos e pela oportunidade de “ser alguém na vida”.

À Jéssica, minha namorada pelo companheirismo, parceria, dedicação, pela constante disponibilidade e pelo estímulo em momentos muitas vezes difíceis.

Enfim, o meu muito obrigado a todas as pessoas que de alguma maneira contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal nesta difícil etapa de minha vida!

*Custa o rico a entrar no Céu,
(Afirma o povo e não erra)
Porém, muito mais difícil
É um pobre ficar na terra
(Mário Quintana)*

RESUMO

O presente estudo insere-se no projeto de pesquisa denominado “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde” e trata-se de um estudo sobre os determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã/RS. Tem como objetivo caracterizar as condições de vida da população em estudo, identificar e analisar as diferenças no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais do Município e a influência das redes de apoio e do apoio social na utilização desses serviços. Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, com desenho seccional. Foi composta uma amostra probabilística de 256 famílias, totalizando 860 indivíduos. Os dados foram coletados entre abril e julho de 2008 por inquérito domiciliar, por meio de um instrumento contendo questões demográficas, de condições de vida, sobre as redes de apoio e o apoio social, morbidades referidas, acesso e utilização dos serviços de saúde. A estatística descritiva e a análise bivariada foram empregadas na avaliação do acesso e utilização dos serviços de saúde, utilizando-se o teste qui-quadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos estabelecidos com variáveis demográficas e de condições de vida. Utilizou-se ainda, regressão logística para investigar a magnitude da associação entre as diversas dimensões de apoio social e as variáveis: procurou serviços de saúde e restrição de atividades habituais. De modo geral, este estudo revelou que os moradores de Camaquã têm acesso aos serviços de saúde da rede municipal quando procuram por atendimento, observando-se que as diferenças na utilização dos serviços de saúde são reflexo das diferenças de comportamento dos indivíduos frente às doenças, onde o ato de procurar atendimento passa pelas escolhas individuais de cada usuário, indo além das características de organização da oferta ou disponibilidade de serviços. Nesse contexto, o estudo das redes de apoio e do apoio social aparece como instrumento capaz de dar voz à complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, sugerindo a importância desses como determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde. Evidencia-se, portanto, a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais decorrentes das diferenças entre os seres humanos e suas implicações no acesso e utilização dos

serviços de saúde, sendo necessário para isto uma visão ampliada sobre o tema, que permita a elaboração de políticas de saúde adequadas ao contexto socioeconômico, político e cultural local.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde. Sistema Único de Saúde. População urbana. Políticas públicas de saúde.

RESUMEN

El presente estudio se insiere en el proyecto de pesquisa denominado “Determinantes sociales e interfaces con la movilidad de usuarios: análisis de los flujos y utilización de servicios de salud” y se trata de un estudio sobre los determinantes sociales del acceso y utilización de los servicios de salud en el municipio de Camaquã/RS. Tiene como objetivo caracterizar las condiciones de vida de la población en estudio, identificar y analizar el acceso y la utilización de los servicios de salud entre los diferentes grupos sociales del Municipio y la influencia de las redes de apoyo y del apoyo social en la utilización de esos servicios. Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de base de población, con diseño seccional, que utilizó colecta y análisis cuantitativo de los datos. Fue compuesta una muestra probabilística de 256 familias, totalizando 860 individuos. Los datos fueron colectados entre abril y julio de 2008 por averiguación domiciliar, por medio de un instrumento conteniendo cuestiones demográficas, de condiciones de vida, sobre las redes de apoyo y el apoyo social, morbi-deces referidas, acceso y utilización de los servicios de salud. La estadística descriptiva y el análisis bivariado fueron empleadas en la evaluación del acceso y utilización de los servicios de salud, utilizándose el test quicuadrado, para evaluar la significancia estadística en los cruces establecidos con variables demográficas y de condiciones de vida. Se utilizó todavía, regresión logística para investigar la magnitud de la asociación entre las diversas dimensiones de apoyo social y las variables: procuró servicios de salud y restricción de actividades habituales. De modo general, este estudio reveló que los habitantes de Camaquã tienen acceso a los servicios de salud de la red municipal cuando buscan por atendimento, observándose que las diferencias en la utilización de los servicios de salud son reflejo de las diferencias de comportamiento de los individuos frente a las enfermedades, donde el acto de buscar atendimento pasa por las elecciones individuales de cada usuario, yendo más allá de las características de organización de la oferta o disponibilidad de servicios. En ese contexto, el estudio de las redes de apoyo y de apoyo social aparece como instrumento capaz de dar voz a la complejidad de factores que interfieren en el modo de vida y salud de los individuos, sugiriendo la importancia de éstos como determinantes sociales de acceso y utilización de los servicios de salud. Se evidencia, por lo tanto, la necesidad de

examinar el conocimiento sobre las dinámicas sociales provenientes de las diferencias entre los seres humanos y sus implicaciones en el acceso y utilización de los servicios de salud, siendo necesario para esto una visión ampliada sobre el tema, que permita la elaboración de políticas de salud adecuadas al contexto socioeconómico, político y cultural local.

Descriptores: Acceso a los servicios de salud. Servicios de salud. Sistema Único de Salud. Población urbana. Políticas públicas de salud.

ABSTRACT

The present study is inserted in a research project named "Social determinants and interfaces of users' mobility: analysis of fluxes and the use of health services". It is a study on social determinants of the access and use of health services in the city of Camaquã-RS. Its main objective is to characterize the life conditions of the mentioned population, to identify and analyze the access and use of health services among different social groups in Camaquã, as well as the influence of social support nets in the use of such services. It is an epidemiological study of population basis with sectional design. It was set a probabilistic sample of 256 families, totalizing 860 subjects. Data were collect between April and July 2008 by postal survey by the means of an instrument containing demographic and living conditions issues, about the networks of social support, referred morbidity, access and the use of health services. Descriptive statistics and bivariate analysis were applied in the assessment of the access and use of the health services, using qui-squared test in order to assess the statistic significance in crossing demographic variables and living conditions. It was also used logistic regression to investigate the magnitude of the association between the various dimensions of social support and service variables such as: sought for health service and normal activities restriction. In general terms, this study revealed that the citizens of Camaquã have access to health services from the municipal network when they look for it. It was also observed that the differences in the use of health services are the reflection of inequalities in the subjects' behavior concerning the diseases, where the act of looking for the service pass through each user's choices going beyond the characteristics of services' supply or availability. In that context, the study of support nets and of social support appears as an instrument able to give voice to the complexity of factors which interfere in the life style and health of the individuals, suggesting their importance as social determinants of the access and use of health services. It was observed, though, the need of deepening the social dynamic knowledge coming from the differences between human beings and their implications for access and use of the health services, being necessary to do that an expanded vision on the theme, which allows the elaboration of health policies appropriate for each socioeconomic, political and cultural local context.

Descriptors: Access to Health Services. Health Services. National Health System. Urban population. Public Health Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Distribuição da população em estudo segundo faixas etárias, Camaquã, RS, 2008.....	59
FIGURA 2	Distribuição dos grupos sociais identificados no município de Camaquã segundo níveis de vida, Camaquã, RS, 2008.....	62
QUADRO 1	Distribuição dos problemas de saúde declarados, por grupos de doenças, Camaquã, RS, 2008.....	71
QUADRO 2	Distribuição dos problemas de saúde declarados como motivos de restrição de atividades habituais, por grupos de doenças e nas diferentes categorias de nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características demográficas e sócio-econômicas da população em estudo, Camaquã, RS, 2008.....	58
TABELA 2	Relação entre ocorrência de doença ou problema de saúde referido e nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	69
TABELA 3	Relação entre freqüência de problemas de saúde referidos por indivíduo e nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	69
TABELA 4	Relação entre restrição de atividades habituais segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	74
TABELA 5	Período de restrição de atividades habituais informado, por motivo de saúde, segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	75
TABELA 6	Distribuição da população em estudo, por grupos de condições de vida, segundo busca por serviços de saúde, Camaquã, RS, 2008.....	80
TABELA 7	Distribuição da busca por atendimento de saúde, segundo declaração de morbidade, Camaquã, RS, 2008.....	81
TABELA 8	Distribuição das pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas, por grupos de condições de vida, segundo efetivação do atendimento, Camaquã, RS, 2008.....	82
TABELA 9	Distribuição das pessoas que utilizaram serviços de saúde nas últimas duas semanas, por grupos de condições de vida, segundo serviço de saúde utilizado, Camaquã, RS, 2008.....	84
TABELA 10	Distribuição da população em estudo, por grupos de condições de vida, segundo cobertura de plano de saúde, Camaquã, RS, 2008.....	86
TABELA 11	Realização de mamografia segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	89

TABELA 12	Constituição das redes de apoio dos indivíduos, conforme número de amigos e parentes íntimos segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.....	94
TABELA 13	Distribuição dos indivíduos em tercis de apoio social segundo níveis de vida, Camaquã, RS, 2008.....	96
TABELA 14	Prevalências e razões de chances (RC brutas e ajustadas) da procura por serviços de saúde segundo tercis dos escores de apoio social, Camaquã, RS, 2008.....	97
TABELA 15	Prevalências e razões de chances (RC brutas e ajustadas) da restrição de atividades habituais segundo tercis dos escores de apoio social, Camaquã, RS, 2008.....	98

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
2.1	Desigualdades sociais e saúde.....	20
2.1.1	Um panorama das desigualdades brasileiras.....	21
2.1.2	O estudo das desigualdades no Brasil.....	23
2.2	Determinantes sociais da saúde.....	26
2.2.1	O modelo conceitual dos DSS.....	29
2.3	Acesso e utilização dos serviços de saúde.....	31
2.4	Rede de apoio e apoio social.....	36
2.5	Determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde em Camaquã/RS.....	39
3	OBJETIVOS.....	43
3.1	Objetivo geral.....	43
3.2	Objetivos específicos.....	43
4	METODOLOGIA.....	44
4.1	Pressupostos metodológicos.....	44
4.2	Caracterização da área de estudo.....	44
4.2.1	A área urbana do município de Camaquã.....	46
4.2.2	Caracterização da rede de serviços de saúde.....	47
4.3	População em estudo.....	48
4.4	Procedimentos para coleta de dados.....	48
4.5	Variáveis.....	50
4.6	Análise de dados.....	54
4.7	Considerações éticas.....	56
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	57
5.1	Caracterização sociodemográfica da população em estudo.....	57
5.2	Caracterização da população em estudo segundo condições de vida	61
5.2.1	Nível de vida inferior.....	63
5.2.2	Nível de vida médio.....	64
5.2.3	Nível de vida médio-superior.....	65

5.2.4	Nível de vida superior.....	66
5.3	Saúde e condições de vida em Camaquã: determinantes do acesso e utilização de serviços de saúde.....	67
5.3.1	Problemas de saúde referidos, freqüência e restrição de atividades habituais.....	68
5.3.2	Problemas de saúde, acesso e utilização dos serviços.....	77
5.3.2.1	Exames preventivos do câncer feminino.....	86
5.3.3	Saúde, redes de apoio e apoio social.....	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
	REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICE A	Instrumento de coleta de dados.....	112
APÊNDICE B	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	117
APÊNDICE C	Classificação da ocupação dos pesquisados.....	118
APÊNDICE D	Construção do indicador de condições de vida da população urbana de Camaquã.....	120
ANEXO A	Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa....	124
ANEXO B	Localização do município de Camaquã.....	125
ANEXO C	Mapa das ruas do município de Camaquã.....	126

1 INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver o trabalho de mestrado na temática dos determinantes sociais da saúde advém dos estudos realizados enquanto bolsista de Iniciação Científica do CNPq e do trabalho desenvolvido para conclusão do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado “Desigualdades sociais e de saúde no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde”. Embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha trazido como propostas a integralidade no atendimento e a promoção da saúde, observa-se no País uma concepção de desigualdades sociais e de saúde, como outrora, focada na dimensão biológica da saúde humana, que permanece amplamente difundida no Sistema de Saúde e nos estudos sobre o tema. De forma que, as desigualdades de saúde passam a ser tratadas em uma relação direta entre questões econômicas e o acesso e utilização dos serviços de saúde, ou seja, a saúde como resultado do combate às doenças e permeada pelo acesso econômico, desconsiderando as formas como os atores sociais lidam com essas variáveis em suas vidas cotidianas, e o dinamismo de um estado que sofre influência de diversos fatores sociais, culturais e ambientais, e não puramente biológicos (SANTOS, 2006).

A inserção no Curso de Mestrado deu-se concomitante a participação como pesquisador no projeto de pesquisa denominado “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”¹. O presente trabalho está inserido nesse projeto base e visa o estudo dos determinantes sociais do acesso e utilização da rede de serviços de saúde de um dos Municípios da área empírica, por meio da caracterização das condições de vida da população, tendo como pano de fundo as desigualdades sociais e de saúde.

O projeto base de pesquisa estuda as interfaces entre os determinantes sociais e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e utilização de serviços da Atenção Básica e de Média Complexidade de alguns municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. Esse projeto tem origem na participação dos pesquisadores da equipe em um Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER)², e dos

¹ Financiamento Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-Nº026/2006, Processo 409715/2006-9.

² O PROINTER foi construído a partir de um acordo de cooperação entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural, Escola de Enfermagem – GESC, Departamento de Geografia), a Universidade Paris 7, a Universidade Paris 10, a Universidade Bordeaux 2, e a Universidade Federal do Paraná

resultados obtidos na dissertação de mestrado intitulada "Fluxos e acesso dos usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS" (ROESE, 2005).

O projeto do PROINTER estabeleceu como área empírica um conjunto de oito municípios com características marcantes em relação às heterogeneidades e diversidades de relações entre a sociedade e o meio natural, especialmente no meio rural, evidenciadas no diagnóstico inicial da área empírica. Os municípios escolhidos foram: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Cristal, Encruzilhada do Sul, São Lourenço do Sul e Santa da Boa Vista (BECK *et al.*, 2009).

Dada a complexidade das situações encontradas, e a dificuldade em analisar o conjunto de situações para caracterizar a totalidade dos oito municípios, optou-se por escolher dois municípios ilustrativos dessas situações, Camaquã em "situação de dinamismo" e Canguçu em "situação de estagnação", de forma a estabelecer um espaço de diálogo entre as diferentes disciplinas do programa de pesquisa interdisciplinar (BECK *et al.*, 2009). Os resultados do diagnóstico inicial da área empírica e as reflexões empreendidas pelos pesquisadores demonstraram que "as populações rurais são afetadas por processos diferenciados de geração de desigualdades que implicam uma relação dialética de *empobrecimento* e *enriquecimento*. Estes processos são percebidos como evoluções nas condições de existência dos agricultores e que não se reduzem às modificações de seu nível de renda ou de seu poder aquisitivo, mas que envolvem uma variedade de outros aspectos de sua existência, referentes, por exemplo: (a) ao grau de oportunidades e espaços de decisão que determinam o que se pode chamar de "nível de empoderamento"; (b) à capacidade de formular projetos para si e para sua descendência, assim como se projetarem no futuro; (c) à capacidade de se reproduzirem socialmente enquanto indivíduos, entidades sociais com determinada organização, *corpus* de valores, identidade cultural; (d) à capacidade de se reproduzirem fisicamente (satisfação das necessidades básicas, saúde, composição

(UNIVERSIDADE..., 2000) CAPES-COFECUB n° 330/2000. O programa teve financiamento FAPERGS (Edital 2000 e Edital PROADE 2, 2002) e Edital Universal CNPq, 2004. O Programa Interdisciplinar de Pesquisa busca constituir um conjunto de competências científicas voltadas para o estudo das inter-relações entre o desenvolvimento rural e as dinâmicas ambientais/naturais, na perspectiva de uma reflexão sobre a noção de desenvolvimento sustentável, sobre sua pertinência teórica e aplicação prática, numa ótica de trabalho interdisciplinar. Para tanto, buscou-se um espaço geográfico onde as características ambientais, econômicas e sociais formassem um lugar particularmente propício para o estudo aprofundado das inter-relações entre as dinâmicas rurais e as transformações do meio natural. O programa busca analisar as transformações que ocorrem nas sociedades rurais e que provocam modificações nas condições de vida (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2000).

demográfica); e, (e) à percepção da situação vivida ou ao grau de satisfação em relação às suas condições de existência” (BECK *et al.*, 2009).

Inserida no PROINTER, na área de conhecimento da Saúde, a dissertação de Mestrado de Roese (2005) abrangeu a temática do acesso de usuários e fluxos de utilização de serviços de saúde em municípios da "Metade Sul" do Estado do Rio Grande do Sul. Esse trabalho caracterizou a rede de serviços de saúde existente no município de Camaquã e ilustrou a utilização da mesma, por meio da identificação dos fluxos de utilização, do acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade (acesso geográfico, econômico, cultural e funcional), e o motivo que os levaram ao uso desses serviços no referido Município, tendo como pano de fundo às desigualdades sociais e espaciais em saúde.

O estudo apontou importantes resultados. A análise das trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade, nessa pesquisa, demonstraram algumas fragilidades do Sistema Público de Saúde brasileiro, representado no micro espaço (o Município), enriquecida pela observação da trajetória dos usuários e o fluxo de utilização dos serviços, em função de um problema de saúde concreto. A análise das trajetórias terapêuticas mostrou a realidade dos usuários do SUS que percorrem vários serviços, em diferentes níveis, para a resolução dos seus problemas de doença, o que, no caso de Camaquã, parecia independe da complexidade do problema apresentado.

Com os resultados obtidos nessas pesquisas, surgiu a necessidade de aprofundar o estudo dos determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços, na rede de serviços de saúde como um todo, o que motivou a construção da presente dissertação de mestrado, dando continuidade às reflexões acerca da temática.

Para isso, o município de Camaquã foi definido como área de estudo por exercer o papel de centro regional tanto em termos econômicos quanto em relação aos serviços ofertados, em especial os serviços de saúde que contam com infraestrutura expressiva, porém tida como insuficiente, justamente pelo papel de pólo regional exercido pelo Município (UNIVERSIDADE..., 2000).

Nesse sentido, tornou-se relevante aprofundar a questão do acesso e utilização da rede de serviços de saúde do município de Camaquã como um todo, visto que, o estudo realizado anteriormente contemplou apenas os serviços de média

complexidade, e teve como população alvo os usuários efetivos desses serviços, ou seja, somente aqueles que os utilizaram.

Nessa perspectiva, o presente estudo buscou por meio da caracterização das condições de vida da população urbana, identificar os determinantes sociais do acesso e utilização da rede de serviços de saúde, conhecer a frequência e os motivos da utilização desses serviços, identificar as redes sociais de apoio e sua influência como determinante da utilização dos serviços e, ainda, as diferentes possibilidades de acesso aos serviços de saúde nos diversos grupos sociais.

Esse tipo de estudo, envolvendo as relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população, tem tido observável avanço nas últimas décadas (ALMEIDA-FILHO, 2002). Esse avanço é particularmente considerável no estudo das desigualdades em saúde, onde o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) aparece como forma de tratar a saúde abrangendo a complexidade da vida social e suas influências na saúde das pessoas.

Nesse contexto o sistema de saúde pode ser considerado determinante de saúde, tanto pela sua capacidade de influenciar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados profissionais, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar a condição de saúde da população, quanto na mediação das conseqüências das doenças sobre a vida das pessoas, tendo o potencial de assegurar que doenças não levem à deterioração da condição social (CSDH, 2005).

Esses aspectos são abordados, focalizando aqueles relacionados aos determinantes sociais da saúde, objetivo deste estudo. A partir dessas reflexões, acredita-se que a pesquisa poderá permitir a compreensão do contexto e do acesso e utilização dos serviços de saúde no Município e fornecer uma visão da situação existente capaz de subsidiar ações e políticas de saúde que vão ao encontro da realidade local.

2 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Nesta etapa são apresentados elementos que contribuíram à fundamentação teórica e metodológica, para a construção do objeto de investigação, dos objetivos e do referencial metodológico da presente pesquisa. Os tópicos desenvolvidos são: Desigualdades sociais e saúde; Determinantes sociais da saúde; Acesso e utilização dos serviços de saúde; e Redes sociais e apoio social; seguindo-se com a problematização da temática de estudo.

2.1 Desigualdades sociais e saúde

As desigualdades sociais e de saúde constituem característica predominante da história brasileira. Essa condição de distanciamento social entre os mais ricos e os mais pobres tem se agravado, em parte, em função da crise econômica dos anos 80, do modelo neoliberal de desenvolvimento e do processo de urbanização concentradores.

O Brasil, em relação ao contexto mundial, revela uma situação bastante peculiar ao contrastar o seu potencial econômico, estando entre as maiores economias do mundo, com as posições ocupadas no ranking do PIB *per capita*³ e no Índice de Desenvolvimento Humano⁴ (IDH), nos quais se encontra em posição inferior a países bem menos desenvolvidos industrial e economicamente.

Tal situação pode ser explicada por um quadro de desigualdades persistentes e pronunciadas, como também por políticas públicas de saúde e educação pouco eficazes, que ao afetarem a capacidade de inserção dos indivíduos no meio social comprometem o desenvolvimento de uma sociedade democrática.

³ O PIB *per capita* é utilizado como indicador de desenvolvimento de um país, é calculado pela divisão do Produto Interno Bruto pela população total.

⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, por meio de uma medida comparativa de riqueza, alfabetização, educação, esperança de vida e natalidade.

2.1.1 Um panorama das desigualdades brasileiras

Nota técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BARROS *et al.*, 2005), aponta a redução da desigualdade de renda familiar *per capita* no Brasil, alcançando o menor nível dos últimos trinta anos. Esse fato contribuiu para a redução de 3,2% na proporção de pessoas extremamente pobres, no País, o que equivale a retirar mais de cinco milhões de pessoas dessa condição.

No entanto, conforme a Síntese de Indicadores Sociais 2007 (IBGE, 2007), a distribuição extremamente desigual de renda constitui, ainda, fator preponderante do cenário brasileiro. Com mais de 40% da população economicamente ativa recebendo menos de um salário mínimo por mês, a renda apropriada pelos 1% mais ricos é, quase, quatro vezes maior que a renda apropriada pelos 20% mais pobres.

Quando distinguimos fatores como sexo, os dados revelam-se, da mesma forma, significativos. No âmbito da família, os lares “chefiados” por mulheres aproximam-se de um terço do total, porém nas famílias onde a mulher era a pessoa de referência, cerca de 31% delas viviam com rendimento mensal até meio salário mínimo *per capita*, índice superior aos 26,8% observados em lares com chefia masculina. Embora o nível de ocupação das mulheres tenha aumentado nos últimos dez anos, e o índice de escolaridade delas continue superior ao dos homens, de acordo com a Síntese de Indicadores 2006 (IBGE, 2007b), o ganho mensal médio delas, em 2006, era de cerca de R\$ 423, ou pouco menos de dois terços da remuneração média masculina, indicando a condição econômica desfavorável do sexo feminino.

A escolaridade, indicador classicamente utilizado como parâmetro de desenvolvimento de uma sociedade, é interessante marcador dessas desigualdades. A média de anos de estudo da população brasileira vem melhorando. Os ganhos, no entanto, foram lentos, e a média ainda é baixa, passando de 5,7 anos em 1996, para 7,2 anos de estudo em 2006, entre as pessoas com quinze anos ou mais de idade (IBGE, 2007b).

Percebe-se que as regiões Sudeste (7,6) e Sul (7,5) apresentam indicador mais elevado se comparadas ao das regiões Norte e Nordeste, que apresentam, respectivamente, 6,8 e 5,7 anos de estudo em média. E, ao relacionar esse indicador com o nível de renda da população com 25 anos ou mais de idade,

observa-se para a população do quinto mais elevado de renda, média de anos de estudo 2,6 vezes maior que a da população do quinto de menor renda.

Quanto ao ensino superior, no Brasil, em 2006, apenas 8,6% possuíam o 3º grau completo, nível considerado o ponto mais elevado do sistema escolar, comumente associado à idéia de ascensão profissional e social. Nesse mesmo ano, mais da metade (53,3%) dos estudantes que freqüentavam o ensino superior, na rede pública, pertenciam a famílias situadas entre os 20% mais ricos, enquanto que no quinto de menor renda apenas 1,8% dos estudantes cursavam o ensino superior nessas Instituições. Situação que tende a encontrar explicação, entre outras, na dificuldade de acesso às Instituições públicas pelos mais pobres, visto o grande reconhecimento social que o ensino público de nível superior possui em nosso País.

Outro componente importante desse quadro de desigualdades é o fator raça/cor. Entre os citados 8,6% que concluíram a graduação universitária, 78% eram de cor branca, enquanto os de cor negra eram 3,3%, e os pardos, 16,5%, embora os negros e pardos constituam quase a metade da população brasileira, 49,5%.

A distribuição desses grupos entre os 10% mais pobres e entre o 1% mais rico mostra que, enquanto entre os mais pobres os brancos, em 2006, somavam 26,1% do total, entre os que estavam na classe mais favorecida eles representaram quase 86%. Por sua vez, os negros e pardos eram mais de 73% entre os mais pobres e somente correspondiam a pouco mais de 12% entre os mais ricos.

Nesse sentido, Chor e Lima (2005) em estudo sobre as desigualdades raciais em saúde no Brasil, observaram mortalidade duas vezes maior entre negros, por agressões, do que entre os brancos. E ainda, taxa de mortalidade materna cerca de sete vezes maior, entre as mulheres negras, em 2001, do que entre as mulheres brancas, ou pardas. O que atribuem, embora não exclusivamente, às diferenças socioeconômicas, que se perpetuam nas sucessivas gerações.

Por fim, o estudo sobre as desigualdades em saúde no Brasil, do Ministério da Saúde (2006), apontou a permanência das desigualdades geográficas, com os Estados brasileiros apresentando disparidades quando se comparam indicadores de saúde e da estrutura da rede de serviços.

Os estabelecimentos de saúde constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em janeiro de 2006, estavam concentrados nos municípios mais populosos, estando 90,6% deles em municípios com população acima de 10 mil habitantes, embora somente 52% dos municípios do país tenham

uma população desse porte. As Regiões Sul (7,7), Centro-Oeste (6,9) e Sudeste (6,1) apresentaram mediana de estabelecimentos cadastrados, por 10 mil habitantes, superior à do País (5,9/10.000), enquanto que as Regiões Norte e Nordeste apresentaram, respectivamente, mediana de 3,9 e 5,2 estabelecimentos por 10 mil habitantes, o que, de certa forma, reflete-se nos índices de saúde.

Em relação à mortalidade infantil, por exemplo, embora os dados tenham indicado significativa redução nos óbitos em crianças menores de 1 ano em todas as Regiões, com a taxa de mortalidade passando de 26,8/1000 nascidos vivos em 2000 para 22,6/1000 em 2004, as taxas de mortalidade infantil das Regiões Norte e Nordeste permaneciam bastante elevadas, sendo respectivamente, 1,7 e 2,25 vezes maiores que a das Regiões Sul e Sudeste, com Alagoas apresentando 47,1 mortes por mil nascidos vivos, enquanto que Santa Catarina apresentou índice de 13,6. Ainda que a Região Nordeste tenha apresentando a maior redução do índice, que passou de 41,4 para 33,9 mortes por mil nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2006).

2.1.2 O estudo das desigualdades no Brasil

Tendo em vista esse panorama de desigualdades, diversos estudos têm sido realizados, ao longo dos anos, sobre o tema no Brasil. Esses, em sua maioria, analisam as relações entre a situação socioeconômica e o estado de saúde da população urbana, por meio de indicadores socioeconômicos (renda, PIB, ocupação, consumo de bens e serviços, escolaridade, etc.), socioambientais (tipo de habitação, densidade habitacional, acesso às redes de água e esgoto, coleta de lixo, etc.) e de saúde (mortalidade infantil, mortalidade geral, mortalidade por causas, morbidade, etc.) na avaliação de diferenciais intra-urbanos.

Dessa maneira, Guimarães e Fishmann (1986), em estudo realizado na cidade de Porto Alegre, identificaram as diferenças da mortalidade infantil entre favelados (163,4 mortes/1000) e não favelados (12,6/1000), observando que para a população pobre há 163 crianças/1000 que morrem antes de atingirem 1 ano de idade.

No mesmo sentido, Paim *et al.* (1987) salientaram a proporção, extremamente desigual, de mortes de crianças menores de um ano entre bairros “ricos” (3,9%) e bairros “pobres” (52,5%) do município de Salvador/BA. Utilizando-se para esse

estudo dos indicadores renda, disponibilidade de água, densidade habitacional e número de alunos matriculados em escolas públicas de primeiro grau, e, ainda, como indicadores sanitários a disponibilidade de médicos em centros e postos de saúde, disponibilidade de leitos-maternidade e leitos hospitalares.

Esses estudos, realizados antes da criação do Sistema Único de Saúde, ilustram a relação direta em que são tratadas as relações entre desigualdades sociais e de saúde no Brasil. São estudos de grande valia, e demonstram a necessidade de maior atenção do poder público e dos serviços de saúde com as populações mais vulneráveis, do ponto de vista econômico e social, no entanto é importante ressaltar que essas investigações se situam em um nível de análise mais global, onde são demonstrados os aspectos mais gerais de uma determinação socioeconômica e ambiental.

Da mesma forma ocorre em estudos mais recentes, como o de Viana et al. (2001), em trabalho desenvolvido em parceria pelo IPEA/OPAS, com o objetivo de medir as desigualdades em saúde no país, onde encontraram persistência das desigualdades geográficas e de renda, ao utilizarem como indicadores a oferta de recursos humanos e estruturais (médicos/1000 hab., leitos/1000 hab.), o acesso e utilização dos serviços (internações/100 hab., consultas/hab/ano), e financiamento (SUS, convênios, particular), desagregados por macro região e/ou estado, para mensurar as desigualdades geográficas.

Com o objetivo de identificar padrões de sensibilidade, poder de discriminação e consistência Gianini (1995), por meio de uma revisão bibliográfica, analisou 41 estudos latino-americanos e 34 estudos de outros países, realizados durante o período de 1960-88, fazendo uma comparação entre as estratificações sociais utilizadas, os modelos de estudo e os resultados obtidos. No mesmo sentido, Almeida Filho (1999) realizou estudo da produção científica, a partir dos anos 60, na América Latina e Caribe sobre desigualdades em saúde segundo condições de vida, onde analisou a metodologia e operacionalização dos estudos.

Os resultados apontados nessas duas revisões demonstraram poucas mudanças nas formas de abordagem das relações entre as desigualdades sociais e desigualdades de saúde, ou seja, ancoradas de forma linear em indicadores socioeconômicos.

A grande maioria das análises assinala o maior comprometimento da população mais pobre, em termos de adoecimento e morte. Nessa visão dualista,

existe uma concepção de fronteira, bem delimitada e precisa, que separa duas realidades distintas, o que é verdadeiro, mas não dá conta de toda a realidade social, no interior da qual se encontram dinâmicas de inter-relações e interdependência que geram uma complexidade maior de situações sociais. A noção de fronteira a ser utilizada deve incorporar as nuances existentes entre as situações extremas, reafirmando-se a necessidade de compreensão dos elementos que interferem nas relações entre desigualdades sociais e saúde (GERHARDT, 2000).

Não se nega a existência de mecanismos macro-estruturais na constituição das desigualdades, mas deve-se ir além, pois com esta redução, perde-se a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre aspectos mais dinâmicos, subjacentes a cada realidade social, desses processos de desigualdades e suas complexas relações com a saúde.

Para tanto, concordando com Faria (2001), faz-se necessário, não aceitar os limites do economicismo e mostrar que as diferenças de renda são apenas um dos aspectos do fenômeno da desigualdade, que se espalha em uma série de diferentes áreas, como acesso à educação, à saúde, à previdência social, ao emprego, às relações interpessoais e a tudo o que é relevante para a qualidade de vida.

Nesse sentido, Raynaut (1996) apresenta o conceito de condições de vida como o contexto de vida material, resultante da influência dos fatores socioeconômicos, que compõem um quadro de vida próprio em que indivíduos, famílias ou grupos da população vivem. Pensar os fatores socioeconômicos como elementos constituintes das condições de vida possibilita uma visão mais ampliada da realidade concreta dos indivíduos, pois permite ir além das questões econômicas, pensar e descrever a face material da realidade, que envolve as condições materiais de vida (moradia, saneamento), a disponibilidade e a utilização de bens e serviços (serviços de saúde, segurança, energia elétrica, comunicação), entre outros (escolaridade, condições de trabalho, cultura e de lazer).

Nessa perspectiva metodológica, Rocha (2006) caracterizou a desnutrição e a obesidade em crianças menores de cinco anos do meio rural do município de Arambaré/RS. Salientando, por meio dos resultados encontrados, a necessidade do conhecimento dos diversos elementos constituintes das reais condições de vida dos indivíduos e famílias, que no contexto estudado, moduladas por diferentes lógicas individuais e/ou coletivas e pelo seu protagonismo social, conseguiam minimizar

situações de pobreza e de privação financeira, proporcionando boas condições de vida e saúde para as crianças.

Nesse sentido, questiona-se o uso exclusivo de análises globais como critério de formulação das políticas públicas de saúde, colocando-se, com essa crítica, a necessidade de incorporar aos estudos, o conjunto de dimensões que envolvem a saúde, considerando a complexidade dos elementos que a compõe e suas inter-relações, dimensões estas presentes na proposta dos Determinantes Sociais da Saúde, abaixo descrita.

2.2 Determinantes sociais da saúde

Por toda a história, os seres humanos desenvolveram diversas formas de pensar e explicar os fenômenos naturais e sociais. A doença mereceu diferentes explicações, desde os fatores sobrenaturais, enfrentados com práticas mágicas ou religiosas, aos modelos de determinação causal, onde a origem e distribuição das doenças têm sido explicadas por diversas teorias ao longo da história.

Silva e Barros (2002), em síntese histórica sobre a abordagem e o tratamento dado às desigualdades em saúde, fazem referência ao olhar sobre as desigualdades na distribuição das doenças, desde os estudos de Hipócrates e John Snow, que buscaram estabelecer relações entre as condições ambientais em que viviam determinados grupos humanos e a propensão desses ao desenvolvimento de certas doenças.

No final do século XVIII, no contexto da crescente urbanização dos países europeus, após a revolução industrial, agravou-se um quadro sanitário bastante precário, com impacto sobre as condições de vida dos habitantes das cidades. Nesse período as estimativas de esperança de vida ao nascer, para as diferentes paróquias de Londres, variavam em quase 20 anos entre os diferentes estratos sociais. As modificações sociais, políticas e econômicas impulsionaram estudos epidemiológicos sobre as precárias condições de vida experimentadas nas cidades, levando ao interesse pela determinação social das doenças, isto é, das relações entre as condições de trabalho das populações e o aparecimento de doenças, concepção de causalidade social (ANDRADE *et al.*, 2001).

No entanto, conforme Silva e Barros (2002), com as descobertas bacteriológicas de Pasteur e Koch e o surgimento da teoria dos germes, no final do século XIX, como explicação hegemônica para a causalidade das doenças, esse enfoque nos aspectos sociais, veio a ser esquecido por um longo período. A atenção do campo da saúde voltou-se para a descoberta dos agentes etiológicos das doenças e para a possibilidade de desenvolvimento de instrumentos de prevenção e controle, o que não se sustentou por muito tempo.

No início do século XX, com a evidente insuficiência da formulação unicausal, retornou-se às concepções multicausais, estabelecendo-se o processo saúde-doença como a síntese de múltiplas determinações, entretanto sem que fosse recuperado o conceito de causalidade social.

O desenvolvimento do modelo multicausal ocorreu com a afirmação de diferentes abordagens, como a simples análise das múltiplas causas, o modelo ecológico e o modelo da determinação social da doença. Para Andrade *et al.* (2001), o modelo mais completo da multicausalidade é o ecológico, empregado no estudo das intervenções médicas a partir do desenvolvimento da história natural da doença, no entanto, para estes autores, a teoria acaba por reduzir o social ao considerá-lo como uma dimensão do indivíduo sem estabelecer uma hierarquia entre os processos sociais e biológicos, o que seria como reduzir a vida humana à sua condição animal.

O modelo de determinação social da doença retoma a abordagem social da Epidemiologia, na necessidade do desenvolvimento de um novo modelo explicativo para a determinação do processo saúde-doença, que articulasse os processos que participam na produção de uma doença (Andrade *et al.*, 2001).

Esse enfoque nos aspectos sociais da saúde, que perdeu destaque, no final do século XIX, com o surgimento do atual modelo biomédico hegemônico, ressurgiu no cenário epidemiológico na década de 1960, coincidindo com uma crise econômica e política, que levou a diminuição dos gastos sociais do Estado, com os altos custos e baixa eficácia da medicina curativista e com as limitações na explicação dos diferenciais de saúde-doença entre os grupos sociais pelos modelos dominantes, ganhando força nos anos 1970, com a Conferência de Alma Ata e as atividades inspiradas no lema Saúde para todos no Ano 2000.

Nesse rumo, e ainda, em função da imprescindível necessidade de enfrentamento das desigualdades observadas em nível mundial, recentemente, o

tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definido por Tarlov (1996), como “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”, emerge como caminho para se tratar a saúde abrangendo a complexidade da vida social e suas influências na saúde das pessoas. Nesse sentido, o Brasil destaca-se pela iniciativa de constituir uma comissão oficial para o estudo dos DSS, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

A CNDSS foi estabelecida em março de 2006. A sua criação é uma resposta ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde, desencadeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde dos indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas.

A Comissão Nacional foi constituída de forma diversificada, integrando 16 personalidades do meio social, cultural, científico e empresarial brasileiro, expressando o reconhecimento de que a saúde é um bem público, e que essa construção necessita da participação de todos os setores da sociedade (CNDSS, 2006).

As suas atividades têm como referência o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, e o preceito constitucional de reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2000).

Em relatório sobre as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil, a CNDSS reconhece a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, a justiça social e a equidade como requisitos fundamentais para a saúde, identificando como condições-chave para a promoção dessa, o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento das ações comunitárias e a reorientação dos serviços de saúde (CNDSS, 2008).

Nesse sentido, a Comissão trabalha com três objetivos prioritários, que são produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil; apoiar o

desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde; e promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS. Para subsidiar as intervenções, tendo como objetivo a redução das desigualdades em saúde, a CSDH (2005) propõe um modelo conceitual para o estudo dos DSS.

2.2.1 O modelo conceitual dos DSS

Diversos modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos que geram desigualdades de saúde por meio dos DSS, procurando identificar as conexões entre os diferentes determinantes de saúde e buscando pontos estratégicos para ações de políticas.

Para a CSDH, um modelo inclusivo para os DSS deve: esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram desigualdades de saúde; demonstrar como os principais determinantes estão relacionados entre si; fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; e mapear os níveis de intervenção e os pontos de ação de políticas.

Dessa forma, o modelo conceitual proposto pela CSDH (2005), e adotado pela CNDSS, aponta determinantes sociais específicos para os quais o trabalho da Comissão deve se direcionar, e fornece um contexto para compreensão da prioridade desses determinantes. Os pontos principais são os determinantes estruturais e intermediários, e o contexto sócio-político.

Os determinantes estruturais são aqueles que geram estratificação social e influem diretamente na criação e reprodução das desigualdades sociais. Eles incluem fatores tradicionalmente ligados à renda e à educação, o *status* profissional, gênero, raça e etnicidade, entre outros. Entre os determinantes estruturais o fator coesão social, é tido como fundamental, para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, demonstrando por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social, aspecto considerado central para a Comissão.

Para o modelo esses mecanismos configuram as oportunidades de saúde dos grupos sociais de acordo com sua posição na hierarquia do poder, com o prestígio e

com o acesso aos recursos. Com base na posição social, os indivíduos passam por diferente exposição e vulnerabilidade aos fatores que comprometem sua saúde. O modelo demonstra como a posição sócio-econômica de uma pessoa pode afetar sua saúde, mas que seu efeito não é direto. A posição social influencia a saúde por meio dos determinantes mais específicos, os intermediários.

Os determinantes intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social, e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras de saúde. Esses fatores incluem condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimentos, comportamento da população e barreiras para adoção de um estilo de vida saudável.

O modelo supõe que os membros de grupos sócio-econômicos inferiores vivem em circunstâncias materiais menos favoráveis que os membros de grupos mais elevados, e que as pessoas mais próximas à base da escala social assumem mais freqüentemente comportamentos que prejudicam a sua saúde.

Um elemento particular desse modelo é a incorporação do sistema de saúde, que também deve ser compreendido como um determinante intermediário, uma vez que, o sistema de saúde pode influenciar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, melhorando o acesso aos cuidados médicos, como também promovendo ações intersetoriais para melhorar o *status* de saúde da população.

O contexto sócio-político inclui um amplo grupo de aspectos estruturais, culturais e funcionais, cujo impacto sobre os indivíduos não pode ser medido individualmente, mas que exerce poderosa influência na formação de padrões de estratificação social e, portanto, sobre as oportunidades de saúde das pessoas. Nesse meio são encontrados vários mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas.

Atualmente, a globalização pode ser tratada como um macro-determinante social, tendo em vista que as instituições e processos globais influenciam crescentemente o contexto sócio-político, exercendo poderosa influência em todos os níveis da produção social de saúde: sobre a evolução dos contextos, sobre a estratificação social, e sobre a configuração de diversos determinantes específicos, como o acesso ao mercado, privatização de serviços públicos, padrões de consumo e de estilo de vida.

Ao enquadrar os processos globais como macro-determinantes de saúde, e controlar evidências apropriadamente, o modelo busca novas perspectivas de responder aos desafios colocados pela globalização.

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

Tendo em vista, a impossibilidade de se tratar de toda a gama de determinantes sociais ilustrada no modelo conceitual, acima resumido, se faz necessário fazer escolhas razoáveis sobre os tópicos abordados pelas Comissões para as atividades de construção de conhecimentos.

Nesse sentido, o estudo do acesso e utilização dos serviços de saúde são pontos importantes no que tange às responsabilidades e oportunidades do setor saúde de lidar com as desigualdades na área. Dessa forma, se colocando como aspecto relevante no estudo dos DSS, especialmente no caso brasileiro, com elevadas desigualdades de saúde, onde há constatado insuficiência de oferta de serviços de saúde para a população, verificada principalmente em regiões mais pobres, juntamente com um descompasso entre a oferta, a demanda e os investimentos no setor.

2.3 Acesso e utilização dos serviços de saúde

Pensar nos determinantes sociais da saúde, no que se refere à utilização de serviços implica em pensar que o sistema de saúde em si também deve ser compreendido como um determinante. O seu estudo é particularmente relevante no que se refere à oferta, utilização e acesso ao sistema, pois engloba as diferenças de condições e de situações de vida e as diferenças relativas à oferta heterogeneamente estruturada e distribuída, constituindo ela mesma, fator gerador de desigualdades (GERHARDT, 2006).

Nessa perspectiva, o projeto base de pesquisa intitulado “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de

serviços de saúde” propõe-se a estudar as interfaces entre os determinantes sociais e a mobilidade dos usuários, a partir da análise de fluxos e utilização de serviços da Atenção Básica e de Média Complexidade de alguns municípios da “Metade Sul” do Rio Grande do Sul. Contemplando, nessa proposta de estudo, uma análise da oferta e da demanda por esses serviços, considerando as condições de vida e as necessidades de saúde dos usuários, bem como uma análise da organização da rede de serviços e indicadores da oferta.

A utilização dos serviços de saúde é um processo complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que vão desde fatores de organização da oferta dos serviços às características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários.

Para Travassos e Martins (2004), “a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde”. Essas autoras tratam o processo de utilização dos serviços de saúde como resultante da interação do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do Sistema. A utilização é definida como a atitude de procurar os serviços, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

O acesso é considerado uma característica da oferta de serviços importante para a explicação da utilização, mas essa não se explica apenas por ele, diversos autores salientam que o uso dos serviços de saúde resulta de uma diversidade de fatores pessoais, sociais e econômicos.

Andersen (1973) em seu clássico modelo de utilização dos serviços de saúde define a influência do acesso na utilização dos serviços, por meio de fatores individuais, descritos como: fatores predisponentes (que pré-existem a doença e afetam a disposição das pessoas de usar serviços de saúde); fatores capacitantes (possibilidades de cada um de obter cuidados de saúde); e necessidades de saúde (percepção das pessoas quanto a sua saúde ou existência de diagnóstico profissional).

Para Unglert (1995), o acesso aos serviços de saúde está relacionado às condições de vida, alimentação, educação e poder aquisitivo dos indivíduos, assim como, à acessibilidade geográfica (distância e barreiras geográficas), funcional (horário de funcionamento e oferta de serviços), cultural (serviços adaptados às necessidades locais) e econômica (custos do atendimento).

Nessa perspectiva metodológica, Bós & Bós (2004), realizaram estudo sobre os determinantes da escolha de idosos entre o atendimento de saúde na rede pública ou privada no Rio Grande do Sul, no qual pesquisaram diversas variáveis demográficas, de relações sociais e composição familiar, ocupação, renda, aspectos socioculturais, sexualidade e saúde entre outros. Os resultados da pesquisa apontaram vários fatores influentes da escolha pela utilização de serviços privados que foram além da renda, como o sexo, a idade, a escolaridade e o tamanho e a inserção do idoso na família.

Esse estudo corrobora a discussão do item anterior, sobre a necessidade de as pesquisas envolvendo a temática da saúde incorporarem as diversas dimensões desta, que é complexa e envolve aspectos ligados à educação, ao emprego, à informação, às relações interpessoais e questões pessoais de cada indivíduo e usuário do sistema de saúde.

De maneira que, ao pensar uma determinação direta entre as desigualdades de renda e as desigualdades em saúde, reduzindo um tema de tão ampla complexidade a um único elemento, certamente incapaz de dar conta da realidade social, perde-se a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre os aspectos mais dinâmicos, subjacentes a cada realidade e suas várias relações com a saúde dos indivíduos.

No entanto, observa-se em diversos estudos a existência de um quase consenso de que pessoas expostas a condições sociais e econômicas desfavoráveis apresentam piores condições de saúde. Demonstrando a contínua tendência em se considerar à existência dessa relação direta e linear de determinação das desigualdades sociais em desigualdades de saúde, como fica evidente quando afirma Sagar (1994), parecer lógico que os pobres sejam menos saudáveis que os mais ricos e que o ambiente físico seja decorrente do ambiente social. A seguir, utilizam-se algumas pesquisas para ilustrar essa afirmação.

Travassos *et al.* (2000), utilizando os dados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV/IBGE) de 1996/1997, avaliaram as chances de indivíduos utilizarem os serviços de saúde segundo três estratos de rendimento. Encontrando desigualdade social na distribuição de cuidado médico favorável aos estratos de maior renda.

No mesmo sentido, com base na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989, Almeida *et al.* (2000) estimaram para cada quintil de renda uma taxa de utilização dos serviços de saúde, padronizadas por sexo e idade, e obtidas separadamente para indivíduos saudáveis e doentes. Os resultados apontaram que,

aproximadamente, 45% das pessoas do primeiro quintil de renda, e que tinham atividades restritas por motivo de saúde, utilizaram os serviços, enquanto esse percentual se elevou para os indivíduos com rendimento superior (69,2%). Já para as pessoas consideradas saudáveis, o último quintil apresentou uma taxa de utilização 50% maior que o primeiro.

Uma importante questão observada nesses estudos é a utilização de dados secundários. Embora esses tenham sua importância para o planejamento e organização do Sistema de Saúde, não se pode esquecer das suas limitações, como a utilização de macroespaços, coletas com diversas abordagens e metodologias e a aplicação de cálculos estatísticos, para por meio de médias expressarem uma realidade.

Outra dificuldade do uso de certos dados secundários para o estudo da utilização de serviços de saúde, conforme Dachs (2002), está no fato de que grandes investigações nacionais só possuem registros de indivíduos que buscaram atendimento. Onde a demanda reprimida na busca de serviços, pode identificar grandes distorções, ocultando situações de desigualdades tanto sociais quanto de saúde.

Em estudo com abordagem semelhante aos anteriores, Neri e Soares (2002), utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998, verificaram que a procura por serviços de saúde foi bastante superior no décimo de renda mais elevado (17,4%) quando comparado ao décimo mais inferior (8,5%). Verificando ainda que a procura pelos serviços por motivos de exames de rotina e prevenção tendia a ser mais elevada nos últimos décimos de renda, enquanto que a distribuição de renda segundo a procura de serviços por motivo de doença foi decrescente da base para o topo.

Quanto à análise de outros determinantes que não eram propriamente de renda, muito embora estivessem vinculados a esta, os referidos autores observaram que o principal determinante para o consumo dos serviços de saúde foi o indivíduo possuir plano de saúde, o que aumentava suas chances de consumir os serviços em 452%, enquanto que o motivo doença teve importância secundária, uma vez que sua presença contribuiu para o consumo de serviços de saúde em aproximadamente 155%. Nesse caso, o consumo dos serviços de saúde no Brasil estaria mais relacionado com o acesso aos serviços do que à necessidade de cuidados médicos,

ou seja, estaria mais relacionada a características de oferta dos serviços de saúde do que às características de demanda.

Esses estudos, embora demonstrem preocupação com a questão social da saúde, não incorporam o universo de fatores que envolvem a temática, reduzindo-a diversas vezes a um único elemento da realidade social. O que se constata é que a maioria dos estudos e políticas se preocupa fundamentalmente com o financiamento, o que de fato é importantíssimo para a organização dos serviços e funcionamento do Sistema de Saúde. No entanto, essas formas de analisar a realidade têm conduzido a intervenções, geralmente limitadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde, em detrimento da aplicação de políticas locais, capazes de interferir de forma positiva na condição de saúde da população.

Conforme revisão bibliográfica realizada por Santos (2006), onde analisou 26 estudos brasileiros, produzidos após a criação do Sistema Único de Saúde, procurando identificar as diferentes operacionalizações dos estudos sobre desigualdades sociais e de saúde, há poucas mudanças na forma de abordagem do tema, com uma concepção de saúde predominantemente associada à ausência de doenças e a maioria dos estudos centrados no acesso e utilização dos serviços médicos, diferenciados por indicadores socioeconômicos.

Essa visão coloca como alvo um número muito limitado de determinantes, desconsiderando a existência de relações com outros fatores e reduzindo o tema a um escopo que não consegue ser amplo o suficiente para lidar com as barreiras sociais à utilização desses serviços.

De forma que para uma maior compreensão dos determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde é preciso reconhecer a natureza variada e complexa das formas de procura por cuidados, incorporando aos estudos um pensar sobre os fatores econômicos e sociais como elementos constituintes das condições de vida, como sugere Raynaut (1996), ampliando o olhar sobre a realidade dos indivíduos e indo além das questões econômicas, no entanto sem as excluir, para pensar toda a face material da realidade, como as condições materiais de vida (condições de moradia, transporte, saneamento), e a disponibilidade e a utilização de bens e serviços (serviços de saúde, segurança, informação), entre outros (educação, condições de trabalho, esporte, lazer) que compõem o quadro de vida desses indivíduos.

Da mesma forma que, se faz necessário, introduzir elementos novos ao estudo do tema, como as investigações a respeito da influência das redes de apoio e do apoio social no processo de manutenção da saúde e da procura por cuidados, tema central da discussão sobre os determinantes sociais da saúde e de grande relevância para o desenvolvimento de programas e políticas na área.

2.4 Rede de apoio e apoio social

Os relacionamentos sociais e o enquadramento em uma rede social de apoio são, atualmente, reconhecidos como fatores de importante influência sobre as condições física e mental das pessoas (GRIEP, 2007; CHOR *et al.*, 2001), sendo considerados determinantes sociais da saúde, conforme mencionado no modelo conceitual proposto para a análise dos DSS, onde o tema é tratado sob o termo de coesão social, entendido como as relações de solidariedade e confiança entre grupos e indivíduos.

A associação entre redes sociais e saúde foi sugerida, de forma independente, na década de 1970, pelos epidemiologistas Sidney Cobb e John Cassel, ao reunirem evidências de que uma ruptura nas relações sociais aumentava a suscetibilidade dos indivíduos ao desenvolvimento de doenças (CHOR *et al.*, 2001). Desde então, diferentes estudos têm observado relação direta entre relacionamentos sociais, condições de saúde e qualidade de vida (CARNEIRO *et al.*, 2007; FLECK *et al.*, 2002), enquanto que a ausência ou pobreza de relações sociais configuraria um fator de risco à saúde considerada tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física (ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

Definidas como “teias” de relações sociais que circundam os indivíduos, ou como citado por Griep (2007), como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, constituído de ligações importantes que tornam disponível diferentes tipos de ajuda, as redes sociais atuam como determinantes de atitudes e comportamentos, por meio do acesso a informação e recursos, oportunidades e estímulo a hábitos de vida.

Enquanto que o apoio social pode ser entendido como o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções como apoio emocional, material e afetivo, tratando-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos tanto para o receptor, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas (CHOR *et al.*, 2001).

Embora os mecanismos de ação exercidos pela rede de apoio e o apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido esclarecidos, diversos são os argumentos em favor da idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde.

Uma hipótese é que atuariam com um efeito tampão sobre o sistema imunológico, contribuindo para manutenção da saúde das pessoas, amenizando os efeitos patogênicos do estresse, permitindo que essas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de grandes perdas ou rupturas emocionais. Outro possível efeito do apoio social seria sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e do controle sobre a mesma, o que seria benéfico para a saúde (CASSEL, 1974).

Para Andrade e Vaitsman (2002), as redes sociais também exercem influência positiva no monitoramento da saúde, onde um indivíduo chama a atenção do outro para mudanças físicas visíveis, alimentação, exercícios físicos, adesão a tratamentos medicamentosos e comportamentos pessoais, entre outros.

Nessa perspectiva, poucas são as dúvidas a respeito da capacidade das redes sociais e do apoio social de exercer influência na saúde das pessoas, incluindo-se a sua influência como determinante social do acesso e utilização dos serviços de saúde.

No entanto, mesmo com o esforço dos estudos epidemiológicos de incorporar aspectos sociais às investigações, a dimensão das relações sociais, no Brasil, permanece, praticamente, inexplorada. Circunstância que para Chor *et al.* (2001), pode ser parcialmente explicada pelas inconsistências conceituais existentes e pela dificuldade na transformação desses conceitos em variáveis, dificultando a operacionalização dos estudos sobre essa dimensão.

Dessa forma, alguns autores têm focalizado aspectos teóricos (CHOR *et al.*, 2001; MATSUKURA, MARTURANO e OISHI, 2002), mas ainda são poucas as publicações sobre o tema no Brasil. Entre os estudos identificados, as formas propostas para caracterização da rede social foram semelhantes, sendo essa

abordada quanto às características de tamanho (número de membros), tipo de relacionamentos (filhos, parentes, amigos, vizinhos, etc.), força das ligações (grau de intimidade e intensidade emocional), frequência e tipo de contatos (pessoal ou à distância) e qualidade das relações (apoio positivo ou negativo).

Enquanto que o apoio social foi avaliado a partir da percepção do indivíduo quanto à habilidade da rede social em satisfazer suas necessidades em determinadas funções, como: apoio emocional - apoio em problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida; apoio afetivo - demonstrações físicas de afeto, como abraços; apoio de informação - informações para lidar com problemas, aconselhamentos, sugestões e informações; apoio instrumental ou material - ajuda material, em dinheiro, nas tarefas pessoais ou da casa; e interação social positiva - ter alguém com quem distrair-se e realizar atividades agradáveis (CHOR *et al.*, 2001; MATSUKURA, MARTURANO e OISHI, 2002; CARNEIRO *et al.*, 2007; ROSA *et al.*, 2007).

Um importante fato observado foi a inexistência de instrumentos de origem brasileira para a avaliação quantitativa da rede de apoio e apoio social, com exceção do estudo de Langer *et al.* (1996), que tinha conteúdo especificamente dirigido ao período de gestação, parto e puerpério. De forma que, notou-se em parcela significativa dos estudos a utilização de instrumentos internacionais traduzidos, validados e adaptados ao contexto brasileiro (CHOR *et al.*, 2001; MATSUKURA, MARTURANO e OISHI, 2002; CARNEIRO *et al.*, 2007).

Tais estudos, além de contribuírem para a base teórica da investigação sobre as redes e o apoio social, têm encontrado resultados que avalizam sua pertinência. Dessen e Braz (2000), em estudo sobre transições familiares decorrentes do nascimento de filhos, encontraram aumento do apoio social, tanto em termos de apoio psicológico quanto material, considerados fundamentais para o bem-estar da família nesse período.

De forma semelhante, estudos sobre a influência da rede e apoio social entre idosos observaram, de forma positiva, elevação nos índices de ajudas recebidas conforme aumenta a idade, momento em que é esperado que o idoso passe a ser menos independente funcionalmente (ROSA *et al.*, 2007). E níveis positivos de apoio social e qualidade de vida entre idosos com rede social mais ampla, enquanto que os idosos moradores de asilo, com rede social reduzida, apresentaram níveis mais elevados de depressão (CARNEIRO *et al.*, 2007).

Esses estudos corroboram a relevância do desenvolvimento de investigações sobre as redes sociais e o apoio social como determinantes sociais da saúde, na medida em que podem contribuir para a compreensão do complexo processo de manutenção da saúde.

No mesmo sentido, as redes de apoio e o apoio social configuram elementos importantes na investigação dos DSS, no que tange aos determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde, tendo em vista, seu potencial de exercer influência sobre a tomada de decisão pela procura ou não de atendimento em serviços da rede de saúde, por meio do monitoramento da saúde entre os indivíduos, do acesso a informações quanto à oferta e funcionamento de serviços, e do apoio material, entre outros.

2.5 Determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde em Camaquã/RS

A revisão de literatura percorre um caminho reflexivo que, inicialmente, destaca as relações entre desigualdades sociais e saúde, afirmando-se a necessidade de compreensão dos elementos que interferem nessas relações, que não devem ser tratados em uma simples razão direta de causa-efeito, e que vão além do fator econômico. De modo que, a exploração do referencial traz a discussão acerca da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a realidade dos indivíduos, por meio de uma visão ampliada, considerando a complexidade de elementos que compõem as condições de vida das pessoas e suas relações com a saúde.

As desigualdades sociais são marcantes na sociedade brasileira e estão presentes ao longo de toda a sua história. Atualmente, embora alguns indicadores apontem certa redução desse quadro, as diferenças internas do país mostram, ainda, muitos contrastes entre grupos sociais e regiões, com uma pequena parcela da população concentrando grande riqueza, poder político e social, enquanto grande parte dessa mesma população permanece excluída das oportunidades de crescimento e ascensão social, o que faz do Brasil um dos países mais desiguais do mundo.

Nesse contexto, o estudo das relações entre desigualdades sociais e sua tradução em termos de disparidades de saúde torna-se um elemento essencial para a compreensão da procura e utilização dos serviços de saúde, e conseqüente planejamento em saúde no País. No entanto, o foco, da maioria dos estudos, em elementos isolados como renda ou escolaridade, parece ignorar a complexidade de fatores que envolvem essas relações e a influência desse contexto na saúde das pessoas.

Nesse sentido, o estudo dos DSS aparece como um outro caminho para se tratar à saúde abrangendo a complexidade da vida social e sua influência na saúde das pessoas. Por meio do estudo dos diversos mecanismos, estruturais e intermediários, através dos quais os determinantes sociais geram desigualdades de saúde, e da identificação das conexões entre esses diferentes determinantes, por meio do estudo dos DSS busca-se avaliar as prioridades, mapear níveis de intervenção e pontos estratégicos para ação de políticas de acordo com a realidade de cada contexto sócio-político, tendo como objetivo a redução das desigualdades em saúde.

Neste estudo, em vista da impossibilidade de se tratar de toda a gama de determinantes, optou-se por trabalhar com os determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde, entendendo-os como pontos importantes no que tange às responsabilidades do setor saúde em lidar com as desigualdades na área.

A utilização dos serviços de saúde é definida como a atitude de procurar atendimento e obter acesso, tratando-se de um processo complexo resultante de um conjunto amplo de determinantes que vão desde fatores de organização da oferta às características demográficas, econômicas, sociais e culturais dos usuários.

Neste ponto, o acesso entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde, e que abrange os fatores individuais, predisponentes e as necessidades de saúde, além de fatores contextuais que limitam e ampliam a capacidade do uso dos serviços, aparece como uma condição importante para a utilização dos serviços de saúde. Porém pensar o uso dos serviços apenas com base na ampliação do acesso pode levar ao equívoco de reduzir novamente a problemática a um único elemento, incapaz de explicar esse complexo processo, pela sua insuficiência para lidar com as barreiras sociais a utilização dos serviços, que vão do conhecimento quanto a sua oferta, compreensão

da necessidade de sua utilização, satisfação em relação aos serviços oferecidos, às condições de acesso econômico, geográfico e funcional entre outros.

De maneira que o estudo do acesso e da utilização dos serviços de saúde, a partir dos DSS, implica em pensar o próprio sistema de saúde como um determinante social, visto que, as diferenças relativas à oferta heterogeneamente estruturada e distribuída, constituem, em si próprias, fatores geradores de desigualdades.

Nesse contexto as redes de apoio e o apoio social, embora possam ser considerados determinantes estruturais, serão investigados em sua influência sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, para que por meio de um olhar ampliado sobre os elementos sociais constituintes das condições de vida dos pesquisados possa melhor compreender-se a natureza complexa e variada das formas de procura por cuidados em saúde.

No município de Camaquã, pertencente à área empírica do projeto base de pesquisa, essa problemática de estudo emerge da condição de centro regional tanto em termos econômicos como de serviços ofertados. Com uma população predominantemente urbana, o Município apresenta todos os problemas sociais típicos das cidades brasileiras de médio porte, como desemprego, violência, pobreza e áreas de favelização, concentrando situações sociais diversas em um mesmo espaço, o que favorece o desenvolvimento deste estudo cujo tema são as desigualdades sociais e suas repercussões no acesso e utilização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, para tentar responder a problemática apresentada, são traçadas algumas questões básicas de pesquisa: quais as condições e o contexto de vida dessa população? Existem diferenças no acesso e na utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã? Que fatores sociais influenciam a utilização desses serviços? Como se caracterizam essas diferenças? A existência de redes sociais e o apoio social exercem influência sobre a procura por serviços de saúde?

Acredita-se que este estudo seja relevante visto a sua magnitude como proposta de revisão das políticas públicas atuais quanto aos determinantes sociais da saúde e o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), em nível local, e desta forma, poderá contribuir para o município em estudo.

O que se espera é que essa investigação possa servir para conhecer a dinâmica local de utilização dos serviços de saúde, e identificar os possíveis pontos

de exclusão ao sistema, podendo compor importante base para o planejamento local de saúde, assim como, para possíveis estudos de intervenção capazes de ampliar o acesso e a utilização da rede de serviços de saúde local.

A formulação desse problema de estudo subsidia a apresentação dos objetivos a seguir.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as diferenças na utilização dos serviços de saúde por usuários da área urbana de Camaquã, a partir da identificação e análise dos determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços da rede municipal de saúde.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Caracterizar as condições de vida e saúde da população em estudo, por meio do perfil dos grupos sociais aos quais pertencem no município de Camaquã;
- Identificar e analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais do município em estudo;
- Identificar e analisar as redes de apoio e o apoio social e sua influência como determinante da utilização dos serviços de saúde entre os diferentes grupos sociais do município em estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Pressupostos metodológicos

Este é um estudo epidemiológico de base populacional, com desenho seccional, que utilizou coleta e análise quantitativa dos dados. A escolha por esse formato de pesquisa segue as reflexões de Rouquayrol e Almeida Filho (2003), que referem que a epidemiologia descritiva, além de permitir a exploração circunstanciada do fenômeno, possibilita hipóteses geradoras de novos conhecimentos.

Quanto ao caráter seccional, Pereira (1995, p.298) relata que esse tipo de estudo informa sobre “a situação existente em um particular momento, o que é muito útil em planejamento de saúde”, estando adequado aos objetivos dessa investigação.

4.2 Caracterização da área de estudo

O município de Camaquã pertence à área empírica do PROINTER, foi um dos municípios investigados pelo Programa, existindo, portanto diversas informações quanto as suas heterogeneidades, seu funcionamento econômico e social, e a realidade local, em relatórios do Programa Interdisciplinar (UNIVERSIDADE..., 2003), que serão aqui, brevemente, apresentados para melhor compreensão do local da pesquisa.

O Município está localizado à margem direita da Laguna dos Patos e à margem esquerda do rio Camaquã, distante 130 quilômetros da Capital do Estado, Porto Alegre, possui 1680 Km² e tem na rodovia federal, BR 116, o principal meio de acesso à cidade.

Segundo dados do censo de 2000 (IBGE, 2004), a população total do município de Camaquã era de 60.383 habitantes, número que permaneceu praticamente inalterado (60563 habitantes) na Contagem Populacional de 2007 (IBGE, 2007). A

população é predominantemente urbana, com 77,95% dos munícipes residindo na sede municipal, e, ainda conforme os dados do censo de 2000 (IBGE, 2004), o Município tinha 17.824 domicílios particulares permanentes, com um número médio de 3,38 pessoas por domicílio.

Configura-se como pólo regional de crescimento urbano, com a mais elevada taxa de densidade populacional e a segunda taxa de crescimento populacional da região. A população é predominantemente urbana, constatando-se a presença de todos os problemas típicos das cidades médias brasileiras, tais como a presença de favelas, problemas sociais relacionados à miséria, desemprego, drogas e violência, entre outros.

O rendimento médio familiar é superior ao da região e bastante próximo daquele do Estado. Destaca-se em relação à região pelo elevado valor do PIB *per capita*, também próximo àquele do Estado e pela grande participação do setor industrial em sua composição (beneficiamento de arroz e curtumes), bem como pela presença do setor comercial, evidenciando uma diversificação da sua base econômica.

A situação agrária caracteriza-se por uma média concentração da propriedade, maior que a região, pois parte do Município ocupa a planície costeira, sabidamente uma região de produção de arroz e onde predominam as médias e grandes propriedades. Há uma importante presença de exploração de granito ainda realizada em pequena escala, portanto com impactos ambientais médios.

A agricultura é especializada em lavoura com elevados rendimentos, uso de mão de obra e mecanização. O Município caracteriza-se por uma agricultura diversificada e intensiva, seja patronal que é a mais freqüente, ou seja, a familiar, ambas com elevada produtividade. Como em toda a região observa-se pouca presença de matas e florestas, distinguindo-se, porém Camaquã pela ocorrência de maiores áreas de reflorestamento que chegam a representar um terço da área da primeira.

A situação social do Município é caracterizada por índice de escolaridade e sindicalização acima da média da região de estudo, com baixa taxa de mortalidade geral e alto grau de urbanização, decorrência da situação econômica (diversificada), da existência de um centro urbano regional e proximidade da BR 116.

4.2.1 A área urbana do município de Camaquã

Camaquã possui uma taxa de urbanização de 77,95% e um perímetro urbano de 37,58 Km², com a sede localizada na região central do Município.

Roese (2005) realizou uma caracterização qualitativa dos 30 bairros existentes na sede municipal a partir do padrão de vida, por meio de variáveis de padrão de habitação (tipos de moradia), condições de saneamento, pavimentação e iluminação pública, definindo quatro categorias de padrão de vida: médio alto e alto padrão de vida, médio padrão de vida, baixo e médio baixo padrão de vida e precário padrão de vida.

A partir dessa caracterização, a autora observou que quanto mais próximo ao centro da sede municipal, melhor era o padrão de habitação das residências, enquanto que os bairros periféricos pareciam representar os núcleos de maiores desigualdades do Município, situação comum entre as cidades brasileiras de médio e grande porte.

Em relação à estrutura de educação, a sede municipal conta com 34 escolas, sendo 18 municipais, 8 estaduais e outras 8 particulares. A sede também dispõe de três creches públicas e três não governamentais, e, ainda, dois centros comunitários que recebem as crianças em turno inverso ao da escola para atividades educativas (CAMAQUÃ, 2003).

Quanto ao saneamento básico, 16264 domicílios (91,25%) possuem água tratada, 80% dos domicílios estão ligados à rede de esgoto urbano, 10% possuem fossa séptica e, os demais, fossa negra. A coleta de lixo é realizada por uma empresa privada, e há coleta seletiva que atende 95% do perímetro urbano, que é realizada uma vez por mês. Enquanto que a limpeza urbana é de responsabilidade da prefeitura municipal (CAMAQUÃ, 2003b).

Em síntese o município de Camaquã caracteriza-se como um centro urbano, relativamente dinâmico em termos econômicos exercendo o papel de centro regional tanto em termos econômicos quanto em relação aos serviços ofertados. Apresenta uma economia diversificada e todos os problemas sociais decorrentes de uma cidade deste porte.

4.2.2 Caracterização da rede de serviços de saúde

O município de Camaquã é assessorado pela 2ª Coordenadoria Estadual de Saúde, situada em Porto Alegre, e é habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica. Conforme dados do DATASUS, em 2008, a rede de serviços de saúde do Município contava com um total de 82 estabelecimentos de saúde, sendo 28 deles com administração pública municipal. Os serviços com administração municipal estavam distribuídos em 8 centros de saúde/unidades básicas, 2 policlínicas e 18 postos de saúde, sendo 3 unidades de saúde da família. A rede municipal de saúde ainda era composta por 6 clínicas especializadas/ambulatório de especialidades, 35 consultórios isolados, 1 hospital geral e 12 Unidades de Apoio à Diagnose e Terapias.

A rede pública dispunha ainda, de convênios com clínicas, laboratórios, médicos e odontólogos. Conforme Roese (2005), o atendimento em odontologia, na atenção básica, para crianças entre zero e quatorze anos de idade era realizado mediante marcação continuada das consultas, de forma a garantir o atendimento a esta faixa etária.

Ainda conforme essa autora, a rede de serviços encontra-se na sede municipal, de forma que o meio rural é atendido uma ou duas vezes ao mês pela unidade móvel. Para Roese (2005), que observou que o hospital de Camaquã atende a população encaminhada por municípios vizinhos, concretizando os princípios da regionalização, dada a situação de Camaquã como cidade-pólo, a rede básica carece de profissionais, organização dos serviços e atendimentos ao interior do Município.

O retrato da conjuntura atual do Município e das condições de vida dos sujeitos poderão ser melhor conhecidos no presente estudo, com a aproximação da área empírica e o conhecimento da realidade local.

4.3 População em estudo

A população em estudo foi definida por amostra aleatória das famílias residentes na área urbana do município de Camaquã, aqui compreendidas como o grupo de pessoas que compartilham do mesmo domicílio, potenciais usuários da rede municipal de serviços de saúde.

A técnica para definir as famílias que participaram da amostragem foi aleatória simples. Goldim (2000, p.50) refere que “esta técnica implica em que todos os elementos da população estudada tenham uma probabilidade (p) igual e independente de serem selecionados antes do início do processo”.

Para a definição do tamanho amostral foi adotado o valor antecipado para “ p ” de 0,5. O objetivo é maximizar a variância populacional garantindo a não subestimação da amostra.

O nível de confiança estabelecido foi de 90% e um erro máximo de 5,0%, ou seja, em 90% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido p por no máximo 5,0%. Dessa forma, o tamanho da amostra requerida para este estudo foi estabelecido em 256 famílias.

Os critérios de inclusão utilizados foram: os informantes terem condições de responder ao instrumento de pesquisa, a família ser moradora da área urbana do município e aceitar participar do estudo. Critérios de exclusão não foram definidos a priori.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

Para coleta dos dados, foi utilizado como fonte um inquérito domiciliar. O instrumento utilizado (Apêndice A) foi composto de duas partes, a primeira referia-se ao contexto familiar, contendo informações demográficas, de condições de vida, redes de apoio e apoio social, cobertura por plano de saúde e percepção familiar sobre morbidades, tendo sido dirigida ao informante, pessoa adulta que tivesse conhecimento das condições e situações de vida dos integrantes da família, preferencialmente, os responsáveis pelo domicílio (auto-referidos). Enquanto que a

segunda parte foi constituída de informações sobre as características de saúde (morbidades) dos moradores e do acesso e utilização dos serviços de saúde da rede municipal, sendo dirigida a cada integrante da família, podendo ser respondida pelo informante quando o questionamento direto não fosse possível.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fez-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Camaquã e o projeto foi apresentado ao Secretário de Saúde daquele município.

Um mapa contendo as quadras (numeradas) e logradouros do Município foi fornecido pela Prefeitura Municipal por meio de sua página eletrônica. Para contemplar o número de inquéritos proposto, conforme amostra probabilística, inicialmente foram sorteadas as quadras de maneira sistemática, após foram sorteados os logradouros, de modo a definir o lado da quadra a ser visitado, e assim localizados os domicílios. Isto é, definidos esses critérios, o logradouro sorteado era percorrido a partir do menor número até a realização do inquérito. Caso não fosse possível realizar o inquérito no logradouro sorteado ou não existissem residências no mesmo, os demais logradouros no entorno da quadra eram percorridos, observando-se o sentido horário. Caso, mesmo assim, não fosse possível realizar o inquérito, nova quadra era sorteada.

No caso de o entrevistador não ser atendido, ou a família recusasse participar do estudo a próxima casa era visitada, observando os critérios já descritos. Na situação de haver mais de um domicílio no mesmo número, os mesmos eram sorteados.

O trabalho de campo ocorreu no período de abril a julho de 2008, os inquéritos foram realizados no domicílio dos munícipes pelo pesquisador e por pessoal treinado sob sua supervisão. Inicialmente, uma enfermeira auxiliou na coleta de dados, posteriormente, outro enfermeiro e mais seis alunos da graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foram treinados.

No treinamento foram seguidos os procedimentos adotados por Paskulin (2006), este consistiu de reuniões com os pesquisadores e teve por objetivo parear os indivíduos que fariam parte da coleta dos dados por meio da apresentação do projeto de pesquisa e orientação sobre a utilização do material para a realização da pesquisa (questionário e planilha de quadras e logradouros sorteados). No decorrer do treinamento o instrumento de coleta de dados foi discutido de modo detalhado,

bem como o procedimento de coleta dos dados, com destaque para a importância da uniformidade na realização do levantamento.

Cada pesquisador ficou responsável por um número determinado de domicílios. Ao identificar o domicílio a ser visitado, o entrevistador apresentava-se e comentava dados gerais do projeto. A partir do interesse demonstrado pelo morador em participar da pesquisa, esse recebia informações mais detalhadas sobre os objetivos do estudo, bem como lhe era fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Após o consentimento, era aplicado o instrumento de pesquisa anteriormente descrito.

Para avaliar a aplicabilidade do instrumento, assim como a compreensão das questões sobre as variáveis demográficas, de condições de vida, rede de apoio, apoio social, e de saúde foi realizado um estudo piloto com cinco famílias. Após a realização do teste, a fim de facilitar o entendimento dos respondentes e o preenchimento do instrumento pelo entrevistador, foram reformuladas algumas questões e alterada a ordem de apresentação de algumas outras.

4.5 Variáveis

Foram consideradas variáveis demográficas, de condições de vida, redes de apoio, apoio social, morbidades e utilização dos serviços de saúde.

Demográficas:

- Idade.
- Sexo: masculino e feminino.
- Estado conjugal: casado, vivendo maritalmente, viúvo, divorciado, separado ou desquitado (sem companheiro atual) e solteiro (nunca casou).
- Ocupação atual: optou-se por utilizar essa questão de forma aberta. Num segundo momento as respostas foram agrupadas em: população economicamente ativa (PEA), no Brasil calculada pelo IBGE como o conjunto de pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego, considerando pessoas a partir dos 10 anos de idade; e não

economicamente ativa (PNEA), correspondendo aos indivíduos que não trabalham ou não recebem remuneração, como os aposentados, donas de casa, estudantes e crianças. E, posteriormente, ainda agrupou-se a população economicamente ativa em profissionais não braçais especializados, braçais especializados, braçais e não braçais semi-especializados e braçais e não braçais não especializados (Apêndice C).

- **Escolaridade:** o levantamento das informações ocorreu com base no número de anos de estudo dos indivíduos. Para análise e interpretação dos dados, foi utilizada a escolaridade máxima encontrada na família, ou seja, foi considerada a escolaridade mais elevada observada entre os componentes de cada família. Optou-se por trabalhar com a escolaridade máxima por entender que esse seja um indicador com potencial para descrever a condição social das famílias de maneira atual, contemplando as exigências verificadas atualmente, onde a escolaridade mostra-se constantemente associada às possibilidades de trabalho e ascensão social. Essa variável foi agrupada em quatro categorias: de 0 a 4 anos de estudo, de 5 a 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos de estudo e 12 anos de estudo ou mais.

Condições de vida:

- **Padrão de moradia:** tipo de moradia (casa, apartamento, barraco, outro); tipo de construção (alvenaria, madeira, mista, outros); condições da residência (frestas nas paredes, sem forro, sem piso, cobertura com goteiras, sem pintura ou acabamento precário).
- **Densidade habitacional:** número de pessoas residentes por dormitório no domicílio.
- **Estrutura da residência:** número de cômodos do domicílio; número de quartos; número de banheiros do domicílio; e tipo dos sanitários (dentro de casa com descarga, dentro de casa sem descarga, fora de casa com descarga, fora de casa sem descarga).
- **Acesso a serviços essenciais:** acesso à energia elétrica e à água encanada, ocorrência de falta de água e opções quando da falta dessa. Num segundo

momento as respostas obtidas referentes à água foram agrupadas em: tem água encanada que falta seguidamente e não possui nenhum tipo de recurso, tem água encanada que falta seguidamente, mas possui recursos (poço, caixa d'água, outros), tem água encanada e falta raramente, tem água encanada e nunca falta.

- Saneamento: destino dos dejetos sanitários (rede pública de esgoto, fossa séptica, canal de escoamento, outros); destino do lixo (coletado em casa, coleta coletiva, queimado, jogado, enterrado, outros).
- Condições econômicas: foi utilizado um sistema de pontos obtidos a partir da posse de bens de consumo duráveis e serviços, adaptado do Critério de Classificação Econômica Brasil, desenhado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2003), conforme utilizado por Paskulin (2006), apresentado no apêndice D.

Rede de apoio e apoio social

- A rede de apoio foi caracterizada a partir do número de parentes e amigos íntimos do respondente, e da frequência da participação deste em atividades em grupo, nos últimos 12 meses (atividades esportivas ou artísticas, reuniões de associação de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, e trabalho voluntário), conforme método proposto por Chor *et al.* (2001).
- O apoio social foi avaliado a partir da percepção do respondente quanto à habilidade da rede social em satisfazer suas necessidades em funções como: apoio emocional (apoio em problemas emocionais, confidenciais e de encorajamento em momentos difíceis da vida); apoio afetivo (demonstrações físicas de afeto, como abraços); apoio de informação (informações para lidar com problemas, aconselhamentos, sugestões e informações); apoio instrumental ou material (ajuda material, em dinheiro, nas tarefas pessoais ou da casa); e interação social positiva (ter alguém com quem se distrair e realizar atividades agradáveis), conforme método proposto por Chor *et al.* (2001).

Morbidades e utilização dos serviços de saúde

- Cobertura de plano de saúde: se tem direito a algum tipo de plano de saúde; avaliação pessoal do plano de saúde; forma de pagamento; e cobertura (consultas médicas, exames complementares, internação hospitalar, medicamentos e assistência odontológica).
- Restrição de atividades: deixou de realizar alguma atividade habitual nas últimas duas semanas por problemas pessoais de saúde. Em caso afirmativo, quantos dias deixou de realizar suas atividades e qual o principal motivo.
- Problemas de saúde: refere ou não ser portador de alguma doença ou problema de saúde. Em caso afirmativo, quais os problemas, tratamento e instituição onde realiza o acompanhamento.
- Medidas tomadas em caso de problemas de saúde costumeiros e graves (automedicação, cuidados tradicionais/caseiros, procura por serviços de saúde).
- Procura por profissional ou serviço de saúde: de referência ou variável.
- Ocorrência de doença ou necessidade de atendimento em saúde nas duas semanas anteriores ao inquérito. Em caso afirmativo, se procurou atendimento; número de buscas por atendimento nas duas semanas; tipo de atendimento procurado (farmácia, posto ou centro de saúde, médico particular, consultório odontológico ou de outros profissionais de saúde, ambulatório ou consultório de sindicato ou empresa, pronto-socorro ou emergência, hospital, outros); motivo para procurar por tal tipo de atendimento (atendimento gratuito, pela localização, encaminhamento, falta de outro serviço disponível, por considerar um bom serviço, por ter plano de saúde, ou por outros motivos); efetivação de atendimento, em caso negativo, qual o motivo (não conseguiu vaga ou senha, não tinha profissional atendendo, não tinha serviço ou profissional especializado, serviço ou equipamento não estava funcionando, não pôde pagar, esperou muito e desistiu, outros motivos).
- Em não tendo procurado atendimento, mesmo em resposta afirmativa para problema de saúde, qual foi o motivo (não foi preciso, problema de

distância, dificuldade de transporte, dificuldade econômica, serviço de saúde fechado, ou outros motivos).

- Atendimento odontológico (menos de 1 ano, de 1 a 2 anos, 3 anos ou mais, nunca fez).
- Atendimento preventivo para mulheres maiores de 25 anos: última realização de exame clínico de mamas por profissional de saúde (menos de 1 ano, de 1 a 3 anos, 4 anos ou mais, nunca fez); última realização de mamografia (menos de 1 ano, de 1 a 2 anos, 3 anos ou mais, nunca fez); última realização de exame preventivo de câncer de colo de útero saúde (menos de 3 anos, de 3 a 5 anos, 6 anos ou mais, nunca fez).

4.6 Análise de dados

Inicialmente, os dados coletados foram inseridos em um banco de dados elaborado no *software* Microsoft Access. A seguir, esses dados foram codificados e exportados ao *software* SPSS 13.4 para realização da análise estatística.

Os dados foram agrupados em dois bancos de dados diferentes, o primeiro continha informações sobre a estrutura e condições de vida das famílias, cobertura por planos de saúde e questões relativas às redes de apoio e o apoio social, enquanto no segundo banco de dados foram armazenadas as informações sobre a saúde dos indivíduos (morbidade referida) e questões relativas ao acesso e utilização dos serviços de saúde.

Seguindo-se os passos de Gerhardt e Nazareno (1998), foi construído um indicador de condições de vida da população em estudo (Apêndice D). A partir dos critérios utilizados procedeu-se à estratificação dessa população em diferentes grupos sociais, empregando-se a análise de *clusters*. Esse procedimento, por meio de um algoritmo capaz de lidar com um grande número de casos, identificou na população estudada quatro grupos diferenciados e, ao mesmo tempo, homogêneos entre si, que foram agrupados em quatro categorias de nível de vida: inferior, médio, médio-superior e superior.

Por meio de análise freqüencial, ou univariada, foi realizada a caracterização de cada um dos quatro grupos sociais, descrevendo-se, ainda que de forma sintética,

as variáveis utilizadas no indicador de condições de vida, de forma a explicitar as condições observadas em cada grupo social e, ainda, as diferenças verificadas entre esses.

Para a análise estatística as variáveis relativas à morbidade referida, acesso e utilização dos serviços de saúde foram as variáveis dependentes. As variáveis independentes foram: sexo, grupo etário, escolaridade máxima na família, nível de condições de vida, condição subjetiva de saúde, rede de apoio e apoio da rede social. As variáveis pesquisadas foram analisadas por meio de estatística descritiva e análise bivariada. Segundo Polit e Hunglert (1995), a análise bivariada foca-se nas relações entre diferentes variáveis. Assim, utilizou-se o teste qui-quadrado, para avaliar a significância estatística nos cruzamentos estabelecidos. Por meio desses cruzamentos, objetivou-se identificar elementos que atuem como determinantes sociais da utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã.

As redes de apoio foram analisadas por meio de estatística descritiva e análise bivariada, estabelecendo-se cruzamentos entre as variáveis: número de parentes íntimos referidos; número de amigos íntimos referidos; frequência da participação em atividades em grupo nos últimos 12 meses; e os níveis de vida; tendo por objetivo identificar possíveis disparidades em relação ao tamanho das redes de apoio entre os diferentes grupos sociais.

Já o apoio social foi avaliado a partir da percepção do respondente quanto à habilidade da rede social em satisfazer suas necessidades em funções como: apoio emocional, apoio afetivo, apoio de informação, apoio material e interação social positiva. Como na versão original, o questionário foi composto por 19 itens, para cada item, o indivíduo deveria indicar com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre; sendo que para cada resposta foram atribuídos escores, a fim de padronizar os resultados de cada dimensão de apoio social, de maneira que quanto maior o escore, maior o nível de apoio experimentado (CHOR *et al.* 2001).

Na análise dos dados relativos ao apoio social, utilizou-se regressão logística para investigar a magnitude da associação entre as diversas dimensões de apoio social e as variáveis: procurou serviços de saúde e restrição de atividades habituais, onde a exposição foi representada pelos tercís dos escores de cada dimensão de apoio social (ANDRADE *et al.* 2005).

4.7 Considerações éticas

As considerações éticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados, conforme resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Os sujeitos foram esclarecidos oralmente sobre os objetivos do estudo e após receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para confirmar a aceitação da participação no projeto por meio da assinatura pessoal ou por representante legal do documento. Sendo que foi garantida a privacidade e a confidencialidade das informações, além de lhes ser assegurada à possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo, bem como sua recusa.

O presente projeto de pesquisa é parte integrante do projeto base de pesquisa intitulado “Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A). Desta forma, as questões éticas da presente dissertação recaem sobre o projeto de pesquisa, ao qual encontra-se vinculado.

No município de Camaquã foi solicitado, de forma verbal, o consentimento do Secretário Municipal de Saúde, para a realização do estudo, havendo o comprometimento de retornar os dados aos gestores municipais.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise e a discussão dos dados sobre os determinantes sociais do acesso e da utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, serão apresentadas a partir da caracterização sociodemográfica e das condições de vida da população em estudo.

Em um primeiro momento, apresentar-se-á a descrição sociodemográfica da população estudada, com objetivo de trazer elementos que possam contribuir para as análises subseqüentes. Os momentos seguintes trarão de forma mais específica os grupos sociais identificados no Município, de acordo com a classificação na estrutura social, observando-se as peculiaridades de cada grupo na busca e utilização dos serviços de saúde, assim como, a influência exercida pelas redes de apoio e o apoio social.

5.1 Caracterização sociodemográfica da população em estudo

Inicialmente, um breve perfil sociodemográfico da população em estudo foi elaborado a partir das variáveis: sexo, idade, tamanho das famílias, estado conjugal, tempo de moradia na residência e ocupação do entrevistado, apresentados conforme a tabela 1.

A distribuição por sexo evidenciou maioria feminina da população (54%), com razão de sexo (indicador que expressa o número de pessoas do sexo masculino para cada grupo de 100 pessoas do sexo feminino) de 85 homens para cada 100 mulheres, acompanhando a tendência de declínio desse indicador no País como um todo, conforme a Síntese de Indicadores Sociais 2007 (IBGE, 2007). Embora distante da razão entre sexos observada na região metropolitana de Porto Alegre, que apresentou uma das relações homem/mulher mais equilibradas do país, com 92 homens para cada grupo de 100 mulheres (IBGE, 2007).

TABELA 1 - Características demográficas e sócio-econômicas da população em estudo, Camaquã, RS, 2008.

Sexo (n= 860)	n	%
Feminino	464	54,0
Masculino	396	46,0
Grupos etários (n= 860)	n	%
0 - 14 anos	211	24,5
15 - 64 anos	576	67,0
60 anos ou mais	106	12,3
65 anos ou mais	73	8,5
Tamanho das famílias (n= 256)	n	%
1 a 2 habitantes	79	30,9
3 a 4 habitantes	135	52,7
5 a 6 habitantes	33	12,9
7 ou mais pessoas	9	3,5
Escolaridade máxima na família (n=256)	n	%
0 a 4 anos de estudo	23	9,0
5 a 8 anos de estudo	73	28,5
9 a 11 anos de estudo	100	39,1
12 ou mais anos de estudo	60	23,4
Estado conjugal* (n=595)	n	%
Casado	335	56,3
Solteiro	111	18,7
Vivendo maritalmente	81	13,6
Viúvo	38	6,4
Divorciado, separado ou desquitado	30	5,0
Tempo de moradia** (n=649)	n	%
0 a 1 ano	65	10,0
Mais de 1 a 5 anos	164	25,3
Mais de 5 anos	420	64,7
Ocupação (n=860)	n	%
População economicamente ativa	378	44,0
Não braçais especializados	67	17,7
Braçais especializados	27	7,1
Braçais e não braçais semi-especializados	130	34,4
Braçais e não braçais não especializados	137	36,2
Desempregados	17	4,5
População não economicamente ativa	482	56,0
Aposentados/pensionistas	89	18,5
Donas de casa	104	21,6
Estudantes	235	48,8
Crianças em idade pré-escolar	54	11,2

* Excluídos os indivíduos menores de 18 anos de idade.

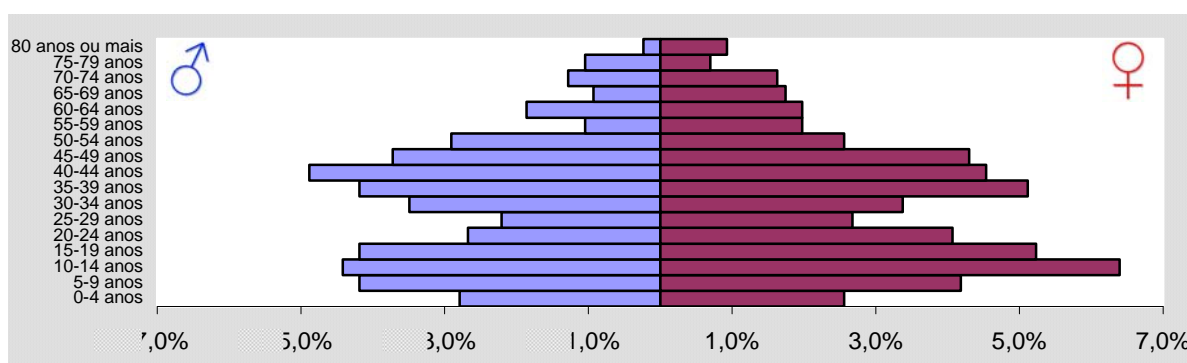
** Excluída a faixa etária entre 0 e 14 anos de idade.

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Os indivíduos foram classificados quanto à idade em grandes grupos etários, entre zero e 14 anos de idade, de 15 a 64 anos e 65 anos ou mais. Assim, a divisão etária revelou que a maioria da população em estudo situava-se na faixa entre 15 e 64 anos de idade (67%), ou seja, pessoas em idade potencialmente ativas. Observou-se, também, uma população de crianças e adolescentes, inferior a

verificada no País (26%), conforme dados da PNAD 2006 (IBGE, 2007b), e uma população de idosos - maiores de 60 anos - expressiva, na ordem de 12,3%, próxima a do Estado do Rio Grande do Sul (12,4%).

Ao observar a pirâmide etária da população em estudo (Figura 1), verifica-se que a mesma segue a tendência nacional de transição demográfica, evidenciada pelo estreitamento da sua base, com reduzida participação das crianças menores de cinco anos na população geral, e no alargamento do topo, que revela elevada expectativa de vida da população estudada. Destaca-se a população feminina acima dos cinquenta e cinco anos, mais expressiva que a masculina, corroborando para a maior perspectiva de vida das mulheres, em relação aos homens, diferencial que no Rio Grande do Sul, no ano de 2004, era de 8,2 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2006).



Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Figura 1 - Distribuição da população em estudo segundo faixas etárias, Camaquã, RS, 2008.

Relevante, também, é o estreitamento observado na pirâmide entre as faixas etárias dos 20 aos 34 anos, que pode estar associado às causas externas de mortalidade, situações de acidentes e violências que, indubitavelmente, tem configurado como o grupo de causa de mortes mais relevante, entre jovens e adultos jovens, na sociedade brasileira contemporânea.

Todavia, esse fenômeno pode encontrar explicação, também, na emigração dos jovens e adultos jovens para outras regiões do Estado e do País em busca de oportunidades de estudo e trabalho. Os dados do Censo 2000 indicaram um saldo migratório negativo de aproximadamente 700 mil pessoas no Rio Grande do Sul, conforme o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2006), levando a uma diminuição significativa da participação dos que estão na faixa etária dos 25 aos 39 anos em ambos os sexos, no Estado.

Quanto à estrutura das famílias, o tamanho médio observado foi de 3,4 indivíduos, sendo maior que o identificado no País (3,2) e no Estado do Rio Grande do Sul (2,9). Verificou-se que na maioria dos casos, as famílias eram compostas por três a quatro indivíduos (52,7%), enquanto 3,5% delas eram constituídas por sete ou mais pessoas. De forma geral, a PNAD 2006 (IBGE, 2007b) indicou redução no tamanho médio das famílias brasileiras. Embora este seja um critério simples, é um aspecto que pode apontar questões relevantes em termos de condições de vida, pois o número de pessoas pode influenciar as relações interpessoais, as condições econômicas e de saúde, principalmente, quando se trata de dividir um espaço limitado.

Essas famílias em sua maioria possuíam escolaridade máxima entre nove e onze anos de estudo (39,1%), de maneira que o indivíduo com melhor nível de escolaridade na família havia ao menos iniciado o antigo segundo grau, atual ensino médio. Observou-se também para uma parcela significativa das famílias (23,4%) escolaridade máxima de doze anos de estudo ou mais, indicando a realização de curso de nível superior, enquanto o chamado analfabetismo funcional, ou seja, nível de escolaridade inferior a quatro anos de estudo, com o qual o indivíduo não desenvolve capacidade de interpretar textos, foi à escolaridade máxima identificada para 9% das famílias pesquisadas.

No que se refere ao estado conjugal dos pesquisados, os dados revelaram que 69,9% das pessoas eram casadas ou viviam maritalmente, enquanto apenas 5% eram divorciados, separados ou desquitados e 18,7% eram solteiros, sem nunca terem sido casados. Embora a população idosa seja representativa na amostra estudada, apenas 6,4% dos indivíduos eram viúvos. Observe-se, que os menores de 18 anos foram excluídos da análise devido à possibilidade de viés dos dados, tendo-se em vista, que nenhum menor de idade foi informado como casado ou vivendo em união marital.

Quanto ao tempo de moradia no domicílio, observou-se que a maioria dos indivíduos (64,7%) informou viver no mesmo local há mais de cinco anos, o que em tese possibilitaria maior conhecimento e relações com as pessoas e serviços da região, fato importante em caso de necessidade de ajuda, ou atendimento em algum serviço de saúde. Os indivíduos que informaram morar nas atuais residências por tempo superior a um ano e inferior a cinco, de quem se espera algum conhecimento e relações na localidade, somaram 25,3%, enquanto os outros 10% informaram viver

a um ano ou menos nas atuais residências. A exemplo do que ocorreu na variável anterior, a faixa etária entre 0 e 14 anos foi desconsiderada da análise devido à possibilidade de equivocada diminuição no tempo de moradia dos indivíduos em seus atuais lares.

Por fim, no que tange à ocupação, a população economicamente ativa (PEA), representava 44% da amostra estudada, e estava distribuída em 17,7% de trabalhadores não braçais especializados e 7,1% de braçais especializados, representando os profissionais com maior nível de especialização entre os trabalhadores do Município.

Os trabalhadores braçais e não braçais semi-especializados e não especializados compunham a grande massa de trabalho local, representando juntos 70,6% da população economicamente ativa, tendo no comércio local e nas indústrias suas principais fontes de emprego.

Paralelamente, o índice de desemprego observado na população estudada ficou, significativamente, abaixo dos 11,9% observados na região metropolitana de Porto Alegre, conforme Pesquisa de Emprego e Desemprego da Fundação de Economia e Estatística do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2008) para o período, representando apenas 4,5% da PEA.

A população não economicamente ativa (PNEA) representava 56% da população total estudada. Entre esses, os estudantes compunham o maior grupo, sendo eles 48,8% da PNEA, seguido pelas donas de casa e pelos aposentados, os demais 11,2% da PNEA eram de crianças em idade pré-escolar.

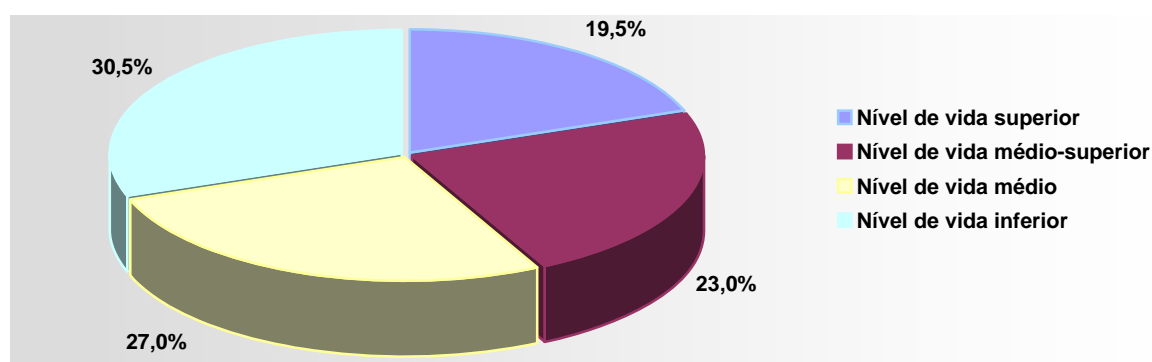
5.2 Caracterização da população em estudo segundo condições de vida

Num segundo momento, dado as diferenças nas condições sociais e materiais características da sociedade brasileira como um todo, tornou-se necessário entender como cada grupo social reage ao contexto global ao qual estão submetidos no município de Camaquã.

Assim sendo, optou-se por um indicador de nível de vida que permitisse efetuar a diferenciação entre as condições de vida dos grupos sociais por meio de uma visão ampliada da realidade, para além da questão renda, todavia sem excluir os

elementos econômicos, descrevendo as condições de vida da população. Para tanto, seguiram-se os passos para estratificação social de Gerhardt e Nazareno (1998), conforme apresentado no apêndice E, onde o método, ao considerar diversos fatores do contexto de vida dos indivíduos, mostrou-se adequado para descrever a face material da realidade que, conforme Raynaut (1996) envolve, entre outros, as condições materiais de vida e a disponibilidade e utilização de bens e serviços.

A estratificação social obtida revelou entre as 256 famílias estudadas, quatro grupos populacionais semelhantes internamente e com diferentes condições de vida (Figura 2). Verificou-se maior proporção de famílias situadas no grupo de nível de vida inferior, representando 30,5% da população em estudo; em seguida, identificaram-se os grupos de nível de vida médio (27%), médio-superior (23%) e o grupo de nível de vida superior, que apresentou a menor proporção, agregando 19,5% da amostra.



Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Figura 2 - Distribuição dos grupos sociais identificados no município de Camaquã segundo níveis de vida. Camaquã, RS, 2008.

Essas quatro categorias sociais identificadas na pesquisa em Camaquã caracterizaram-se por possuir diferentes proporções dos critérios utilizados, conforme descritos a seguir.

5.2.1 Nível de vida inferior

A mais numerosa entre as categorias sociais identificados pela pesquisa, o grupo com nível de vida inferior reuniu o conjunto de famílias com as piores condições de vida observadas dentre os pesquisados.

Entre as setenta e oito famílias que compunham essa categoria, 33,3% viviam em casas de baixo padrão, sem forro, com goteiras, sem piso e/ou com frestas nas paredes, enquanto outros 26,9% viviam em casas sem pintura ou com acabamento precário. Ainda assim, apresentava o mais elevado índice de densidade habitacional, com 24,4% das habitações comportando mais de duas pessoas por dormitório, enquanto outros 34,6% dos domicílios contavam com uma a duas pessoas por dormitório.

Todas as casas visitadas possuíam banheiros, o que pode ser entendido como um mínimo de condições de vida, e em geral, as casas nesse grupo social possuíam apenas um banheiro (89,8%). O esgotamento sanitário por canal de escoamento foi observado em 3,8% das residências, enquanto 10,3% das famílias não contavam com coleta de lixo em domicílio, devendo acumular o seu lixo em local aberto, em geral em esquinas dos bairros, onde esse era recolhido.

Em relação aos serviços essenciais, todas as residências possuíam água encanada e energia elétrica, independentemente se de forma legal ou por meio de ligações irregulares. No entanto, esse grupo social enfrentava situação bastante peculiar em relação ao abastecimento de água, visto que, quase a metade das famílias convivia com constantes episódios de desabastecimento, sendo que para a grande maioria dessas (72,2%) a única possibilidade era aguardar o retorno do abastecimento, dado que, não possuíam recursos para o armazenamento de água.

Quanto à escolarização, na maior parte dos casos (44,9%), cinco a oito anos de estudo foi à escolaridade máxima observada entre as famílias pertencentes a esse grupo social, embora nessa categoria tenha sido observada a maior proporção de escolaridade máxima entre zero e quatro anos de estudo (20,5%), taxa muito acima daquela encontrada entre as demais, sendo assim, um importante fator de diferenciação desse grupo.

Em relação aos bens de consumo verificou-se ser esse o único estrato a apresentar famílias sem geladeira (4), bem de consumo considerado básico; quatro

famílias também informaram não possuir televisão, enquanto outras dez não possuíam rádio. O telefone celular está presente em todos os grupos sociais, todavia esse grupo apresentou a maior proporção de famílias sem sequer um aparelho (12,8%), enquanto apenas três famílias possuíam telefone fixo.

Ao observar a posse de itens de consumo mais sofisticados verificou-se que a maioria das famílias não possuía computador (93,6%), que nenhuma delas possuía acesso à internet em casa, e ainda, a quase inexistência de posse de automóvel (91%), *freezer* ou microondas (90%), além de proporção elevada de famílias sem máquina de lavar roupas (43,6%) e aparelho leitor de *dvd* (50%), indicando o decorrer de vidas sem nenhum ou com muito pouco conforto.

5.2.2 Nível de vida médio

Com características socioeconômicas razoavelmente superiores às do grupo anteriormente descrito, a categoria de nível de vida médio representava 27% da população em estudo, com um total de sessenta e nove famílias.

Essas famílias em sua maioria (85,3%) viviam em casas com boas condições de estrutura, com acabamento adequado e pintura, onde a densidade habitacional identificada em 60,9% dos casos era média, com um a dois moradores por dormitório, enquanto em outros 33,3% dos casos se observou ao menos um quarto para cada membro da família.

Pouco menos de um quinto das residências possuíam no mínimo dois banheiros. O esgotamento sanitário era realizado por meio da rede pública de esgoto ou por fossa séptica em 98,5% das moradias, e era raro o desabastecimento de água para 85,5% das residências, sendo que entre as dez famílias que conviviam com a falta de água com maior frequência, seis delas não possuíam recursos para o armazenamento do bem. No mais, 7,2% das famílias desse estrato social ainda não possuíam sistema de coleta de lixo em domicílio.

Observou-se maior índice de escolaridade em relação à categoria social inferior, com 34,8% das famílias com escolaridade máxima observada entre cinco a oito anos de estudo, outros 44,9% com nove a onze anos de estudo, e ainda uma

parcela relevante de 13,0% de famílias pesquisadas onde se observou escolaridade máxima de doze anos de estudo ou mais.

Em relação aos bens de consumo duráveis, observou-se que todas as famílias possuíam aqueles bens considerados essenciais como fogão a gás e geladeira. Quase 75% das famílias pesquisadas possuíam dois ou mais aparelhos de telefone celular, embora apenas pouco mais de um terço possuísse telefone fixo. O rádio estava presente em praticamente todas as residências e, embora duas famílias não possuíssem televisão, quase metade das famílias desse grupo social possuía dois ou mais aparelhos.

Quanto àqueles bens considerados mais sofisticados observou-se nesse grupo social a presença de itens como aparelhos de *dvd* e máquina de lavar roupa em mais de 80% dos domicílios, enquanto mais da metade das famílias possuía algum veículo automotor. No entanto, o computador era um item presente em pouco mais de 25% das residências e o acesso a internet, era artigo disponível para apenas sete famílias.

5.2.3 Nível de vida médio-superior

A categoria nível de vida médio-superior foi composta por cinquenta e nove famílias, representando 23% da população em estudo. Esse grupo social reunia condições socioeconômicas mais favoráveis, embora ainda com limitação no acesso a determinados bens e serviços.

Nesse estrato social observou-se, também, a grande maioria das famílias (91,5%) vivendo em casas com bom acabamento e pintura, sendo que 39% delas possuíam dois ou mais banheiros. A densidade habitacional de uma a duas pessoas por dormitório foi a mais observada, ocorrendo em 50,8% dos casos, não obstante 40,7% das residências possuíam ao menos um quarto para cada integrante da família.

Os serviços essenciais, como o fornecimento de energia elétrica e abastecimento de água, abrangiam todas as residências desse grupo social, o desabastecimento de água foi informado como raro ou nunca acontecendo por quase 85% dessa população, sendo que para os outros 15% que informaram faltar

água com regularidade, apenas três famílias não possuíam sistema de armazenamento. O esgoto sanitário era escoado por meio da rede pública de esgoto ou por fossa séptica em todos os lares, e a coleta de lixo era realizada em domicílio para 94,9% das famílias.

Entre as famílias desse grupo social, 50,8% apresentaram escolaridade máxima entre nove e onze anos de estudo, enquanto apenas uma família tinha escolarização menor que cinco a oito anos. Percebeu-se ainda 27,1% das famílias com escolaridade máxima entre doze ou mais anos de estudo, indicando um maior direcionamento ao ensino superior nesse estrato social.

Essas famílias apresentaram maior acesso aos bens de consumo duráveis e serviços, desde os essenciais, como geladeira e fogão a gás, observados em todas as residências, até os mais sofisticados, como o computador, presente em parcela significativa das famílias entrevistadas (61%), embora o acesso à internet em domicílio tenha sido identificado em pouco mais de 40% dos casos.

O telefone celular era artigo de posse de todas as famílias, estando presente em número igual ou superior a dois aparelhos em 78% das residências, enquanto o telefone fixo nesse grupo social já estava disponível a mais de 60% dos entrevistados. Outros itens menos observados em posse dos grupos sociais inferiores, como aparelhos de microondas e *freezer* estavam presentes em mais da metade dos lares nesse estrato social, e enquanto uma única família informou não possuir máquina de lavar roupas, a posse de veículos automotores foi observada em 78% dos casos.

5.2.4 Nível de vida superior

As famílias classificadas como de nível de vida superior somavam cinquenta, representando 19,5% do total da população em estudo, e apresentavam as melhores condições de vida entre os grupos sociais pesquisados.

As famílias dessa categoria social, em sua totalidade, viviam em casas com boa estrutura e acabamento, sendo que, em sua maioria, possuíam dois banheiros (56%), não obstante 30% delas possuíssem três ou mais. Apresentavam ainda, densidade habitacional entre média (32%) e muito baixa (28%), de forma que, 68%

das residências possuíam um mínimo de um dormitório para cada membro da família.

O esgotamento sanitário era realizado por meio da rede pública de esgoto e a coleta de lixo ocorria em domicílio. Os serviços de energia elétrica e abastecimento de água estavam disponíveis a todas as famílias, sendo que para 92% delas, o desabastecimento de água foi informado como raro ou nunca ocorrendo, entre as demais famílias que informaram faltar água com regularidade apenas uma não possuía meios para o armazenamento do bem.

O nível de escolaridade figurou como um importante diferencial desse grupo social, onde se observou em 68% das famílias uma escolaridade máxima de doze anos ou mais de estudo, indicando grande parcela dessa população com direcionamento ao ensino superior, sendo que apenas em 6% dos casos a escolaridade máxima informada foi menor do que nove a onze anos de estudo.

Dentre todos os grupos sociais, esse foi o que apresentou a posição mais favorável no que correspondia a posse de bens de consumo e serviços, de forma que itens como telefone celular, leitor de *dvd*, aparelho de microondas, televisão, rádio, geladeira, máquina de lavar roupas, e fogão a gás foram identificados em todos os lares, sendo que em muitos deles existiam dois ou mais aparelhos de cada.

O mesmo ocorria em relação à posse de itens de consumo e serviços mais sofisticados como o telefone fixo que estava presente em 96% das residências, o computador em 88%, o acesso à internet em 84%, e o veículo automotor, bem de posse de 96% das famílias dessa categoria social, que juntamente com os demais aspectos avaliados confere a esse grupo social um padrão de vida diferenciado, com melhores condições em relação aos demais grupos identificados na pesquisa.

5.3 Saúde e condições de vida em Camaquã: determinantes do acesso e utilização de serviços de saúde

As relações entre saúde e condições de vida são discutidas a partir dos determinantes do acesso e da utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, nesse momento. Para esta análise foram utilizadas informações relativas

aos problemas de saúde referidos, a frequência e restrição das atividades habituais, ao acesso e realização de exames preventivos, e as redes de apoio e o apoio social.

Assim, foram discutidas as questões de acesso e utilização dos serviços associando as informações acima mencionadas às categorias de nível de vida, a fim de observar, por meio de testes estatísticos, elementos influentes e diferenciais na utilização desses serviços na população em estudo. Tendo-se em vista a análise descritiva dos dados, vários outros cruzamentos poderiam ser feitos, entretanto, esses não foram objetivos propostos para essa investigação, de forma que, outros estudos poderão ser realizados a partir do banco de dados existente.

5.3.1 Problemas de saúde referidos, frequência e restrição de atividades habituais

Os indivíduos, inicialmente, foram questionados quanto à presença de doenças ou problemas de saúde, a frequência desses sobre a população em estudo e de que forma tais problemas os afetaram nas últimas duas semanas, questões necessárias para uma aproximação quanto ao estado de saúde referido por essa população.

Optou-se por utilizar dados relativos à morbidade referida, mesmo que a utilização desse tipo de dados ainda seja bastante discutida em virtude de possíveis limitações do método, como as experiências sociais dos indivíduos, que poderiam alterar a probabilidade destes reconhecerem-se doentes (AMARTYA SEN, 2002). Tendo-se em vista a facilidade de obtenção desses dados por meio de inquérito domiciliar, e o fato de a referência à presença de um problema de saúde, ter sido identificada como determinante da busca e utilização de serviços de saúde em diversos estudos (RATHOUZ *et al.*, 1998; PINHEIRO e TRAVASSOS, 1999; BRANCH, 2000; ALMEIDA, BARATA, MONTERO e SILVA, 2002), independentemente, de seu conhecimento ser decorrente da autopercepção, ou resultante de um diagnóstico profissional anterior, os dados mostraram-se adequados aos objetivos do estudo.

Assim, foram identificados 304 indivíduos que informaram possuir alguma doença ou problema de saúde na população em estudo (35,3%), tendo o grupo de nível de vida médio apresentado a maior proporção de declarações positivas, conforme apresentado na tabela 2. Todavia, essa distribuição ocorreu de forma

semelhante entre os grupos sociais, de maneira que, o resultado do teste estatístico indicou ausência de diferença significativa na referência a doenças ou problemas de saúde entre os níveis de vida.

Tabela 2 - Relação entre ocorrência de doença ou problema de saúde referido e nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	DECLARAÇÃO DE DOENÇA OU PROBLEMA DE SAÚDE				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Nível de vida inferior	95	35,6	172	64,4	267	100
Nível de vida médio	89	36,6	154	63,4	243	100
Nível de vida médio-superior	71	35,9	127	64,1	198	100
Nível de vida superior	49	32,2	103	67,8	152	100
TOTAL	304	35,3	556	64,7	860	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 0,846$ $p = 0,838$.

Tal semelhança na distribuição das doenças auto-referidas entre os grupos sociais difere-se do que é freqüentemente observado em estudos sobre o tema, onde os grupos populacionais em situação socioeconômica desfavorável tendem a apresentar condição também desfavorável em relação à auto-referência quanto a problemas de saúde. Como observado por Travassos *et al.* (2000), ao analisar os dados da Pesquisa sobre Padrões de Vida, realizada pelo IBGE, em 1996/97, e por Almeida *et al.* (2002), que identificaram prevalência de problemas crônicos 41% maior entre os indivíduos com até um salário mínimo de renda familiar mensal, em comparação àqueles com renda familiar mensal maior do que vinte salários mínimos, tendo por base os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998.

Entende-se que esse quadro, que poderia ser interpretado como uma situação peculiar da população estudada, onde as chances de adoecer dos indivíduos em condições de vida desfavorável poderiam não ser diferentes daquelas verificadas entre os grupos de melhor nível de vida, de forma a extrapolar essa variável como determinante social de saúde, na verdade possa refletir a metodologia empregada na caracterização das condições de vida dos pesquisados. Ou seja, acredita-se que ao se aprofundar o estudo das condições de vida dos indivíduos, utilizando-se variáveis mais próximas do uso da condição econômica, além da renda, leve a desmistificação do papel absoluto da renda na determinação social da saúde, sendo necessário considerar a subjetividade na percepção dos indivíduos sobre o seu

estado de saúde ou doença, tal como é necessário considerar as diferenças no uso das condições materiais de vida, o que justificaria a semelhança observada na referência a doenças ou problemas de saúde neste estudo.

Da mesma maneira, consideraram-se os resultados da frequência dos problemas de saúde referidos, onde 28,1% dos indivíduos informaram possuir um único problema, enquanto outros 7,2% referiram dois ou mais problemas associados (Tabela 3), uma vez que essa referência depende da percepção dos sujeitos quanto aos seus problemas de saúde. Assim, os que manifestaram apenas um problema podem ter mais de um, mas não perceberem determinadas doenças como problemas de saúde. Tal como na referência aos problemas de saúde, a frequência dos problemas também se distribuiu de maneira semelhante entre os diferentes grupos sociais, sem apresentar diferença estatisticamente significativa.

Tabela 3 - Relação entre frequência de problemas de saúde referidos por indivíduo e nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	FREQÜÊNCIA DE DOENÇAS OU PROBLEMAS DE SAÚDE				TOTAL	
	Um		Mais de um		n	%
	n	%	n	%		
Nível de vida inferior	75	28,1	20	7,5	267	35,6
Nível de vida médio	72	29,6	17	7,0	243	36,6
Nível de vida médio-superior	57	28,8	14	7,1	198	35,9
Nível de vida superior	38	25,0	11	7,2	152	32,2
TOTAL	242	28,1	62	7,2	860	35,3

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.
 Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 1,103$ $p = 0,967$.

Entre as 304 pessoas que informaram possuir alguma doença ou problema de saúde, identificaram-se 374 ocorrências de morbididades informadas, correspondendo a 90 diferentes doenças ou problemas de saúde (Quadro 1), que foram agrupados por categorias adaptadas da CID - 10, Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Como pode ser observado no quadro 1, os problemas relacionados ao aparelho circulatório, aparelho respiratório e ao sistema osteomuscular foram os mais citados na pesquisa, demonstrando problemas de saúde freqüentes nessa população.

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS E PROBLEMAS DE SAÚDE	SUBTOTAL
Aparelho circulatório	HAS (60) Cardiopatia (15) Arritmia cardíaca (6) Colesterol elevado (5) Isquemia (4) Problemas de circulação (4) Dislipidemia (3) Hipotensão (2) Varizes (2) Aneurisma (1) Derrame (1) Seqüelas AVC (1)	104
Aparelho respiratório	Sinusite (20) Rinite (15) Asma (12) Bronquite (11) Alergia respiratória (4) Amidalite (4) Adenóide (2) Problemas respiratórios (2) Bronquiolite (1) Esofagite (1) Problemas de corda vocal (1)	73
Sistema osteomuscular	Problemas de coluna (23) Reumatismo (11) Artrose (3) Hérnia de disco (3) Osteoporose (3) Gota (2) Problema no joelho (2) Seqüela de fratura (2) Artrite (1) Bursite (1) Fratura (1)	52
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	Diabete (19) Hipertireoidismo (2) Hipotireoidismo (1) Hipoglicemia (1) Obesidade (1) Problemas endócrinos (1)	25
Transtornos mentais e comportamentais	Depressão (16) Estresse (2) Esquecimento (2) Alzheimer (1) Esquizofrenia (1) Parkinson (1) Problemas psiquiátricos (1) TOC (1)	25
Aparelho geniturinário	Litíase renal (6) Problema renal (6) Problemas de próstata (4) Fimose (1) Menopausa (1) Pielonefrite (1) Problemas de bexiga (1) Útero caído (1)	21
Sistema nervoso	Problemas de nervos (5) Cefaléia crônica (4) Epilepsia (3) Enxaqueca (2) Convulsão (1)	15

Aparelho digestivo	Pedra na vesícula (4) Problemas estomacais (3) Gastrite (2) Refluxo (2) Constipação (1) Problemas de fígado (1) Úlcera gástrica (1)	14
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	Deficiência auditiva (3) Síndrome de Down (3) Má formação (3) Deficiência física (2) Espinha bífida (2)	13
Afeções gerais e inespecíficas	Alergia (5) Dor no corpo (5)	10
Olho e anexos	Problemas de visão (4) Catarata (1) Glaucoma (1)	6
Infecciosas e parasitárias	Doença de Chagas (2) HPV (1) Infecção (1) Toxoplasmose (1)	5
Sangue e órgãos hematopoéticos	Anemia (3)	3
Pele e tecido subcutâneo	Problemas de pele (2)	2
Ouvido	Otite (1)	1
Totais		374

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

QUADRO 1 - Distribuição dos problemas de saúde declarados, por grupos de doenças, Camaquã, RS, 2008.

Doenças como hipertensão arterial e o diabetes estiveram entre os agravos mais citados, achado que pode ser explicado, em parte, por uma população predominante de adultos e idosos, visto a relação positiva observada entre o aumento da prevalência das doenças crônicas com o aumento da idade (ALMEIDA; BARATA; MONTERO; SILVA, 2002), e também pelo fato dessas serem doenças amplamente exploradas pela mídia em campanhas preventivas, o que tende a levar a população a buscar esclarecimentos e investigação diagnóstica.

Além dessas, os problemas relacionados ao sistema osteomuscular, como problemas de coluna e reumatismo, e aos transtornos comportamentais, particularmente a depressão, estiveram entre os mais citados, juntamente com os problemas respiratórios, sendo importante salientar, nesse último caso, que a coleta dos dados ocorreu no início do inverno, período no qual, tradicionalmente, esse tipo de agravo apresenta elevação no número de casos, em especial, no Rio Grande do Sul, devido às grandes variações de temperatura.

A partir desse conhecimento inicial sobre as doenças ou problemas de saúde referidos, passou-se a investigar a forma como essa população era afetada por tais problemas. Assim, questionou-se a restrição das atividades cotidianas por motivo de saúde, definida como a impossibilidade de realizar as tarefas habituais durante pelo menos um dia nas duas semanas que precederam a pesquisa.

A proporção de pessoas que tiveram suas atividades habituais restringidas por problemas de saúde na população estudada foi de 11,2%, taxa bastante elevada se comparada àquela observada pelo IBGE, no Suplemento sobre Saúde da PNAD 2003 (IBGE, 2005), que encontrou restrição de atividades habituais em 6,9% da população.

Observou-se, para essa variável, diferença entre os sexos e também entre as faixas etárias. A proporção de restrição de atividades informada para o sexo feminino (11,6%) foi maior do que a observada para os homens (10,6%), embora não exista significância estatística ($p = 0,632$). Já o padrão por idade apresentou níveis menores de restrição de atividades na faixa etária de 0 a 14 anos (9%), aumentando, progressivamente, chegando a 26% entre os idosos com 65 anos ou mais, constatando-se diferença importante ($p < 0,001$), na restrição de atividades entre estes.

Tal diferença na restrição de atividades entre jovens e idosos seria o resultado esperado, tendo-se em vista o natural desgaste das condições físicas provenientes da idade avançada, que torna os idosos mais suscetíveis a problemas de saúde. Assim como, também seria esperado que estes, ao adoecerem, necessitem de maior período para o restabelecimento de suas condições físicas.

Até mesmo porque essas restrições além de associadas às manifestações clínicas, também estão ligadas à percepção dos indivíduos quanto aos agravos trazidos por uma doença em suas vidas. Contexto, no qual os mais jovens, especialmente, as crianças tendem a experimentar problemas de saúde agudos, de rápida intervenção e recuperação, enquanto os idosos freqüentemente apresentam problemas crônicos, que levam a modificação de suas capacidades e conseqüente alteração de suas atividades cotidianas.

Tabela 4 - Relação entre restrição de atividades habituais segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	DECLARAÇÃO DE RESTRIÇÃO DE ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE				TOTAL	
	Apresentou restrição		Não apresentou restrição		n	%
	n	%	n	%		
Nível de vida inferior	41	15,4	226	84,6	267	100
Nível de vida médio	24	9,9	219	90,1	243	100
Nível de vida médio-superior	15	7,6	183	92,4	198	100
Nível de vida superior	16	10,5	136	89,5	152	100
TOTAL	96	11,2	764	88,8	860	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 7,770$ $p = 0,051$.

Por essas razões, ao analisar a restrição de atividades entre as diferentes categorias de nível de vida, embora tenha sido observada maior proporção de restrições no grupo de nível de vida inferior, se comparado aos demais (Tabela 5), essa diferença não se mostrou significativa ($p = 0,051$), sugerindo que esta condição ultrapasse a determinação do componente categorial social sobre a restrição de atividades habituais nessa população.

Assim, o período médio de restrição de atividades, nas duas semanas que antecederam a pesquisa, foi de seis dias. Sendo que, da mesma forma que ocorreu com a declaração de restrição de atividades, a diferença identificada no número de dias com restrição por motivo de saúde entre os diferentes grupos sociais mostrou-se sem relevância (Tabela 6).

Os resultados não demonstraram diferença no período de restrição de atividades entre os sexos ($p = 0,298$) e, novamente, como esperado, observou-se diferença com relação à idade ($p < 0,001$), onde a faixa etária com 65 anos ou mais apresentou em média 11,9 dias com restrição, o que passou a diminuir na faixa dos 15 aos 64 anos (5,2 dias), atingindo média de 2,1 dias de restrição de atividades por motivo de saúde na faixa etária de 0 a 14 anos.

Tabela 5 - Período de restrição de atividades habituais informado, por motivo de saúde, segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	DECLARAÇÃO DO PERÍODO DE RESTRIÇÃO DE ATIVIDADES HABITUAIS POR MOTIVO DE SAÚDE						TOTAL	
	Restrição por 1 dia		Restrição por 2 a 7 dias		Restrição por mais de 7 dias			
	n	%	n	%	%	%	n	%
Nível de vida inferior	7	17,1	27	65,9	7	17	41	100
Nível de vida médio	4	16,7	11	45,8	9	37,5	24	100
Nível de vida médio-superior	2	13,3	5	33,3	8	53,4	15	100
Nível de vida superior	4	25	6	37,5	6	37,5	16	100
TOTAL	17	17,7	49	51	30	31,3	96	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: $\chi^2 = 9,531$ $p = 0,146$.

Os motivos para restrição das atividades habituais também foram investigados, entre as 96 pessoas que informaram restrição de atividades nas duas semanas que antecederam a pesquisa, identificaram-se 42 problemas de saúde informados (Quadro 2), que foram agrupados por categorias adaptadas da CID - 10, Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Os principais problemas identificados como fatores de restrição das atividades cotidianas estavam ligados ao sistema osteomuscular, em especial, os problemas de coluna, correspondendo a 28,1% dos casos. Problemas inespecíficos, como gripe e dor no corpo, e ainda, as afecções do aparelho respiratório, foram bastante mencionados, constituindo os três grupos de problemas de saúde mais citados como motivos de restrição de atividades por essa população.

GRUPO DE DOENÇAS	DOENÇAS E PROBLEMAS DE SAÚDE	Subtotais por nível de vida				Subtotal
		Inferior	Médio	Médio-superior	Superior	
Sistema osteomuscular	Problemas de coluna (9) Contusão no joelho (5) Trauma em mão (3) Hérnia de disco (2) Lesão no pé (2) Artrose Cirurgia no joelho Cirurgia no maxilar Fratura de braço Fratura de clavícula Torção tornozelo	11	6	5	5	27
Afecções gerais e inespecíficas	Gripe (13) Dor no corpo (9) Febre (3)	14	5	4	2	25
Aparelho respiratório	Alergia respiratória (4) Dor de gargante (3) Falta de ar (3) Crise de asma (2) Amigdalite Pneumonia Renite	6	4	2	3	15

Aparelho circulatório	AVE - Seqüelas (2) Cardiopatia (2) HAS (2) Isquemia Derrame Triglicérides elevadas	4	3	1	1	9
Aparelho geniturinário	Dor nos rins (2) Aborto Cálculo renal Histerectomia Pielonefrite	2	2	2	-	6
Aparelho digestivo	Problemas estomacais (3) Vômitos (2)	1	3	-	1	5
Transtornos mentais e comportamentais	Alzheimer Depressão Estresse Parkinson	2	1	-	1	4
Sistema nervoso	Cefaléia intensa (2) Problema de nervos	1	-	1	1	3
Endócrinas, nutricionais e metabólicas	Hipoglicemia	-	-	-	1	1
Infecciosas e parasitárias	Infecção na mão	-	-	-	1	1
Totais		41	24	15	16	96

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

QUADRO 2 - Distribuição dos problemas de saúde declarados como motivos de restrição de atividades habituais, por grupos de doenças e nas diferentes categorias de nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

Esses motivos variaram de acordo com a faixa etária, entre as crianças e adolescentes os problemas respiratórios foram os mais significativos, entre os adultos os problemas mais importantes foram os osteomusculares, respiratórios e os gerais e inespecíficos, enquanto que entre os idosos as doenças do sistema nervoso e os problemas osteomusculares foram os principais motivos de restrição de atividades. Tal como observado em outras variáveis deste estudo, os motivos de restrição de atividades não apresentaram diferença na análise entre os diversos grupos sociais ($p = 0,873$), distribuindo-se de maneira semelhante entre os níveis de vida.

De modo geral, os dados encontrados em relação às doenças referidas e restrição de atividades por motivo de saúde neste estudo, divergem daqueles observados em outras pesquisas sobre o tema. Tais diferenças podem refletir características particulares dessa população, onde a posição social não aparece como fator relevante na avaliação da existência de doenças, ou ainda, ser resultante das características socioeconômicas e culturais com relação à saúde, vivenciadas no local de estudo, tal como observado por Pinheiro e Travassos (1999), em estudo sobre a utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões do Rio de

Janeiro, onde o local de residência teria atuado modificando o efeito das condições econômicas individuais sobre as chances de uso de serviços de saúde pelos indivíduos.

Todavia, não se observou neste estudo diferença na distribuição das doenças e problemas de saúde referidos, ou sua frequência entre os diferentes grupos sociais, ou ainda, diferença na restrição das atividades habituais por motivo de saúde. Acredita-se que isso possa estar relacionado, também, à forma como se procedeu a caracterização dos níveis sociais utilizados neste estudo, que considerou diversos fatores do contexto de vida dos indivíduos, não estando atrelado apenas à renda e à escolaridade, variáveis clássicas, amplamente utilizadas em estudos nesse tema, mas que não expressam a forma como os atores sociais lidam com as adversidades em sua vida cotidiana.

Tampouco possibilitam levar em consideração o fato de que a referência a doenças, também está associada às representações de saúde e doença dos sujeitos, as noções e os modos de pensamento que estes constroem em suas trajetórias de vida, influenciados pelas experiências individuais e coletivas, pelas teorias científicas e saberes, expressos nas práticas sociais e adaptados para servir à vida cotidiana (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

Contudo, essa relação poderá ser melhor explorada a seguir, analisando-se a utilização dos serviços de saúde, onde buscar-se-á verificar as diferenças nos problemas, na procura e na utilização dos serviços, entre os diversos grupos sociais.

5.3.2 Problemas de saúde, acesso e utilização dos serviços

A utilização dos serviços de saúde é um processo complexo resultante de um amplo conjunto de determinantes, tais como, fatores de organização da oferta, acesso, existência de problemas de saúde, características econômicas, sociais e culturais dos indivíduos. Para Travassos e Martins (2004), 'a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde', sendo definida por elas, como a atitude de procurar os serviços, obter acesso e se beneficiar com o atendimento recebido.

Nessa perspectiva, pretende-se analisar a existência de desigualdades sociais a partir dos determinantes da utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, associando-se os problemas de saúde, fatores de acesso e a utilização efetiva desses serviços com as características dos indivíduos e as condições socioeconômicas da população em estudo.

Para tanto, inicialmente os indivíduos foram questionados quanto à ocorrência de problemas de saúde nas duas semanas anteriores ao inquérito e quanto à busca por atendimento, verificando-se que 131 indivíduos informaram ter apresentado problemas no período de referência, mas que somente 101 pessoas relataram ter procurado por atendimento.

Tal situação, em um primeiro momento, não pareceu ter relação com questões de acesso, seja ele econômico, geográfico ou funcional, visto que, das pessoas que não procuraram os serviços, a maioria (93,3%) não o fez por considerar que não era necessário. Em um único caso foi relatado falta de dinheiro como motivo para não se ter procurado atendimento, enquanto outro indivíduo informou não ter procurado um serviço de saúde devido à dificuldade de transporte.

Para Pinheiro *et al.* (2002), o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde, e não se restringem, como define Camargo Júnior (2005), pelos problemas de saúde, que se deseja evitar, corrigir ou minimizar. De modo que, a utilização dos serviços está condicionada a fatores como a oferta e o acesso, mas que, por outro lado, as escolhas individuais são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em problemas de saúde ou demandas por serviços de saúde.

Dessa forma, as desigualdades no uso dos serviços de saúde são também reflexo das desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicando diferenças no comportamento dos indivíduos perante as doenças, além das características da oferta e serviços disponibilizados (PINHEIRO e TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS *et al.*, 2000).

Ainda nesse sentido, Gerhardt (2000) refere que às barreiras à utilização dos serviços de saúde somam-se elementos culturais que não se resumem apenas às condutas individuais ou coletivas dos usuários, quando doentes, mas também fatores associados ao relacionamento entre usuários e serviços.

Assim, a relação com um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde pode favorecer a procura por atendimento, tornando-se o vínculo com os usuários um meio adequado para a prática de uma clínica com qualidade, como coloca Campos (2003), favorecendo a participação do usuário no decorrer da prestação do serviço.

Nesse sentido, questionou-se quanto à existência de um serviço de saúde de uso regular no Município, ou fora dele, verificando-se que 75,1% da população estudada declarou possuir um serviço de saúde de referência, não se observando variação expressiva entre as faixas etárias, sexo, ou nível de condições de vida.

O uso regular de um serviço de saúde, no entanto, mostrou forte associação com a posse de plano privado de saúde ($p < 0,001$) e, embora não seja possível determinar com qual tipo de serviço essa relação estava estabelecida, acredita-se que àqueles que usufruíam os planos de saúde utilizavam-se com maior frequência dos consultórios particulares. O que, de certa forma, explicaria o fato de que esses foram os serviços majoritariamente referidos como de uso regular (37%), seguidos pelas unidades básicas e centro de saúde (35,6%), hospital ou emergência (23,3%) e farmácia (4,1%).

Contudo, a existência de um serviço de saúde de referência, ou a posse de plano privado de saúde também não apresentaram associação com a procura por serviços de saúde. Observou-se que a procura por atendimento nas duas semanas que precederam o inquérito (11,7% da população em estudo) esteve associada com o nível de condições de vida e a escolaridade máxima na família, e também com questões demográficas, como sexo e idade.

O aumento da idade contribuiu para a maior procura por serviços de saúde ($p = 0,015$), que variou entre 9,5%, para a faixa etária dos 0 a 14 anos, e 21,9% para as pessoas com 65 anos ou mais. Sendo que essa procura foi mais elevada entre as mulheres (14,0%) do que entre os homens (9,1%), fato que conforme Pinheiro *et al.* (2002), citando alguns estudos norte-americanos, pode encontrar explicação no fato de os homens sofrerem mais de doenças crônicas fatais, enquanto as mulheres apresentam mais frequentemente doenças de curta duração, agudas e transitórias e doenças crônicas não fatais, que produzem vários sintomas, e geram grande volume de demanda aos serviços de saúde.

No que se refere aos aspectos socioeconômicos, percebeu-se que os indivíduos pertencentes a grupos de nível de vida inferiores procuraram mais por

atendimento de saúde (Tabela 7), o que variou de 15% para a categoria de nível de vida inferior, a 6,6% para os indivíduos com nível de vida médio-superior, embora a referência aos problemas de saúde, como anteriormente descrito, tenha sido semelhante entre todos os grupos sociais. Essa relação é oposta ao observado em outros estudos sobre o tema, onde os indivíduos de nível social inferior apresentaram menor utilização dos serviços de saúde, embora teoricamente necessitassem mais, visto que, apresentavam maior índice de doenças referidas (NERI e SOARES, 2002).

Também, chama atenção o índice de 9,9% de procura por serviços de saúde na categoria de nível de vida superior (Tabela 7), a qual apresentou a menor proporção de referência a problemas de saúde, como apresentado na tabela 2, o que possibilita o entendimento de que outros elementos do contexto de vida dessa população, que não o nível de vida, influenciem, talvez de forma mais incisiva na procura por esses serviços.

Tabela 6 - Distribuição da população em estudo, por grupos de condições de vida, segundo busca por serviços de saúde, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	PROCUROU ATENDIMENTO DE SAÚDE				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	N	%		
Nível de vida inferior	40	15,0	227	85,0	267	100
Nível de vida médio	33	13,6	210	86,4	243	100
Nível de vida médio-superior	13	6,6	185	93,4	198	100
Nível de vida superior	15	9,9	137	90,1	152	100
TOTAL	101	11,7	759	88,3	860	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.
 Teste estatístico: $\chi^2 = 9,128$ $p = 0,028$.

Nesse contexto, outro elemento socioeconômico, com o qual também se percebeu associação com a procura por atendimento de saúde foi a escolaridade máxima na família ($p = 0,017$), demonstrando que a procura por atendimento de saúde foi maior entre as famílias com menor nível de escolaridade, associação contrária ao usualmente observado. Cerca de 25% dos indivíduos pertencentes a famílias com escolaridade máxima entre 0 e 4 anos de estudo referiram ter procurado algum tipo de atendimento de saúde nas duas semanas anteriores ao inquérito, enquanto esse índice foi de 8,4% para famílias com nível de escolaridade superior, com 12 anos de estudo ou mais.

Esses resultados diferem do verificado em outros estudos, como observado por Neri e Soares (2002), ao analisarem os dados da PNAD 1998, que verificaram

aumento das chances de procurar serviços de saúde diretamente associado ao aumento da escolaridade. O que, conforme Noronha e Viegas (2002) encontraria justificativa no fato de que os indivíduos com maior escolaridade tendem a ter uma melhor percepção dos efeitos do tratamento sobre a saúde, assim como maior conhecimento das especialidades médicas para cada tipo de tratamento, levando-os a procurar mais por atendimento.

De certa maneira, a associação verificada entre a busca por serviços de saúde e os aspectos socioeconômicos, neste estudo, vão ao encontro das colocações de Noronha e Viegas (2002), no sentido de que as percepções ou subjetividades das pessoas atuam como determinantes da busca e utilização dos serviços de saúde. No entanto, essa relação não ocorre de forma linear às condições socioeconômicas, parecendo essa subjetividade associada às experiências de vida dos sujeitos e a questões culturais presentes nessa população.

Não obstante, o fator que mostrou maior associação com a procura por atendimento de saúde foi a referência a doenças ou problemas de saúde, como apresentado na tabela 8, verificando-se que aqueles que informaram possuir alguma doença, buscaram utilizar cerca de quatro vezes mais os serviços de saúde do que os que se auto-referiram sem nenhum problema.

Tabela 7 - Distribuição da busca por atendimento de saúde, segundo declaração de morbidade, Camaquã, RS, 2008.

MORBIDADE REFERIDA	PROCUROU POR ATENDIMENTO DE SAÚDE				TOTAL	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Sim	70	23,0	234	77,0	304	35,3
Não	31	5,6	525	94,4	556	64,7
TOTAL	101	11,7	759	88,3	860	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 57,745$ $p < 0,001$.

Resultado que vai ao encontro do que tem sido apontado na literatura, onde a referência a problemas de saúde tem se mostrado fator dos mais importantes na explicação das variações na utilização dos serviços de saúde. Entre outros estudos, Neri e Soares (2002), verificaram que as pessoas que referiram problemas de saúde tinham suas chances de procurar atendimento aumentadas em 155%. No mesmo sentido, Pinheiro e Travassos (1999), identificaram a necessidade, medida por meio da variável morbidade auto-referida, como o principal fator explicativo para a

utilização dos serviços de saúde por idosos no Rio de Janeiro, que também apresentou associação com o sexo, à área de residência e a renda do idoso.

Em Camaquã, dentre aqueles que buscaram atendimento de saúde, 91,1% foram atendidos. Não se observou diferença na utilização efetiva dos serviços de saúde entre os níveis de vida ($p = 0,182$), escolaridade ($p = 0,269$), ou posse de plano privado de saúde ($p = 0,240$), sendo que entre as mulheres, o percentual de atendimento (90,8%) foi discretamente inferior ao dos homens (91,7%), e todos os idosos que procuraram por atendimento de saúde, no período de referência, foram atendidos. Observe-se que esse índice de acesso incluiu todas as formas de atendimento realizado pelo SUS, o atendimento público, pelos planos privados de saúde e aqueles pagos diretamente pelo usuário.

O índice de não atendimento da demanda foi baixo em todos os níveis de condições de vida, registrando-se apenas nove situações onde o atendimento não foi realizado.

Tabela 8 - Distribuição das pessoas que procuraram atendimento de saúde nas duas últimas semanas, por grupos de condições de vida, segundo efetivação do atendimento, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	FOI ATENDIDO				TOTAL	
	Sim		Não			
	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	34	85,0	6	15,0	40	100
Nível de vida médio	32	97,0	1	3,0	33	100
Nível de vida médio-superior	13	100	-	-	13	100
Nível de vida superior	13	86,7	2	13,3	15	100
TOTAL	92	91,1	9	8,9	101	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.
 Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 4,866$ $p = 0,182$.

O principal motivo apontado para o não atendimento das demandas foi a indisponibilidade de vaga ou senha (7), que ao oposto do que poderia se imaginar, ocorreu com maior frequência nos atendimentos particulares (4) do que nas unidades básicas ou centro de saúde (3). Os outros dois motivos apontados para o não atendimento da demanda foram à falta de profissional especializado e a demora no atendimento, que levou o usuário a desistir do serviço.

Esses índices de acesso aos serviços de saúde, que podem ser considerados elevados, parecem ser reflexo da estrutura ofertada e da organização da rede municipal de saúde, que consegue absorver praticamente toda a demanda, onde os indivíduos utilizam-se dos serviços ofertados, de acordo com seus problemas e

possibilidades de ingresso no sistema, parecendo, desta maneira, não impor maiores dificuldades de acesso a nenhum grupo social.

Esse fato pode ser constatado pela distribuição dos atendimentos realizados pela rede de serviços de saúde do Município, onde os serviços de atenção primária, como as unidades básicas e o centro de saúde foram os responsáveis pelo maior número de atendimentos, respondendo por 38,6% do total. Em seguida apareceram os consultórios particulares (31,7%) e o hospital ou emergência (26,7%), enquanto as farmácias, das quais se esperava número considerável de atendimentos, foram referidas por cerca de 3% dos que procuraram atendimento de saúde.

A utilização dos diferentes tipos de serviços de saúde mostrou-se fortemente associada aos aspectos demográficos. Os resultados evidenciaram variação no tipo de serviço de saúde utilizado, em relação à idade ($p = 0,006$), verificando-se que os mais jovens, com idades entre zero e quatorze anos, utilizaram mais as unidades básicas e o centro de saúde (70%) e menos o hospital ou a emergência (5%), enquanto que entre os idosos, os serviços mais utilizados foram os consultórios particulares (50%) e a emergência (37,5%), sendo que as unidades básicas e o centro de saúde realizaram apenas 12,5% dos atendimentos identificados nessa faixa etária.

O que, segundo Roese (2005), pode ser reflexo das dificuldades que os inativos, entre eles os idosos, enfrentam em utilizar os serviços de atenção básica, em virtude de seus problemas de saúde, que os levam a procurar serviços de maior complexidade quando entendem existir necessidade, acabando, de certa maneira, por distanciar esses indivíduos dos cuidados preventivos e da promoção de saúde, eixos principais dos serviços de atenção primária.

Quadro que sugere uma lacuna importante na rede de serviços de saúde do Município, onde os serviços públicos de atenção primária parecem estar mais voltados ao atendimento das crianças e adolescentes, ou ainda, que os idosos apresentem resistência no uso desses serviços por algum motivo ainda não identificado, tendo-se em vista que, as diferenças na distribuição das faixas etárias entre os grupos sociais e na posse de seguro privado de saúde, não parecem justificar essa variação, à medida que não se apresentam de tal forma acentuadas.

Em relação aos fatores socioeconômicos, ficou evidente a associação entre nível de vida e tipo de atendimento utilizado (Tabela 10). Como esperado, a utilização das unidades básicas e do centro de saúde diminuiu a medida em que

aumentou o nível de vida dos indivíduos, a ponto de não ter sido informado nenhum atendimento nesses serviços por pessoas na categoria de nível de vida superior, com o oposto ocorrendo quando se verifica a utilização de serviços particulares, onde estão incluídos os consultórios particulares e as farmácias, para os quais percebe-se claro aumento na utilização à medida que se eleva o nível de vida.

Tabela 9 - Distribuição das pessoas que utilizaram serviços de saúde nas últimas duas semanas, por grupos de nível de vida, segundo serviço de saúde utilizado, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO						TOTAL	
	Unidade Básica ou Centro de Saúde		Serviços particulares		Hospital/emergência			
	n	%	N	%	n	%	N	%
Nível de vida inferior	23	57,5	6	15,0	11	27,5	40	100
Nível de vida médio	13	39,4	11	33,3	9	27,3	33	100
Nível de vida médio-superior	3	23,1	6	46,1	4	30,8	13	100
Nível de vida superior	-	-	12	80	3	20	15	100
TOTAL	39	38,6	35	34,7	27	26,7	101	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.
 Teste estatístico: $\text{Chi}^2 = 24,523$ $p < 0,001$.

Outro dado relevante, diz respeito à utilização da emergência/hospital, que ocorreu de forma semelhante entre os grupos sociais, com exceção do grupo de nível de vida superior, e que denota uma grande participação deste serviço no atendimento aos usuários da rede de saúde de Camaquã.

Roese (2005), ao estudar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de média complexidade no mesmo Município, verificou que 17,3% da população preferiam buscar atendimento direto no serviço de emergência, o que relatou constituir preocupação para o secretário municipal de saúde, devido ao alto custo e à falta de continuidade deste tipo de atendimento, que naquele momento estudava a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município.

Entretanto, mesmo implementadas algumas unidades da ESF, o índice de procura por atendimento no serviço de emergência/hospital aumentou, o que segundo Novakoski (1999), pode ter relação com a facilidade de acesso geográfico e econômico dos hospitais, além da cultura “hospitalocêntrica” que permanece de tal forma impregnada nas políticas e práticas de saúde no País, fazendo com que o consumo de serviços de saúde seja vinculado ao que o usuário considera melhor equipado para a realização de um bom diagnóstico de sua doença, como coloca

Cohn *et al.* (1991), citado por Roese (2005), de certa forma refletindo as estratégias dos indivíduos na busca da resolução dos seus problemas.

A posse de seguro privado de saúde, embora não estivesse associada à procura, ou à efetivação dos atendimentos de saúde, apareceu como importante fator na explicação da utilização diferenciada dos serviços. Segundo Gerhardt (2006), a análise da cobertura por plano de saúde é, particularmente, relevante no que se refere ao estudo da utilização dos serviços de saúde, pois esta relacionada às condições de vida, à oferta e ao acesso ao sistema, que por meio de oferta heterogeneamente estruturada e distribuída, pode atuar como fator gerador de desigualdades, constituindo-se em determinante social de saúde.

Aproximadamente, um quarto da população brasileira conta com alguma modalidade de seguro de saúde, sendo a presença dos planos expressiva na região sul do País, onde a porcentagem de beneficiários, na cidade de Porto Alegre, conforme Conill *et al.* (2008), em relação a população total, em 2006, era da ordem de 37%.

Para a população estudada, em Camaquã, a cobertura por plano de saúde observada foi de 43%, bastante elevada, se comparada à da capital do Estado, anteriormente citada, e à estimada para as áreas urbanas do País (28%), conforme os dados da PNAD 2003 (IBGE, 2005).

Nessa população, a cobertura por plano de saúde não apresentou associação com a declaração de doença ou problema de saúde ($p = 0,796$), como esperado foi discretamente maior entre as mulheres (43,1%) do que entre os homens (42,9%), visto que as mulheres tendem a utilizar mais os serviços de saúde, e ainda aumentou com a idade, variando de 34,1%, entre as pessoas menores de 14 anos, a 56,2% para os idosos, com 65 anos ou mais de idade ($p = 0,002$), demonstrando, também como esperado, que ao envelhecerem os indivíduos passam a se preocupar mais com a utilização dos serviços de saúde, dado a maior suscetibilidade ao adoecimento.

Como esperado, a cobertura por plano privado de saúde também apresentou forte associação positiva com o nível de condições de vida (Tabela 11), isto é, quanto maior o nível de vida maior a cobertura por plano de saúde. Assim, o grupo de nível de vida inferior apresentou cobertura de 11,6%, enquanto que no grupo de nível de vida superior essa chegava a 87,5% dos indivíduos, marcando perfil de desigualdade social no acesso aos serviços privados de saúde para essa população.

Tabela 10 - Distribuição da população em estudo, por grupos de condições de vida, segundo cobertura de plano de saúde, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE				TOTAL	
	Sim		Não			
	N	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	31	11,6	236	88,4	267	100
Nível de vida médio	99	40,7	144	59,3	243	100
Nível de vida médio-superior	107	54,0	91	46,0	198	100
Nível de vida superior	133	87,5	19	12,5	152	100
TOTAL	370	43,0	490	57,0	860	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: $\chi^2 = 240,461$ $p < 0,001$.

Fato que se reflete na utilização diferenciada dos serviços, tendo-se verificado que as pessoas que usufruíam desse tipo de seguro, claramente utilizaram mais os serviços particulares (58,5%) e menos os serviços de atenção básica (19,5%), enquanto que àqueles que não dispunham de tal recurso, recorreram muito mais às unidades básicas e ao centro de saúde (51,7%) e ao hospital (30%), como forma de garantirem os atendimentos considerados necessários para o manejo de seus problemas de saúde.

Nesse contexto, o estudo da realização dos exames preventivos do câncer feminino pode revelar outras situações relacionadas à busca e utilização dos serviços de saúde, visto que, envolvem tanto questões de acesso aos serviços como questões culturais que permeiam a busca por esses atendimentos.

5.3.2.1 Exames preventivos do câncer feminino

As mulheres constituem um dos principais grupos de usuários dos serviços de saúde em todo mundo, fato que para Carlotto *et al.* (2008), se deve entre outros, a necessidade de cuidados relativos aos aspectos reprodutivos e ao diagnóstico precoce de lesões precursoras de câncer de colo uterino e mamas.

Dessa maneira, para avaliar as questões relativas ao acesso e utilização de serviços de saúde no município em estudo, a pesquisa incluiu um conjunto de perguntas sobre exames preventivos para mulheres acima de vinte e quatro anos de

idade, como exame clínico de mamas, mamografia e exame preventivo para câncer de colo de útero.

No Brasil, o câncer de mama é a maior causa de mortes por câncer entre a população feminina. A detecção precoce da doença, realizada por meio de exame clínico das mamas e exame de mamografia, é de grande importância, visto que, a detecção tardia da doença, compromete os resultados do tratamento, diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes (BRASIL, 2009).

Na população estudada, 85,6% das mulheres maiores de vinte e quatro anos referiram já ter se submetido a exame clínico de mamas realizado por médico ou enfermeiro. Destas, 62,1% declararam ter passado pelo exame há menos de um ano, 27,1% que este foi realizado entre um e três anos e 10,8% havia quatro anos ou mais. Sendo importante mencionar que 14,4% das mulheres informaram nunca terem sido submetidas a um exame clínico das mamas por profissional de saúde.

A análise não mostrou associação entre a realização de exame clínico de mamas por profissionais de saúde e o nível de condições de vida ($p = 0,063$), ou a posse de seguro privado de saúde ($p = 0,322$). No entanto, apresentou associação positiva com o nível de escolaridade máxima da família, indicando diferenças no cuidado preventivo. Entre as mulheres pertencentes a famílias onde a escolaridade máxima estava entre zero e quatro anos de estudo, apenas 54,5% já haviam realizado este exame, enquanto 94,3% daquelas pertencentes a famílias com nível de escolaridade superior, com doze anos ou mais de estudo, foram submetidas ao exame ao menos uma vez em suas vidas.

Variações semelhantes foram observadas, nessa população, em relação ao exame preventivo de câncer de colo de útero, doença que como o câncer de mama, ocupa importante posição como causa de mortalidade, especialmente em países menos desenvolvidos.

No Brasil, desde 1988 o Ministério da Saúde segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que propõe a realização do exame a cada três anos, após dois controles anuais consecutivos negativos para mulheres com até 59 anos de idade.

Entre as mulheres pesquisadas, 88,6% referiram já terem sido submetidas a exame preventivo de câncer de colo de útero. Destas, 85,8% declararam que o exame foi realizado a menos de três anos, 8,8% entre três e cinco anos e 5,4% que

este foi realizado há seis anos ou mais. Devendo-se salientar que 11,4% das mulheres referiram nunca terem feito o exame preventivo.

Também nesse caso, não se observou diferença na realização do exame entre os diferentes grupos sociais, ou com a posse de plano privado de saúde. No entanto, a realização do exame preventivo de câncer de colo de útero esteve, novamente, associada ao nível de escolaridade das famílias ($p < 0,001$). De forma que, a realização do exame aumentou com o nível de escolaridade máxima da família, variando de 59,1%, para mulheres pertencentes a famílias com escolaridade entre zero e quatro anos, e 97,1% para àquelas pertencentes a famílias com escolaridade superior, corroborando a existência de desigualdade no cuidado preventivo, anteriormente observado para essa população.

Essa prevalência de realização de exames preventivos de baixa complexidade, menor entre mulheres com baixo nível de escolaridade já havia sido identificada por Pinho *et al.* (2003), em estudo sobre a cobertura do teste Papanicolaou, em São Paulo, e também por Amorim *et al.* (2006), em estudo semelhante realizado em Campinas e estaria associada, entre outros, ao potencial conhecimento dos indivíduos sobre os exames, sua finalidade e importância.

Segundo Pinho *et al.* (2003), entre as mulheres com baixa escolaridade, a procura por exames preventivos ocorre em sua maioria por queixas ginecológicas ou recomendações médicas, enquanto que entre as mulheres com nível de escolaridade superior, a procura por esses procedimentos ocorre de forma espontânea, por razões preventivas. Atitude que, ainda segundo estes autores, remete a considerar uma questão mais ampla e complexa, que diz respeito à própria construção cultural de significação dos fenômenos de saúde e doença pelos indivíduos e coletividades.

De qualquer maneira, os resultados demonstram que a estrutura e a organização da rede de serviços de saúde de Camaquã favorecem a universalização do atendimento de saúde no que tange aos exames preventivos, de baixa complexidade, ao câncer feminino, à medida que o acesso parece não constituir barreira para a utilização dos serviços.

Dessa forma, ao analisar as desigualdades no consumo desses serviços, parece necessário considerar a complexidade do indivíduo, e atentar, como salientam Oliveira e Pinto (2007), para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não a prevenção de determinadas formas de câncer, que

em alguns casos estão ligados a valores culturais, tabus e a sua própria sexualidade. De modo que, na atual conjuntura, a ampliação da oferta dificilmente atingiria resultados no aumento da utilização de tais serviços.

Ao contrário, quando se trata de mamografia, exame capaz de detectar lesões bem pequenas, em fase inicial da doença, os dados demonstraram maior dificuldade de acesso ao serviço, com desigualdade social evidenciada pelas diferenças na realização do exame entre as diferentes categorias sociais, nível de escolaridade e posse de plano privado de saúde.

A realização do exame foi referida por 55,4% das mulheres maiores de vinte e quatro anos de idade, ficando evidente a associação com o nível de vida (Tabela 12). As mulheres pertencentes à categoria de nível de vida superior referiram ter realizado mamografia em 72,9% dos casos, sendo que entre estas, 44,1% haviam realizado o exame a menos de um ano. Enquanto na categoria de nível de vida inferior 58,6% das mulheres referiram nunca ter realizado mamografia, sendo que apenas 18,6% delas haviam realizado o exame a menos de um ano.

Tabela 11 - Realização de mamografia segundo nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA	EXAME DE MAMOGRAFIA								TOTAL	
	Menos de 1 ano		De 1 a 2 anos		3 anos ou mais		Nunca fez			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	13	18,6	8	11,4	8	11,4	41	58,6	70	100
Nível de vida médio	19	25,0	12	15,8	10	13,2	35	46,0	76	100
Nível de vida médio-superior	20	30,3	13	19,7	4	6,1	29	43,9	66	100
Nível de vida superior	26	44,1	10	16,9	7	11,9	16	27,1	59	100
TOTAL	78	28,8	43	15,9	29	10,7	121	44,6	271	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Teste estatístico: Chi² = 18,286 *p* = 0,032.

No mesmo sentido, observou-se que as mulheres pertencentes a famílias com nível de escolaridade superior referiram ter realizado o exame em 72,9% dos casos, enquanto esse índice diminuiu para 50% nas famílias com escolaridade entre zero e quatro anos de estudo (*p* < 0,001). E, ainda observou-se diferença na realização do exame com relação à posse de plano de saúde (*p* = 0,001), verificando-se que àquelas mulheres que contavam com o serviço privado, referiram ter realizado o exame em 66,7% dos casos, sendo que 38% destas haviam realizado o exame há menos de um ano, enquanto as mulheres que não possuíam plano de saúde referiram ter realizado o exame em, apenas 45,1% dos casos.

Esses resultados, além de demonstrarem a existência de desigualdades de acesso ao exame de mamografia, entre a população estudada, em Camaquã, evidenciam uma grande dificuldade da efetivação do Sistema Único de Saúde, que está na universalização do acesso aos diversos níveis de complexidade do sistema. Uma vez que, a estrutura da rede de serviços de saúde parece possuir capacidade de atender a demanda local em nível primário de complexidade, mas quando se trata de serviços especializados a rede afunila-se, fazendo com que àqueles que usufruem melhores condições de vida, garantam o acesso por meio de sua condição econômica, e pelos planos privados de saúde, enquanto os mais pobres ficam excluídos, ou aguardando em listas de espera, que em alguns casos podem demorar anos.

De modo geral, os resultados demonstram a pluralidade de fatores que exercem influência na busca e na utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos, que variam de acordo com as possibilidades de acesso, estrutura da rede de serviços e condições de vida dos usuários, além de características sociodemográficas e do entendimento de cada um quanto ao seu estado de saúde, ou doença.

Embora o acesso caracterize um determinante social importante na utilização de determinados serviços, à medida que pode representar barreira à busca ou efetivação de algum atendimento de saúde, esse configura como mais um entre os diversos determinantes sociais da utilização dos serviços de saúde observados no contexto do sistema de saúde do município de Camaquã. De maneira que, a utilização dos serviços de saúde não pode ser explicada de forma assertiva por meio de nenhuma variável, senão, ainda que de forma incompleta, por um amplo conjunto dessas.

Nesse sentido, o estudo das redes e do apoio social, mesmo que de forma estrutural e funcionalista, poderá contribuir para compreensão dos determinantes sociais da utilização dos serviços de saúde, uma vez que, como coloca Camargo Junior (2005), a decisão de procurar por atendimento de saúde é do indivíduo, ou ao menos daqueles que o cercam, e isso está relacionado às experiências corporais e subjetivas dos sujeitos, seus sofrimentos, e as suas representações socioculturais sobre saúde e doença.

5.3.3 Saúde, redes de apoio e apoio social

Como vem sendo demonstrado a saúde, individual ou coletiva, resulta de relações complexas entre inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais (CHOR *et al*, 2001). Muito embora, ainda não tenham sido esclarecidos os mecanismos de ação, pelos quais as redes de apoio e o apoio social exercem influência sobre os sistemas de defesa do organismo humano, poucas são as dúvidas quanto à capacidade dessas de exercerem influência sobre a saúde das pessoas.

Os suportes sociais percebidos e recebidos são citados por Dessen e Braz (2000), como fundamentais para a manutenção da saúde mental, para o alívio do estresse físico e mental e para o enfrentamento de situações estressantes, assim como, para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico dos seres humanos.

Neste contexto, pretende-se verificar a existência e a configuração das redes de apoio e a percepção do apoio social na população em estudo, analisando a influência dessas tanto sobre as condições de saúde dos indivíduos, por meio da declaração de restrição de atividades habituais, como também sobre a procura por atendimento nos serviços da rede municipal de saúde de Camaquã, associando-os, ainda, às condições de vida da população em estudo, com o objetivo de verificar possíveis diferenças em relação às condições sociais dos pesquisados.

Nesta etapa da investigação apenas os respondentes principais do inquérito foram considerados, totalizando 256 indivíduos. Estes eram na maioria mulheres (63,7%), e a maior parte situava-se na faixa etária entre 15 e 64 anos de idade (86,7%), enquanto os idosos com 65 anos ou mais representavam 13,3%.

Quanto à escolaridade, a maior parte dos respondentes (39,1%) integrava famílias com escolaridade máxima entre nove e onze anos de estudo, 28,5% pertenciam a famílias com escolaridade entre cinco e oito anos, outros 23,4% pertenciam a famílias com nível de escolaridade superior, com doze ou mais anos de estudo, enquanto em 9% dos casos o nível de escolaridade máxima observado na família dos respondentes ficou entre nenhum e quatro anos.

Desse universo de respondentes, 45,3% declararam possuir alguma doença ou problema de saúde, 13,7% informaram restrição de atividades habituais nas duas semanas anteriores ao inquérito, enquanto 15,6% declararam ter procurado algum

serviço de saúde no período de referência. Todos esses índices foram superiores aos observados para a população geral, o que deve encontrar justificativa na exclusão da faixa etária entre zero e quatorze anos de idade dessa etapa da análise, visto que somente adultos poderiam participar como respondentes principais do inquérito.

A partir dessa breve descrição, realizou-se uma caracterização das redes de apoio dos indivíduos, por meio da verificação do número de amigos e parentes considerados íntimos por estes, e da frequência com que eles participavam de atividades em grupo, como atividades esportivas ou artísticas, reuniões de moradores ou funcionários e trabalho voluntário.

Assim, verificou-se que a maioria dos indivíduos (43,4%) contava com um ou dois amigos com os quais podiam conversar sobre quase tudo, 35,5% deles informaram possuir três ou mais amigos nesse sentido, enquanto outros 21,1% informaram não possuir nenhum amigo que pudesse ser considerado íntimo.

Da mesma maneira, observou-se que a maioria dos indivíduos (48,4%) informou contar com um ou dois parentes com quem podiam falar sobre quase tudo, sendo que 45,3% deles informaram possuir três ou mais parentes íntimos, enquanto que em 6,3% dos casos relataram não contar com nenhum parente que pudesse ser considerado íntimo.

Em relação às atividades em grupo, estas pareceram não representar situação comum entre os indivíduos, tendo-se em vista que, as atividades mais praticadas foram às esportivas ou artísticas, informadas como freqüentes (uma ou mais vezes por semana) por 11,3% dos respondentes, não obstante a grande maioria (77%) tenha informado ter realizado tais atividades uma ou nenhuma vez nos últimos doze meses. Enquanto as participações em reuniões de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos, assim como, em trabalhos voluntários, foram informadas como muito pouco freqüentes (uma ou nenhuma vez nos últimos doze meses) por 86,3% dos indivíduos.

Desse modo, observou-se que uma parcela relativamente significativa dos sujeitos de estudo poderia não contar com os benefícios advindos das redes de apoio, dado a fragilidade, ou mesmo a ausência de relações sociais identificadas, o que conforme Andrade e Vaitsman (2002), representaria um fator de risco comparável a outros comprovadamente nocivos a saúde, como o tabagismo, a obesidade, a pressão arterial elevada e a ausência de atividade física.

Nesse sentido, Carneiro *et al.* (2007) observaram um maior comprometimento nas habilidades sociais de idosos moradores de um asilo, em comparação a outros dois grupos com maiores possibilidades de relações sociais, relacionando esse fato ao isolamento social ao qual os idosos residentes em tais instituições estariam submetidos.

O que, de certa forma, corrobora as colocações de Ramos (2002), que citando também Cockerham (1991), menciona as redes sociais formadas por amigos e parentes como fatores que abalam significativamente os efeitos do estresse nos mais idosos, oferecendo apoio social na forma de amor, afeição, preocupação e assistência, fazendo com que as pessoas que não contam com esse tipo de apoio tendam a ter maiores dificuldades de lidar com o estresse do que aquelas que contam com o suporte social.

Ao analisar a configuração das redes de apoio informadas segundo o nível de vida dos indivíduos, observou-se diferença estatística importante para o número de amigos e parentes íntimos, conforme apresentado na tabela 13, verificando-se tendência de que os indivíduos com melhores condições de vida usufruam uma rede de apoio mais ampla, comparada aos níveis de vida inferiores, já que as atividades em grupo (esportivas ou artísticas, reuniões e trabalho voluntário) não diferiram entre as categorias sociais ($p = 0,335$, $p = 0,155$ e $p = 0,066$, respectivamente).

Valla (2000), sem negar os processos de estresse que afetam as classes média e alta, chama atenção ao quadro de estresse intenso a que estão expostas as populações mais carentes, principalmente nas grandes cidades, convivendo com o narcotráfico, com as freqüentes faltas de água, quedas de voltagem que danificam os eletrodomésticos e a constante possibilidade de perda do “barraco” durante uma chuva forte, considerando o importante papel que as redes de apoio poderiam exercer no enfrentamento de tais situações.

No entanto, embora fosse de se esperar que as pessoas com piores condições de vida mantivessem redes sociais mais amplas, que poderiam auxiliar no enfrentamento das adversidades cotidianas, os estudos tendem a demonstrar que as pessoas nas classes sociais mais baixas são mais isoladas e aparentam receber menos assistência dos outros que aquelas em níveis superiores, conforme citado por Ramos (2002), e observado por Rosa *et al.* (2007), em estudo sobre os aspectos do apoio social de idosos em São Paulo, que verificaram chances significativamente

maiores entre os homens de renda mais baixa de apresentarem redes sociais reduzidas, comparativamente aos de renda superiores.

Tabela 12 - Constituição das redes de apoio dos indivíduos, conforme número de amigos e parentes íntimos segundo o nível de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA / REDES DE APOIO	CONFIGURAÇÃO DAS REDES DE APOIO						TOTAL	
	Nenhum		1 a 2		3 ou mais		Total	
Número de amigos íntimos (Chi ² = 16,992 p = 0,009)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	23	29,5	29	37,2	26	33,3	78	100
Nível de vida médio	19	27,5	32	46,4	18	26,1	69	100
Nível de vida médio-superior	8	13,6	30	50,8	21	35,6	59	100
Nível de vida superior	4	8,0	20	40,0	26	52,0	50	100
Total	54	21,1	111	43,4	91	35,5	256	100

Número de parentes íntimos (Chi ² = 14,338 p = 0,026)	Nenhum		1 a 2		3 ou mais		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	9	11,5	41	52,6	28	35,9	78	100
Nível de vida médio	4	5,8	39	56,5	26	37,7	69	100
Nível de vida médio-superior	2	3,4	25	42,4	32	54,2	59	100
Nível de vida superior	1	2,0	19	38,0	30	60,0	50	100
Total	16	6,3	124	48,4	116	45,3	256	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Desse modo, quanto mais elevado o nível de vida, maior seria a possibilidade dos sujeitos beneficiarem-se das diferentes formas de ajuda disponibilizadas pelas redes de apoio, que conforme indicam diversos estudos, favoreceriam a saúde dos indivíduos atuando como determinantes de atitudes e comportamentos, favorecendo hábitos de vida saudáveis e amenizando os efeitos patogênicos do estresse, entre outros (GRIEP, 2007; CHOR *et al.*, 2001; ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

Todavia, mais do que ao tamanho das redes, esses benefícios estariam relacionados à intensidade das relações existentes, visto que é por meio do apoio social, ou seja, da maneira como os indivíduos se apropriam das relações sociais, que as redes teriam a capacidade de influenciar as condições de saúde das pessoas, assim como, a utilização dos serviços de saúde por essas.

Dessa forma, em um segundo momento, passou-se à caracterização da maneira como os sujeitos percebiam o apoio social advindo de suas redes de apoio. O processo de mensuração do apoio social seguiu os passos empregados no Estudo Pró-Saúde (CHOR *et al.*, 2001; GRIEP *et al.*, 2003; FAERSTEIN *et al.*,

2005), utilizando-se instrumento traduzido e adaptado para o português e validado em cinco etapas de teste e reteste.

Como na versão original, o questionário foi composto por 19 itens, abrangendo cinco dimensões de apoio social: material, afetivo, emocional, informação e interação positiva. Para cada item, o indivíduo deveria indicar com que frequência considerava disponível cada tipo de apoio, em caso de necessidade: nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre; sendo que para cada resposta foram atribuídos escores, a fim de padronizar os resultados de cada dimensão de apoio social, de maneira que quanto maior o escore, maior o nível de apoio experimentado.

Observou-se que a distribuição dos escores das cinco dimensões de apoio social foi semelhante, com exceção da dimensão de apoio afetivo, que apresentou média de cerca de noventa pontos, superior as demais dimensões, cuja média dos escores situou-se em torno de oitenta e dois pontos.

A percepção de apoio social, em suas cinco dimensões, esteve fortemente associada ao nível de vida dos indivíduos, como apresentado na tabela 14, mostrando-se, neste estudo, coerente ao tamanho das redes, ou seja, quanto maior a rede de apoio, maior o apoio social experimentado. Assim, os indivíduos com mais elevado nível de vida contavam também com maior apoio social.

Tabela 13 - Distribuição dos indivíduos em tercis de apoio social segundo níveis de vida, Camaquã, RS, 2008.

CONDIÇÕES DE VIDA / TIPO DE APOIO SOCIAL	TERCIS DE APOIO SOCIAL						TOTAL	
	Primeiro tercil (40-80)		Segundo tercil (81-95)		Terceiro tercil (100)		Total	
Apoio afetivo (Chi ² = 14,310 p = 0,026)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	28	35,9	9	11,5	41	52,6	78	100
Nível de vida médio	18	26,1	9	13,0	42	60,9	69	100
Nível de vida médio-superior	12	20,3	13	22,0	34	57,6	59	100
Nível de vida superior	7	14,0	15	30,0	28	56,0	50	100
Total	65	25,4	46	18,0	145	56,6	256	100
Apoio emocional (Chi ² = 17,874 p = 0,007)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	36	46,2	21	26,9	21	26,9	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	18	26,1	28	40,6	69	100
Nível de vida médio-superior	14	23,7	27	45,8	18	30,5	59	100
Nível de vida superior	10	20,0	24	48,0	16	32,0	50	100
Total	83	32,4	90	35,2	83	32,4	256	100
Apoio de informação (Chi ² = 17,794 p = 0,007)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	38	48,7	21	26,9	19	24,4	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	26	37,7	20	29,0	69	100
Nível de vida médio-superior	14	23,7	32	54,2	13	22,1	59	100
Nível de vida superior	12	24,0	19	38,0	19	38,0	50	100
Total	87	34,0	98	38,3	71	27,7	256	100
Interação positiva (Chi ² = 21,702 p = 0,001)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	44	56,4	11	14,1	23	29,5	78	100
Nível de vida médio	25	36,2	14	20,3	30	43,5	69	100
Nível de vida médio-superior	20	33,9	20	33,9	19	32,2	59	100
Nível de vida superior	11	22,0	18	36,0	21	42,0	50	100
Total	100	39,1	63	24,6	93	36,3	256	100
Apoio material (Chi ² = 13,727 p = 0,033)	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível de vida inferior	36	46,2	22	28,2	20	25,6	78	100
Nível de vida médio	23	33,3	16	23,2	30	43,5	69	100
Nível de vida médio-superior	16	27,1	21	35,6	22	37,3	59	100
Nível de vida superior	11	22,0	21	42,0	18	36,0	50	100
Total	86	33,6	80	31,3	90	35,1	256	100

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Nesse contexto, foram observadas de modo consistente, associações diretas, estatisticamente significativas, entre os tercis de escores de apoio afetivo e a procura por serviços de saúde ($p = 0,044$), e também entre os tercis de escores de apoio emocional ($p = 0,014$) e de informação ($p = 0,045$) com a declaração positiva quanto à restrição de atividades habituais.

Considerando somente o apoio afetivo, a chance de relatar ter procurado algum serviço de saúde, no período de referência, foi cerca de cinco vezes menor para o tercil intermediário (apoio social intermediário) e 25% menor para o tercil superior (apoio social superior), comparados aos participantes do tercil inferior (apoio social inferior) dessa dimensão de apoio social. Entretanto, essa diferença mostrou-se sem

relevância em modelo ajustado, explorando possíveis efeitos de confundimento de características como nível de vida, sexo, idade, escolaridade máxima na família e declaração quanto à presença de doenças ou problemas de saúde, não podendo-se afirmar existir diferenças na procura por serviços de saúde entre os diferentes tercis de apoio afetivo, como pode-se observar na tabela 15.

Tabela 14 - Prevalências e razões de chances (RC brutas e ajustadas) da procura por serviços de saúde segundo tercis dos escores de apoio social, Camaquã, RS, 2008.

Apoio social	Procurou serviço de saúde		Não procurou serviço de saúde		RC bruta (IC95)	RC ajustada (IC95)
	n	%	n	%		
Apoio material						
30 a 80	14	16,3	72	83,7	1,00 -	1,00 -
85 a 95	13	16,2	67	83,8	1,00 (0,44 - 2,28)	2,20 (0,83 - 5,82)
100	13	14,4	77	85,6	0,87 (0,38 - 1,97)	1,44 (0,57 - 3,68)
Apoio afetivo						
40 a 80	14	21,5	51	78,5	1,00 -	1,00 -
81 a 95	2	4,3	44	95,7	0,17 (0,04 - 0,77)	0,36 (0,07 - 1,85)
100	24	16,6	121	83,4	0,72 (0,35 - 1,51)	1,30 (0,54 - 3,11)
Apoio emocional						
20 a 75	16	19,3	67	80,7	1,00 -	1,00 -
80 a 95	10	11,1	80	88,9	0,52 (0,22 - 1,23)	1,06 (0,41 - 2,77)
100	14	16,9	69	83,1	0,85 (0,38 - 1,88)	1,23 (0,49 - 3,10)
Apoio de informação						
20 a 75	16	18,4	71	81,6	1,00 -	1,00 -
80 a 95	12	12,2	86	87,8	0,62 (0,28 - 1,39)	1,63 (0,60 - 4,38)
100	12	16,9	59	83,1	0,90 (0,40 - 2,06)	1,35 (0,52 - 3,50)
Interação positiva						
20 a 80	17	17,0	83	83,0	1,00 -	1,00 -
85 a 95	5	7,9	58	92,1	0,42 (0,15 - 1,21)	1,08 (0,33 - 3,51)
100	18	19,4	75	80,6	1,17 (0,56 - 2,44)	1,77 (0,74 - 4,23)

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Da mesma maneira, o fator apoio afetivo que mostrou associação independente com a declaração de restrição de atividades habituais (Tabela 16), perdeu sua significância quando ajustado com as variáveis de nível de vida, escolaridade máxima na família e declaração de problema de saúde.

No entanto, a chance de declarar restrição de atividades habituais, que esteve associada ao apoio emocional permaneceu significativa quando ajustada a possíveis variáveis de confundimento, constatando-se entre os indivíduos no tercil intermediário dessa dimensão de apoio social, chance três vezes menor de declarar restrição de atividades, se comparada ao tercil inferior.

De forma que, embora os resultados não demonstrem associação da procura por serviços de saúde ou da restrição de atividades cotidianas com todas as dimensões do apoio social, eles sugerem a importância desse componente no

estudo dos determinantes sociais de saúde, indo de encontro ao observado em diversos estudos sobre o tema, que verificaram os efeitos positivos do apoio social em relação à saúde (ROSA *et al.*, 2007; SILVA e SHIMIZU, 2007; CARNEIRO *et al.*, 2007; ANDRADE e VAITSMAN, 2002).

Tabela 15 - Prevalências e razões de chances (RC brutas e ajustadas) da restrição de atividades habituais segundo tercís dos escores de apoio social, Camaquã, RS, 2008.

Apoio social	Apresentou restrição de atividades		Não apresentou restrição de atividades		RC bruta (IC95)	RC ajustada (IC95)
	n	%	n	%		
Apoio material						
30 a 80	13	15,1	73	84,9	1,00 -	1,00 -
85 a 95	9	11,2	71	88,8	0,71 (0,29 - 1,77)	1,22 (0,45 - 3,34)
100	13	14,4	77	85,6	0,95 (0,41 - 2,18)	1,36 (0,54 - 3,44)
Apoio afetivo						
40 a 80	14	21,5	51	78,5	1,00 -	1,00 -
81 a 95	3	6,5	43	93,5	0,25 (0,07 - 0,94)	0,46 (0,11 - 1,90)
100	18	12,4	127	87,6	0,52 (0,24 - 1,12)	0,74 (0,31 - 1,80)
Apoio emocional						
20 a 75	17	20,5	66	79,5	1,00 -	1,00 -
80 a 95	5	5,6	85	94,4	0,23 (0,08 - 0,65)	0,32 (0,11 - 0,99)
100	13	15,7	70	84,3	0,72 (0,33 - 1,60)	0,91 (0,36 - 2,27)
Apoio de informação						
20 a 75	18	20,7	69	79,3	1,00 -	1,00 -
80 a 95	8	8,2	90	91,8	0,34 (0,14 - 0,83)	0,53 (0,19 - 1,46)
100	9	12,7	62	87,3	0,56 (0,23 - 1,33)	0,62 (0,24 - 1,65)
Interação positiva						
20 a 80	19	19,0	81	81,0	1,00 -	1,00 -
85 a 95	5	7,9	58	92,1	0,37 (0,13 - 1,04)	0,64 (0,20 - 2,01)
100	11	11,8	82	88,2	0,57 (0,26 - 1,28)	0,59 (0,24 - 1,46)

Fonte: SANTOS, DL; pesquisa direta, 2008.

Tal como verificado por Andrade *et al.* (2005), que observaram chances 50% maior de relatar prática mais freqüente de auto-exame das mamas entre mulheres no tercil intermediário, e cerca de duas vezes maior entre aquelas situadas no tercil superior de apoio social, comparadas às participantes no tercil inferior, em estudo realizado com funcionárias de uma universidade no Rio de Janeiro.

Dessa maneira, a proposta do apoio social além de oferecer uma contribuição para o estudo dos determinantes sociais em saúde no Brasil pode ser também um instrumento capaz de dar voz a complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, permeados pelas relações sociais, e que são experimentadas de formas diferentes nos diversos grupos sociais.

De modo que, os estudos sobre saúde precisam considerar a complexidade e a diversidade das redes sociais e dos apoios recebidos, na busca de uma

compreensão mais aprofundada dos efeitos das relações sociais sobre a saúde dos indivíduos, que poderiam ainda, ser melhor explorados com a inclusão de dimensões qualitativas nos estudos, como avaliações subjetivas do apoio social.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre os determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã/RS foi desenvolvido com o intuito de analisar a utilização da rede de serviços de saúde existente no município e ilustrar possíveis desigualdades, por meio dos determinantes sociais do acesso e utilização desses serviços, analisados por meio das condições de vida das famílias, dos problemas de saúde referidos e das influências das redes de apoio e do apoio social.

No município de Camaquã, a problemática de estudo emergiu da sua condição de centro regional tanto em termos econômicos quanto em relação aos serviços ofertados. Com uma população predominantemente urbana, o Município apresenta todos os problemas sociais típicos das cidades brasileiras de médio porte, favorecendo o estudo das desigualdades sociais e possíveis desigualdades na utilização dos serviços de saúde, tema sobre o qual havia uma lacuna de informações no Município e, por conseqüência, também no diagnóstico dos problemas existentes e nas políticas de saúde locais para o enfrentamento desses.

As análises das informações sobre o perfil socioeconômico e demográfico dos moradores pesquisados e de suas famílias indicam algumas reflexões. Observa-se uma população adulta, predominantemente feminina, em idade economicamente ativa e que tem no comércio e nas indústrias suas principais fontes de emprego. As famílias, de modo geral, são numerosas, se comparadas ao verificado no País e no Estado do Rio Grande do Sul, residem em suas atuais residências há um longo período de tempo e possuem nível de escolaridade máxima relativamente elevado.

A situação socioeconômica, caracterizada por meio de um indicador de condições de vida, procurou considerar um amplo conjunto de elementos do contexto social dos indivíduos e de suas famílias, retratando a existência de quatro grupos sociais distintos no Município, demonstrando a diversidade social existente, também observada durante a coleta dos dados.

As desigualdades sociais verificadas são significativas, observando-se, de modo geral, as piores condições de vida entre as famílias residentes nos bairros periféricos do Município, onde o acesso aos bens materiais e aos serviços públicos, como água e esgoto são mais difíceis, as casas, compartilhadas por um número maior de indivíduos do que nos demais grupos sociais, apresentam as piores

condições de estrutura, observando-se ainda, nesse grupo social os níveis de escolaridade mais baixos entre as famílias pesquisadas.

Os grupos de nível de vida médio e médio superior representam cerca de metade das famílias estudadas, reunindo pessoas com condições de vida razoáveis, vivendo em casas com boa estrutura, embora ainda com limitações no acesso a bens materiais e serviços mais sofisticados. Enquanto que uma minoria reúne as melhores condições de vida entre os pesquisados, habitando a área central ou bairros de alto padrão no Município, possuem grandes e confortáveis residências, com índice de densidade habitacional entre baixo e muito baixo e um alto nível de escolaridade máxima, além da posse de bens e acesso a serviços, que no contexto do Município lhes propiciam um nível de vida bastante confortável.

Verificou-se um índice de restrição de atividades habituais bastante elevado entre os pesquisados, que não apresentou associação com fatores socioeconômicos, mas esteve diretamente associado à idade. Demonstrando, como já vem sendo discutido há algum tempo, a necessidade de reorientação do sistema de saúde para o atendimento aos problemas crônicos, tendo em vista o processo de envelhecimento da população, que se dá de forma semelhante entre os grupos sociais, em Camaquã, e que parece representar uma lacuna importante nos serviços públicos de saúde do Município.

A referência a doenças ou problemas de saúde está associada ao entendimento do que é saúde e doença para os indivíduos, que sofre influência das diversas experiências individuais ou coletivas acumuladas na trajetória de suas vidas e que contribuem para a construção de seus modos de vida. Certamente, a construção destes modos de vida sofre interferência do contexto socioeconômico, mas também do meio cultural, social e político no qual estão inseridos, tencionado constantemente pelo individual e coletivo, de modo que não podem ser determinados por meio de uma única dimensão.

Nesse contexto, dá-se a procura por atendimento de saúde, a hipótese inicial era de que as pessoas não tinham acesso aos serviços, e de que esse problema seria mais acentuado entre as famílias com piores condições de vida, porém a análise dos dados remete a complexidade da questão, que não depende unicamente do acesso, ou das condições socioeconômicas, mas envolve um amplo conjunto de elementos.

O ato de procurar atendimento passa pelas escolhas individuais de cada usuário, de maneira que nem todas as necessidades ou problemas de saúde se convertem em demanda aos serviços. Assim, as diferenças na utilização dos serviços de saúde são também reflexo da diversidade do comportamento das pessoas frente às doenças, indo além das características de organização da oferta ou disponibilidade de serviços.

De modo geral, este estudo revelou que os moradores de Camaquã têm acesso aos serviços de saúde da rede municipal quando procuram por atendimento, independentemente de fatores socioeconômicos ou demográficos. O acesso dos indivíduos nos grupos de nível de vida inferior parece, de certa forma, facilitado pela existência de extensa rede de serviços particulares e pelo alto índice de cobertura por planos de saúde verificados no Município, que ao concentrar os atendimentos de saúde dos grupos com melhores condições de vida, desonera os serviços públicos, permitindo que os indivíduos em condições de vida menos favorecidas possam utilizar esses serviços sem enfrentar maiores dificuldades.

Outra observação relevante está na utilização do hospital, que parece uma estratégia adotada pelos indivíduos no enfrentamento das dificuldades de acesso funcional, sendo procurado por aqueles que não conseguem utilizar os demais serviços em horário de trabalho, e também na busca de resolutividade para seus problemas. O que acaba por expor uma dificuldade do Sistema de Saúde brasileiro, que ao perpetuar uma cultura “hospitalocêntrica” e biologicista, onera o gestor com seu alto custo de funcionamento e reduz o cuidado de saúde a um pronto-atendimento, distanciando os usuários de um atendimento integral e continuado, que contemple além da recuperação de agravos, a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

A análise dos dados sobre a realização de exames preventivos, de baixa complexidade, de câncer feminino é outro exemplo de como as questões culturais e individuais podem interferir de modo significativo na utilização dos serviços de saúde, ultrapassando, muitas vezes, questões tratadas de modo mais central, como o acesso econômico e geográfico.

A realização desses exames não esteve, diretamente, associada ao nível de vida das mulheres ou a posse de seguro privado de saúde, mas ao nível de escolaridade das famílias. De forma que, a utilização desses serviços estaria associada, como colocam Amorim *et al.* (2006), ao potencial conhecimento das

mulheres quanto aos exames, suas finalidades e a importância da realização desses na prevenção do câncer, o que as levaria a tomada de decisão em realizá-los ou não.

Dessa maneira, dificilmente a ampliação do acesso a esses serviços levaria ao aumento da realização de tais exames, pois este é apenas um dos elementos a serem considerados na utilização dos serviços de saúde, sendo necessário levar em conta, também, a complexidade dos sujeitos e dos fatores que levam a tomada de decisão de procurar ou não por atendimento e que nesse caso parecem muito mais ligados a questões pessoais e culturais.

O mesmo não acontece quando se trata de exames mais sofisticados, como a mamografia, para o qual identificou-se desigualdades sociais em sua realização, revelando outra grande dificuldade da efetivação do Sistema Único de Saúde, que está na universalização do acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema. Nesse caso, aqueles com condições de vida elevada conseguem utilizar os serviços por meio de sua condição econômica e pela posse dos planos privados de saúde, enquanto os demais ficam excluídos da possibilidade de acesso ou aguardando em extensas listas de espera.

O estudo das redes de apoio e do apoio social aparece como instrumento capaz de dar voz à complexidade de fatores que interferem no modo de vida e saúde dos indivíduos, sugerindo a importância desses como determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde.

Em síntese, a análise dos determinantes sociais do acesso e da utilização dos serviços de saúde, nesta pesquisa, aponta de forma geral a inexistência de uma relação direta entre condições de vida e a restrição de atividades por problemas de saúde, ou ainda, com a utilização dos serviços primários de saúde do Município. No entanto, indica algumas fragilidades do Sistema de Saúde do nosso País, como o acesso aos diferentes níveis do sistema, onde a condição socioeconômica aparece como elemento importante na utilização de serviços de maior complexidade.

Quanto ao método, acredita-se que ao aprofundar o estudo das condições de vida dos indivíduos, utilizando variáveis mais próximas do uso da condição socioeconômica, além das variáveis clássicas como renda e escolaridade do chefe da família, leve a desmistificação do papel absoluto destas como determinantes sociais da saúde, fazendo-se necessário considerar as diferenças no uso das

condições materiais de vida, assim como, da subjetividade e da percepção dos indivíduos quanto ao seu próprio estado de saúde ou doença.

Enfim, existe a necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas sociais decorrentes das diferenças entre os seres humanos e suas implicações no acesso e utilização dos serviços de saúde, sendo necessário para isto uma visão ampliada sobre o tema, que permita a elaboração de políticas de saúde adequadas ao contexto socioeconômico, político e cultural local. Todavia, um estudo dessa natureza implica em elevado gasto de tempo e recursos financeiros, principalmente, se dirigido a populações maiores.

O que se espera é que este estudo possa servir de incentivo para a realização de outras investigações que possam colaborar com a produção de conhecimento sobre a utilização dos serviços de saúde e fornecer subsídios para políticas públicas, que considerem as particularidades da realidade local e, assim, dentro de uma visão ampliada do tema, possam interferir de modo positivo na redução das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **Desigualdades em saúde segundo condições de vida: Análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada.** Washington: Organização Pan-Americana de Saúde, 1999. 153 p. (OPAS. Pesquisa em Saúde Pública Documentos Técnicos, 19).
- ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S.; LABRA, M.E. Health sector reform in Brazil: A case study of inequity. **International Journal of Health Services**, Amityville, v. 30, n. 1, p. 129-162, 2000.
- ALMEIDA, M.F.; BARATA, R.B.; MONTERO, C.V.; SILVA, Z.P. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 743-756, 2002.
- AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M.B.A.; CÉSAR, C.L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2329-2338, 2006.
- ANDERSEN, R.M.; NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, Malden v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE GRB, VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ANDRADE, C. R.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; GRIEP, R. H.; LOPES, C. S.; FONSECA, M. J. M. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 379-386, 2005.
- ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critérios de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ANEP, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf> Acesso em: 18 agosto 2008.
- BARROS, R. *et al.* **Notas sobre a recente queda da desigualdade no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2006. 50p.
- BECK, F. L.; ALMEIDA, J.; VERDUM, R.; ZANONI, M.; MIELITZ NETTO, C. G. A.; GERHARDT, T. E.; RAYNAUT, C.; LOPES, M. J. M.; MIGUEL, L. A.; SOUZA, G. C. **Construção de uma problemática interdisciplinar de pesquisa: trajetória e reflexões**. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 26 ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000. 311p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer de mama**, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.inca.org.br/conteudo_view.asp?id=336. Acesso em: 16 agosto de 2009.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Conselho Nacional de Saúde, 1996.

CAMAQUÃ. Secretaria Municipal de Infra-estrutura. **Relatório de dados técnicos sobre o Município**. Camaquã, 2003. 1f.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe & participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p. (Saúde em debate, 150).

CARLOTTO, K.; CESAR, J. A.; HACKENHAAR, A. A.; RIBEIRO, P. R. P. Características reprodutivas e utilização de serviços preventivos em saúde por mulheres em idade fértil: resultados de dois estudos transversais de base populacional no extremo Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2054-2062, 2008.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E.; CLARK, C.; PRETTE, Z. D.; PRETTE, A. D. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CASSEL, E. J. Na epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, v. 64, p. 1040-1043, 1974.

CHOR D, GRIEP RH, LOPES CS, FAERSTEIN E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, 2005.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CNDSS, Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. **Radis**, n. 45 Rio de Janeiro, 2006.

COCKERHAM, W. **This aging society**. New Jersey: Prentice Hall, 1991.

COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Cidade, 2005. Disponível em www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 12/06/2007.

CONILL, E. M. *et al.* O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.5, p. 1501-1510, 2008.

DACHS, J. N. W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: a análise dos dados da PNAD/1998. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 641-657, 2002.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M.P.. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 221-231, 2000.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 275p.

FAERSTEIN, E.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 454-466, 2005.

FARIA, V. Prefácio. In KLIKSBURG, B. **Desigualdade na América Latina: o debate adiado**. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001. p. 9-11.

FLECK, M. P. A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p. 431-438, 2002.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 200-206, 2005.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006.

GERHARDT, T. E.; NAZARENO, E. R. Desigualdades sociais e situações de vida em Paranaguá. Relatório de pesquisa do Programa Interdisciplinar de Pesquisa Espaço urbano, situações de vida e saúde: o caso de Paranaguá. (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.

GERHARDT, T.E. **Anthropologie et santé publique** : approche interdisciplinaire. Pauvreté, situations de vie et santé au quotidien à Paranaguá, Paraná, Brésil. 2000. 362 f. (Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale et Culturelle) - Université de Bordeaux 2, France, 2000.

GIANINI, R.J. **Desigualdade Social e Saúde na América Latina**. São Paulo: Annablume, 1995.

GOLDIM, J.R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2 ed. Ver. e ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000. p. 179.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

GUIMARÃES, J. J. L.; FISHMANN, A. Desigualdades na mortalidade infantil entre favelados e não favelados no Município de Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, em 1980. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 65, n. 1, p. 19-38, 1986.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censo 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em www.ibge.com.br. Acesso em 06/2007.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Contagem populacional 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em www.ibge.com.br. Acesso em 03/2008.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2006**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007b.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005a.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005b.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

LANGER, A.; FARNOT, U.; GARCIA, C.; BARROS, F.; VICTORA, C.; BELIZAN, J. M.; VILLAR, J. The Latin American trial of psychosocial support during pregnancy: effects on mother's wellbeing and satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 42, p. 1589-1597.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 5, p. 675-681, 2002.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (Suplemento), p. 77-87, 2002.

NORONHA, K. V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 32, n. especial, p. 877-897, 2002.

NOVAKOSKI, L. E. R. **As desigualdades socioambientais e a utilização dos serviços de saúde**. 1999. 322 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Paraná e Université Bordeaux 2, Curitiba, 1999.

NUNES, A. *et al.* **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 31-38, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Sistemas de informação geográfica em saúde: conceitos básicos**. Brasília, DF, 2002. 124p.

PASKULIN, L.M.G. **Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um distrito sanitário de Porto Alegre/RS**. 2006. 165f. (Tese de Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. M. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

PINHO, A. A.; FRANÇA JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, 2002.

RAYNAUT, C. Processo de construção de um programa interdisciplinar de pesquisa no quadro de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento (MAD/UFPR). **Cadernos de Desenvolvimento e Meio Ambiente**, Curitiba, n. 3, p. 23-33, 1996.

RIO GRANDE DO SUL. Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul. Pesquisa de emprego e desemprego na região metropolitana de Porto Alegre. Porto Alegre: FEE/RS, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: CEVS, 2006.

ROCHA, L. **Desnutrição e excesso de peso no meio rural de Arambaré, RS:** (des)construindo idéias, repensando novos desafios. 2006. 185f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROESE, A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS.** 2005. 193 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/UFRGS) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. A.; ALVES, M. C. G. P.; LEBRÃO, M. L. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, 2007.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTOS, D.L. **Produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. In: Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem: primeiro semestre de 2006. Porto Alegre: UFRGS, Escola de Enfermagem, 2006. 1 CD-ROM cap. 15, p. 1-65.

SILVA, A. L.; SHIMIZU, H. E. A relevância da Rede de Apoio ao estomizado. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.60, n.3, p. 307-311, 2007.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

TARLOV, A. Social determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). **Health and Social Organization.** London: Routledge. p. 71-93, 1996.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVAL, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

UNGLERT, C.V.S. O processo de territorialização em saúde no município de São Paulo. *In*: TEIXEIRA, C.F.; MELO, C. (Org.). **Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 35-43.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Programa de Pesquisa Interdisciplinar “Evolução e diferenciação da agricultura, transformação do meio natural e desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil”**. Porto Alegre, 2000. 25 f. Acordo CAPES-COFECUB nº. 330/2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Economia. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural. **Relatório Técnico Parcial: Evolução e transformação da agricultura e desenvolvimento sustentável. Contribuições para a elaboração de políticas públicas para a “Metade Sul” do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2003. 198 f. Financiamento FAPERGS, processo nº. 0/7970.

VALLA, V. V. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 37-56, 2000.

VIANA, S. M.; BARATA, R. B.; SANTOS, J. R. S.; NUNES, A. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: Uma proposta de monitoramento. Organização Pan-Americana de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2001.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM - PPG/EENF

Determinantes sociais, acesso e utilização de serviços de saúde do município de Camaquã/RS.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA										
Questionário nº. _____										
Endereço: _____ Nº. _____ Bairro: _____										
Entrevistador: _____ Data de preenchimento: ____/____/____										
Módulo I - Informações Iniciais (Aplicar ao informante)										
1) Quantas pessoas moram nesse domicílio?										
2) Relação de moradores:										
Cód.	Nome (Sigla)	Chefe (x)	Informante (x)	Idade	Sexo (M/F)	Estado conjugal*	Anos de estudo	Tempo de moradia	Ocupação	Posição na estrutura familiar**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
* Estado conjugal: (1) Casado (2) Vivendo maritalmente (3) Viúvo (4) divorciado, separado ou desquitado, sem companheiro atual (5) Solteiro - nunca casou										
** Posição na estrutura familiar: (1) Pai (2) Mãe (3) Filho(a) (4) Enteado(a) (5) Avô(ó) (6) Genro/nora (7) Cunhado(a) (8) neto(a) (9) Outro: tio, primo, sobrinho, sogro (10) Outro não parente										
Módulo II - Informações sobre Condições de vida da família (Aplicar ao informante)										Tabulação
1) Tipo de moradia: (1) Casa (2) Apartamento (3) Barraco (4) Outros _____										Tipmor ___
2) Tipo de construção da residência: (1) Alvenaria (2) madeira (3) mista (4) outros _____										Tipcons ___
3) Condições de habitação: () Frestas nas paredes () Sem forro () Sem piso () Cobertura com goteiras () Sem calçamento () Sem pintura ou acabamento precário										ConHab ___
4) Quantos cômodos têm esse domicílio?										Numcôm _
5) Quantos quartos têm esse domicílio?										Numqua ___
6) Possui água encanada? (1) Sim. De onde provém? _____ (2) Não. De onde provém? _____										Aguaec ___
7) Falta água? (1) Nunca (2) 1x/mês (3) 1x/semana (4) + de 1x/semana (5) todo dia										Falta _____
8) Opções quando falta água? (1) Caixa reserva (2) Caminhão pipa (3) Poço do vizinho (4) Outra _____ (5) Sem opções										OpFalt ___
9) Quantos banheiros ou sanitários têm esse domicílio?										Numban ___
10) Qual o tipo dos sanitários? (1) Dentro de casa com descarga (2) Dentro de casa sem descarga (3) Fora de casa com descarga (4) Fora de casa sem descarga										Banhei ___
11) Qual o destino dos dejetos sanitários (esgoto)? (1) Rede pública (2) Fossa séptica (3) Canal de escoamento (4) Outros _____										Esgoto ___
12) Qual o destino do lixo? (1) Coletado em casa (2) Coleta coletiva (3) Queimado (4) Jogado (5) Enterrado (6) Outros _____										Lixo _____
13) Este domicílio possui energia elétrica? (1) Sim (2) Não										Luz _____
14) Dos itens relacionados, quantos o(a) senhor(a) têm em casa?										

(1) Telefone celular _____ (2) Telefone fixo _____ (3) Computador _____ (4) Pontos de acesso a internet _____ (5) Televisão _____ (6) Rádio _____ (7) Fogão a gás _____ (8) Geladeira _____ (9) Dvd / Vídeo _____ (10) Máquina de lavar roupas _____ (11) Micro-ondas _____ (12) Automóvel _____ (13) Freezer _____	
15) Qual o meio de transporte mais utilizado pela família? (1) Automóvel (2) Ônibus (3) Carroça (4) Bicicleta (5) A pé (6) Outros _____	Transp ____
16) Com que frequência realizam alguma atividade de lazer (ver um filme, ir ao teatro, cinema, jogo, passeios, viagens)? (1) Nunca (2) 1x/mês (3) 1x/semana (4) + de 1x/semana (5) todo dia	Lazer ____
Módulo III - Informações sobre Redes de Apoio (Aplicar ao informante)	Tabulação
1) Com quantos parentes você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	
2) Com quantos amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	
Para as perguntas 3, 4 e 5 as opções de resposta são Sim ou Não. Se SIM, com que frequência? (1) Mais de 1 vez por semana (2) Uma vez por semana (3) 2 a 3 vezes por mês (4) Algumas vezes no ano (5) Uma vez no ano	
3) Nos últimos 12 meses, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, outros) ou atividades artísticas em grupo (grupo musical, coral, outros)?	AtivGr____
4) Nos últimos 12 meses, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?	Reuni____
5) Nos últimos 12 meses, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?	TrabV____
Módulo IV - Informações sobre Apoio Social (Aplicar ao informante)	Tabulação
As seguintes opções de resposta foram oferecidas para todas as perguntas: (1) nunca (2) raramente (3) às vezes (4) Quase sempre (5) sempre	
1) Se você precisar que o ajude se ficar de cama, com que frequência conta com alguém?	Mate1____
2) Se você precisar para lhe ouvir, quando você precisa falar, com que frequência conta com alguém?	Emoc1____
3) Se você precisar para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise, com que frequência conta com alguém?	Infor1____
4) Se você precisar para levá-lo ao médico, com que frequência conta com alguém?	Mate2____
5) Se você precisar que demonstre amor e afeto por você, com que frequência conta com alguém?	Afeto1____
6) Se você precisar para se divertir junto, com que frequência conta com alguém?	IntPos1____
7) Se você precisar para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação, com que frequência conta com alguém?	Infor2____
8) Se você precisar em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas, com que frequência conta com alguém?	Emoc2____
9) Se você precisar que lhe dê um abraço, com que frequência conta com alguém?	Afeto2____
10) Se você precisar com quem relaxar, com que frequência conta com alguém?	InPos2____
11) Se você precisar para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las com que frequência conta com alguém?	Mate3____
12) Se você precisar de quem você realmente quer conselhos, com que frequência conta com alguém?	Infor3____
13) Se você precisar distrair a cabeça, com que frequência conta com alguém?	InPos3____
14) Se você precisar para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente, com que frequência conta com alguém?	Mate4____
15) Se você precisar para partilhar suas preocupações e medos mais íntimos, com que frequência conta com alguém?	Emoc3____
16) Se você precisar para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal, com que frequência	Infor4____

conta com alguém?	
17) Se você precisar com quem fazer coisas agradáveis, com que frequência conta com alguém?	IntPos4__
18) Se você precisar que compreenda seus problemas, com que frequência conta com alguém?	Emoc4__
19) Se você precisar que você ame e que faça você se sentir querido, com que frequência conta com alguém?	Afeto3 __
Módulo V - Cobertura de Plano de Saúde (Aplicar ao informante)	Tabulação
1) Têm direito a algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público? (Se SIM seguir à questão 2, se NÃO pular ao próximo módulo) (1) Sim (2) Não	Plan_____
2) Considera esse plano de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (6) Nunca usou	SatPlan__
3) Tem dependentes ou agregados nesse plano de saúde? (1) Sim (2) Não	DepPlan__
4) Quem paga a mensalidade desse plano de saúde? (1) Somente o empregador do titular (2) O titular, através do trabalho atual (3) O titular, através do trabalho anterior (4) O titular, diretamente ao plano (5) Outro morador do domicílio (6) Outra pessoa que não mora no domicílio (7) Outro tipo	PagPlan__
6) Esse plano de saúde dá direito a: (a) Consultas médicas (1) Sim (2) Não (b) Exames complementares (1) Sim (2) Não (c) A internações hospitalares (1) Sim (2) Não (d) Medicamentos fora da internação (1) Sim (2) Não (e) Assistência odontológica (1) Sim (2) Não	Cons_____ ExCompl__ IntHosp__ Drog _____ Odont _____
7) Além da mensalidade, esse plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que ___ tem direito? (1) Sim (2) Não	CobExtra__
8) Têm algum outro plano de saúde, apenas para assistência odontológica? (1) Sim (2) Não	OutOdon__
Módulo VI – Percepção familiar sobre morbidade (Aplicar ao informante)	Tabulação
1) Quais problemas de saúde são considerados “costumeiros” ou sem gravidade? _____ _____ _____.	
2) Quais problemas de saúde são considerados “graves”? _____ _____ _____.	

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - INFORMAÇÕES INDIVIDUAIS	
Questionário nº. _____ Morador (Cód.): _____ Respondente: () Próprio () Informante Entrevistador: _____ Data de preenchimento: _____ / _____ / _____	
Módulo VII - Característica de Saúde dos Moradores - Morbidade (Dirigido a todos os moradores)	Tabulação
1) Nas duas últimas semanas ___ deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, brincar, etc) por motivo de saúde? (Se SIM seguir à 2, se NÃO pular à 4) (1) Sim (2) Não	AtivHab___
2) Nas duas últimas semanas, quantos dias ___ deixou de realizar suas tarefas habituais por motivo de saúde? _____ dias	TarDia___
3) Qual foi o principal motivo que impediu ___ de realizar suas tarefas habituais nas duas últimas semanas? _____	TarMot___
4) ___ sofre de alguma doença ou problema de saúde? Qual? _____ Faz tratamento? _____ Onde faz o acompanhamento? _____	Diag___
Módulo VIII - Acesso e Utilização dos serviços de saúde (Dirigido a todos os moradores)	Tabulação
1) O que, geralmente, o sr (a) costuma fazer quando fica doente? (Marcar 1ª, 2ª e 3ª medidas). a) O que faz geralmente, no caso de "problemas costumeiros"? () Automedicação () Cuidados tradicionais/caseiros () Procura serviços de saúde b) O que faz geralmente, no caso de problemas considerados graves? () Automedicação () Cuidados tradicionais/caseiros () Procura serviços de saúde	MedCost ___ MedGrav ___
2) ___ costuma procurar sempre o mesmo lugar, médico, ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? (1) Sim (2) Não	Cost___
3) Nas últimas duas semanas, ___ esteve doente ou necessitou de algum atendimento relacionado à própria saúde? (Se SIM seguir à questão 4, se NÃO, pular à questão 12) (1) Sim (2) Não	NecAten___
4) Nas últimas duas semanas, quando ficou doente procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (Se SIM, seguir à 5, se NÃO, pular à 12) (1) Sim (2) Não, não foi preciso. (3) Não, por problema de distância. (4) Não, não tinha transporte. (5) Não, não tinha dinheiro. (6) Não, o Posto ou Centro de Saúde estava fechado. (7) Não, por outro motivo _____.	ProcAten___
5) Que tipo de atendimento procurou? (1) Farmácia (2) Posto ou Centro de Saúde (3) Consultório médico particular (4) Consultório odontológico (5) Consultório de outros profissionais de saúde (Psicólogos, fonoaudiólogos, etc) (6) Ambulatório ou consultório de sindicato ou empresa (7) Pronto-socorro ou emergência (8) Hospital (9) Outro _____.	TipAten ___
6) Qual foi o motivo principal pelo qual ___ procurou atendimento relacionado à saúde nas últimas duas semanas? _____	MotAtend_
7) Quantas vezes ___ procurou atendimento de saúde por esse mesmo motivo nas duas últimas semanas? _____ vezes	QtProc___
8) Quando procurou atendimento em serviço de saúde nas últimas duas semanas ___ foi atendido? (1) Sim (2) Não	FoiAtend___
9) Por que motivo ___ não foi atendido quando procurou atendimento de saúde nas últimas duas semanas?	MotNAte__

<p>(1) Não conseguiu vaga ou senha (2) Não tinha médico atendendo (3) Não tinha serviço ou profissional especializado (4) O serviço ou equipamento não estava funcionando (5) Não podia pagar (6) Esperou muito e desistiu (7) Outro motivo _____.</p>	
10) Nas últimas duas semanas voltou a procurar atendimento por esse mesmo motivo? (1) Sim (2) Não	NovaProc__
11) Nessa nova procura por atendimento de saúde nas últimas duas semanas foi atendido? (1) Sim (2) Não	AtenUlt__
12) Quando ___ foi ao dentista pela última vez? (1) Menos de 1 anos (2) De 1 a 2 anos (3) 3 anos ou mais (4) Nunca foi	ConsDen__
Características de acesso aos serviços preventivos de saúde de mulheres moradoras de 25 anos e mais de idade	
13) Quando foi a última vez que um médico ou enfermeiro fez o exame clínico das mamas ___? (1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 3 anos (3) 4 anos ou mais (4) Nunca fez	Emama__
14) Quando foi a última vez que ___ fez uma mamografia? (1) Menos de 1 ano (2) De 1 a 2 anos (3) 3 anos ou mais (4) Nunca fez	Mama__
15) Quando foi a última vez que a ___ fez exame preventivo para câncer de colo de útero? (1) Menos de 3 anos (2) De 3 a 5 anos (3) 6 anos ou mais (4) Nunca fez	Cp _____

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Camaquã, ____ de _____ de 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, assinando esse documento, estou ciente que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado (a) pelo Mestrando Daniel Labernarde dos Santos, aluno do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a orientação da Professora Dra. Tatiana Engel Gerhardt. O estudo desenvolvido é intitulado “Determinantes sociais, acesso e utilização de serviços de saúde do município de Camaquã”, cujo objetivo é identificar os determinantes sociais do acesso e utilização dos serviços de saúde por usuários da área urbana deste Município.

Estou ciente que a coleta de dados ocorrerá com moradores da área urbana desse Município, potenciais usuários dos serviços de saúde, respondendo a um questionário.

Fui informado (a) também que, mesmo após o início do questionário, posso a qualquer momento, recusar-me a responder a qualquer pergunta ou encerrá-la, sem que isso venha a meu prejuízo, pois se trata de livre participação. Declaro que me foi assegurado o anonimato das informações, por mim fornecidas, bem como a garantia de que estas serão mantidas e utilizadas somente para fins de pesquisa.

Considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, concordo em participar da mesma.

Assinatura do Pesquisador
Mestrando Daniel Labernarde dos Santos

Assinatura do participante ou
representante legal

APÊNDICE C – Classificação da ocupação dos pesquisados

Quanto à ocupação, a população foi, inicialmente, classificada em: economicamente ativa (PEA), no Brasil calculada pelo IBGE como o conjunto de pessoas que estão trabalhando ou procurando emprego, considerando pessoas a partir dos 10 anos de idade, embora a lei proíba o trabalho de crianças no País; e não economicamente ativa (PNEA), correspondendo aos indivíduos que não trabalham ou não recebem remuneração, como os aposentados, donas de casa, estudantes e crianças.

Ocupação (n=860)	n	%
População economicamente ativa	378	44,0
População não economicamente ativa	482	56,0

Posteriormente, agrupou-se a população economicamente ativa em profissionais não braçais especializados, braçais especializados, braçais e não braçais semi-especializados e braçais e não braçais não especializados, como segue:

- a) Profissionais não braçais especializados: administrador, advogado, assistente social, comerciante, contador, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, funcionário público com formação superior, gerente, odontologista, produtor rural, professor com formação superior, profissional liberal, secretário com formação superior.
- b) Profissionais braçais especializados: carpinteiro, eletricitista, eletricitário, ferreiro, industriário, marceneiro, marmorista, mecânico, mecânico industrial, metalúrgico, padeiro, serralheiro, topógrafo.
- c) Profissionais braçais e não braçais semi-especializados: açougueiro, agente rodoviário, auxiliar administrativo nível médio, auxiliar de contabilidade, avalista de imóveis, bancário, bombeiro, cabeleireiro, caminhoneiro, carteiro, comerciante com nível médio, costureira, cozinheiro, estofador, fotógrafo, funcionário público com nível médio, motorista, operador de máquina, operador industrial, pastor evangélico, pedreiro, policial, professor com nível médio, representante comercial, revisor de móveis, revisor, sapateiro, secretária com nível médio,

serigrafista, técnico agrícola, técnico contábil, técnico em enfermagem, técnico em informática, técnico em radiologia, técnico em segurança do trabalho, transportador, vendedor com nível médio.

- d) Profissionais braçais e não braçais não especializados: ajudante de caminhão, atendente, auxiliar, auxiliar de escritório, auxiliar de indústria, auxiliar de pedreiro, auxiliar de produção, babá, balconista, bombeiro hidráulico, cobrador, comerciário com nível fundamental, construção civil, copeira, diarista, doméstica, empacotador, etiquetador, faxineira, funcionário público com nível fundamental, garçom, instrutora de artesanato, jardineiro, leiturista, madeireiro, manicure, merendeira, operador de caixa, operário, papeleiro, professor com nível fundamental, recepcionista, reciclador, secretário com nível fundamental, serviços gerais, telefonista, trabalhador rural, vendedor com nível fundamental, vigilante.

APÊNDICE D - Construção do indicador de condições de vida da população urbana de camaquã

Para compor um indicador de condições de vida que permitisse efetuar uma diferenciação entre os grupos sociais, seguiu-se os passos para estratificação social de Gerhardt e Nazareno (1998), para o qual foram utilizados os seguintes critérios:

- **moradia**: tipo de construção da residência e condições da residência;
- **densidade habitacional**: número de moradores por número de quartos no domicílio;
- **escolaridade máxima da família**: maior nível de escolaridade identificado entre os integrantes da família (em anos de estudo);
- **banheiros**: número de banheiros no domicílio;
- **serviços essenciais**: acesso à água encanada, ocorrência de falta de água e opções quando da falta dessa;
- **saneamento**: destino dos dejetos sanitários e coleta de lixo;
- **bens de consumo e serviços**: a existência e o número de bens como: telefone celular, telefone fixo, computador, pontos de acesso à internet, televisão, rádio, fogão a gás, geladeira, dvd/vídeo cassete, máquina de lavar roupas, aparelho de microondas, automóvel e *freezer*.

A partir desses critérios, seguiu-se os seguintes passos:

1) Compôs-se um indicador de **tipo de moradia**, cruzando tipo de construção e condições da residência. Este indicador compôs-se de 9 classes (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipo de moradia

Tipo de moradia	n	%	Descrição
1	1	0,39	1 = madeira + sem forro e/ou com goteiras e/ou + sem piso ou com frestas nas paredes
2	4	1,56	2 = mista + sem forro e/ou com goteiras e/ou + sem piso e/ou com frestas nas paredes
3	27	10,55	3 = Alvenaria + sem forro e/ou com goteiras e/ou + sem piso e/ou com frestas nas paredes
4	1	0,39	4 = madeira + sem pintura ou com acabamento precário
5	3	1,17	5 = mista + sem pintura ou com acabamento precário
6	26	10,16	6 = alvenaria + sem pintura ou com acabamento precário
7	4	1,56	7 = madeira + sem observações
8	3	1,17	8 = mista + sem observações
9	187	73,05	9 = alvenaria + sem observações
Total	256	100,00	

2) Agrupou-se o indicador **tipo de moradia** em 3 classes, o qual foi denominado **padrão de moradia** (Tabela 2).

Tabela 2 – Padrão de moradia

Padrão de moradia	n	%	Descrição
1	32	12,50	1 = madeira, mista ou alvenaria + sem forro e/ou com goteiras e/ou + sem piso e/ou com frestas nas paredes
2	30	11,72	2 = madeira, mista ou alvenaria + sem pintura ou com acabamento precário
3	194	75,78	3 = madeira, mista ou alvenaria + sem observações
Total	256	100,00	

3) Compôs-se um indicador de **densidade habitacional** cruzando o número de moradores pelo número de quartos no domicílio (Tabela 3).

Tabela 3 – Densidade habitacional

Densidade habitacional	n	%	Descrição
1- Alta densidade	28	10,94	1 = mais de 2 moradores por quarto
2- Média densidade	115	44,92	2 = de 1 a 2 moradores por quarto
3- Baixa densidade	79	30,86	3 = 1 morador por quarto
4- Muito baixa densidade	34	13,28	4 = menos de 1 morador por quarto
Total	256	100,00	

4) Compôs-se um indicador de **escolaridade máxima na família** agrupando o número de anos de estudo. Este indicador compôs-se de 4 classes (Tabela 4).

Tabela 4 – Escolaridade máxima na família

Escolaridade	n	%	Descrição
1	23	8,98	1 = de 0 a 4 anos de estudo
2	73	28,52	2 = de 5 a 8 anos de estudo
3	100	39,06	3 = de 9 a 11 anos de estudo
4	60	23,44	4 = 12 anos ou mais de estudo
Total	256	100,00	

5) Agrupou-se os domicílios pelo **número de banheiros** em 4 classes (Tabela 5).

Tabela 5 – Número de banheiros no domicílio

Número de banheiros	n	%	Descrição
1	169	66,02	1 = 1 banheiro
2	69	26,95	2 = 2 banheiros
3	18	7,03	3 = mais de 2 banheiros
Total	256	100,00	

6) Compôs-se um indicador de **serviços essenciais**, considerando-se o acesso à água encanada, a ocorrência de falta de água e a existência de recursos quando da falta dessa (Tabela 6).

Tabela 6 – Serviços essenciais

Serviços essenciais	n	%	Descrição
1	36	14,06	1 = Tem água encanada que falta seguidamente e não possui nenhum tipo de recurso
2	23	8,98	2 = Tem água encanada que falta seguidamente, mas possui recursos (poço, caixa d'água, outros)
3	180	70,31	3 = Tem água encanada e falta raramente
4	17	6,64	4 = Tem água encanada e nunca falta
Total	256	100,00	

7) Compôs-se um indicador de **saneamento**, considerando o destino dos dejetos sanitários e o destino do lixo doméstico (Tabela 7).

Tabela 7 – Saneamento

Saneamento	n	%	Descrição
1	4	1,56	1 = Dejetos por canal de escoamento e lixo coleta individual
2	16	6,25	2 = Dejetos por fossa séptica e/ou rede pública de esgoto com coleta coletiva de lixo
3	236	92,19	3 = Dejetos por fossa séptica e/ou rede pública de esgoto com coleta de lixo individual
Total	256	100,00	

8) Selecionou-se alguns **bens de consumo e serviços** (Quadro 1), e foi utilizado um sistema de pontuação, adaptado do Critério de Classificação Econômica Brasil, desenhado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2003), apresentando na amostra variação da pontuação entre 02 a 21 pontos.

Bens de consumo e serviços	Descrição
Telefone celular	0 = não 1 = sim
Telefone fixo	0 = não 1 = um 2 = mais de um
Computador	0 = não 1 = um 2 = mais de um
Pontos de acesso à internet	0 = não 1 = um 2 = mais de um
Televisão	0 = não 1 = um 2 = mais de um
Rádio	0 = não 1 = um 2 = mais de um
Fogão a gás	0 = não 1 = sim
Geladeira	0 = não 2 = sim
DVD e/ou vídeo cassete	0 = não 2 = sim
Máquina de lavar roupas	0 = não 1 = sim
Micro-ondas	0 = não 1 = sim
Automóvel	0 = não 2 = um 4 = mais de um
Freezer	0 = não 1 = sim

Quadro 1 – Bens de consumo e serviços

9) Criou-se uma variável chamada **Soma**, que é o resultado da acumulação de pontos obtidos em cada uma das variáveis apresentadas. Procedeu-se, a seguir, com a análise de Clusters, realizadas com todas as variáveis acima mencionadas, inclusive a variável soma.

FAMÍLIA	PDMOR	DENSHAB	PDESCOLA	PDBAN	SERVES	SANEA	PDBENS	SOMA	CLUSTER	NÍVEL DE VIDA
10	03	03	03	01	03	03	14	30	03	03
11	03	03	03	03	02	03	14	31	03	03
12	02	03	03	02	03	03	09	25	02	02
13	03	02	03	01	03	03	14	29	03	03
14	03	03	01	01	03	03	10	24	02	02
15	03	03	04	03	03	03	18	37	04	04
16	02	02	03	02	02	03	14	28	03	02
17	03	03	04	01	03	03	17	34	04	04
18	03	02	04	02	02	03	20	36	04	04
19	03	02	03	01	03	03	16	31	03	03
20	03	03	02	02	03	03	15	31	03	03

Quadro 2 – Exemplo da tabela de pontuação dos bens de consumo e serviços utilizados na análise de clusters e classificação das famílias nas diferentes categorias de nível de vida.

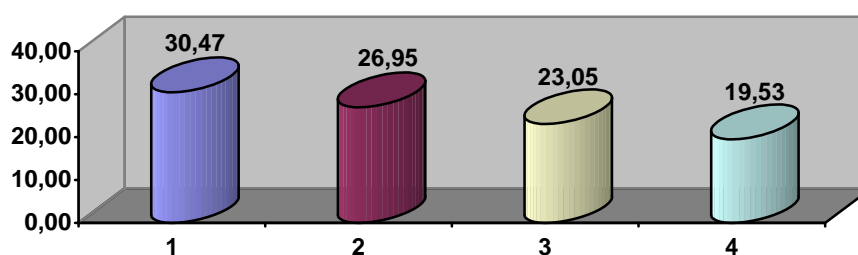
O resultado dessas análises indicou quatro grupos populacionais que se distribuíram como mostra a tabela 8.

Tabela 8 – Frequência dos grupos sociais na área urbana da cidade de Camaquã.

Grupos por Condições de vida	n	%	Descrição
1	78	30,47	1 = Nível de vida inferior
2	69	26,95	2 = Nível de vida médio
3	59	23,05	3 = Nível de vida médio-superior
4	50	19,53	4 = Nível de vida superior
Total	256	100,00	

A maior proporção de famílias situou-se no grupo de nível de vida inferior, com 30,47%, seguida pelos grupos de nível de vida médio (26,95%), e médio-superior (23,05%), sendo o grupo com nível de vida superior o que apresentou a menor proporção de famílias, com 19,53% do total (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição da população entrevistada de acordo com o grupo de nível de vida



Anexo A - Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO**

proj. pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006656

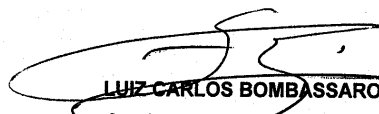
Título : Determinantes sociais e interfaces com a mobilidade de usuários: análise dos fluxos e utilização de serviços de saúde

Pesquisador (es) :

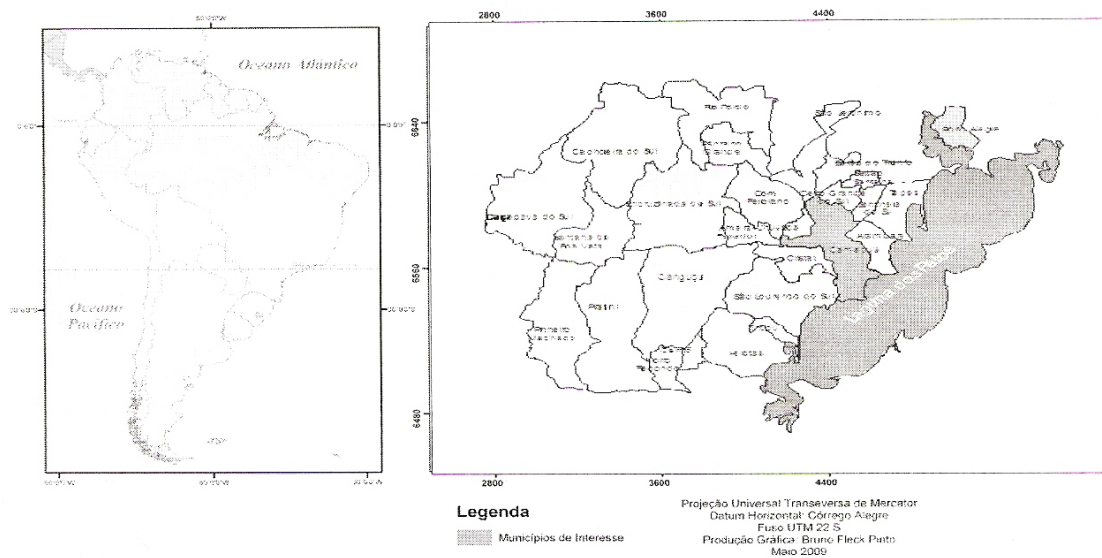
<u>NOME</u>	<u>PARTICIPACÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
TATIANA ENGEL GERHARDT	PESQ RESPONSÁVEL	tatiana.gerhardt@ufrgs.br	33085421
ADRIANA ROESE	PESQUISADOR	adiroese@terra.com.br	33085421
DANIEL LABERNADE DOS SANTOS	PESQUISADOR	daniel.lasantos@pop.com.br	
DEISE LISBOA RIQUINHO	PESQUISADOR	deiselis@terra.com.br	33085421
JULIANA MACIEL PINTO	PESQUISADOR	ju_pinto1@yahoo.com.br	
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA	PESQUISADOR	malice@enf.ufrgs.br	33085421

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 2 , ata nº 82 , de 1/3/2007 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 7 de março de 2007


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
Coordenador do CEP-UFRGS

Anexo B - Localização da área de estudo



Fonte: Mapa original, produzido por Pinto, B. F., 2009.

Anexo C – Mapa das ruas do município de Camaquã

