

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Renato Luis Barros Lopes

**Redes sociais e comunitárias tecidas por mulheres de baixa renda
inscritas em uma organização não governamental: a produção
social da saúde**

Juiz de Fora
2019

Renato Luis Barros Lopes

**Redes sociais e comunitárias tecidas por mulheres de baixa renda
inscrítas em uma organização não governamental: a produção
social da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva..

Orientador: Prof Dr Luiz Claudio Ribeiro
Co-orientadora: Profa Dra Deise Moura de Oliveira

Juiz de Fora
2019

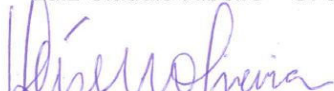
RENATO LUIS BARROS LOPES


“Redes Sociais e Comunitárias Tecidas por Mulheres de Baixa Renda Inscritas em uma Organização Não Governamental: a produção social da saúde”.


Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 27/09/2019


Luiz Cláudio Ribeiro – UFJF


Deise Moura de Oliveira – UFV


Tiago Ricardo Moreira – UFV


Sabrina Pereira Paiva – UFJF

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lopes, Renato Luis Barros.

Redes sociais e comunitárias tecidas por mulheres de baixa renda inscritas em uma organização não governamental: a produção social da saúde / Renato Luis Barros Lopes. -- 2019.

88 f.

Orientador: Luiz Claudio Ribeiro

Coorientadora: Oliveira Deise Moura de

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

1. Redes sociais e comunitárias. 2. Mulheres. 3. Produção social da saúde. 4. ONGs. I. Ribeiro, Luiz Claudio, orient. II. Deise Moura de, Oliveira, coorient. III. Título.

DEDICATORIA

Dedico este passo as comunidades
que produzem um modo alternativo de viver.
Uma vida saudável, cheia de solidariedade e sentido
que me ensina a ser mais humano e viver plenamente

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de uma vida pautada no bem, no amor e na solidariedade. Pois estes foram os motivadores para mais esta formação.

Aos meus pais e irmãs pelo grande estímulo à sensibilidade com a dor alheia e à indignação não violenta com a pobreza

À minha esposa pelo companheirismo e estímulo nos momentos de pressão e desafio. Esta companhia foi e será sempre essencial para minha caminhada social.

Agradeço especialmente à amiga Profa Rayla Lemos pelo convite e estímulo a entrar para o mestrado e orientações importantes num momento crucial para a conclusão da pesquisa

Ao Leone Mendes por sua enorme humanidade e companheirismo. Foi um amigo do caminho que me ajudou em diversos momentos do curso.

À Elizangela por sua disponibilidade e carinho em tantas questões administrativas vividas no curso.

Agradeço especialmente à amiga Profa Deise Moura por ter entendido minha causa e assumido, mesmo com grande sacrifício pessoal, minha orientação. Aprendi muito com você, especialmente com suas atitudes.

À ABAN, uma filha querida, uma escola de vida que tanto me acolheu e ajudou nesta pesquisa

Finalmente, agradeço à todas as mulheres participantes da pesquisa por me ensinarem humanidade e bem viver. Me ensinaram questões que levarei para toda a vida.

EPIGRAFE

“Ele passou por toda parte
fazendo o bem” At 10,38

RESUMO

Introdução: O contexto de vida das pessoas e suas relações do cotidiano influenciam no processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos. Dessa forma, as condições de saúde das populações estão diretamente relacionadas ao contexto em que vivem, bem como à posição dos indivíduos na pirâmide social. Dentre os principais determinantes sociais da saúde, destacam-se as redes sociais e comunitárias. Elas têm o potencial de influenciar o nível de saúde de uma população, impactando positivamente sobre a vida desses indivíduos. **Objetivo:** Compreender como as redes sociais e comunitárias influenciam a produção da saúde de mulheres de baixa renda atendidas por uma Organização não Governamental. **Método:** Pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório com onze mulheres com idades acima de 18 anos, assistidas por uma Organização não Governamental e moradoras de uma comunidade específica, que possui uma Unidade Básica de Saúde com modelo tradicional. **Resultado:** A compreensão das redes sociais e comunitárias tecidas pelas mulheres da pesquisa apontou que existe uma forte conexão com a comunidade, seja pelas suas estruturas sociais, laços de amizade ou por espaços periódicos de convivência e lazer. Tudo isso conduz à construção de fortes vínculos entre os moradores, produzindo a experiência de se viver em uma grande família e, por isso, sentir segurança em viver ali. Como aspectos enfraquecedores das redes, há a fofoca e as festas com forte relação com uso de drogas que ocorrem ocasionalmente na comunidade. Existe uma forte experiência de solidariedade vivida nas redes locais de mútua ajuda e proteção. Essa rede é potencializada pelas instituições presentes no bairro, especialmente pela ONG a que pertencem as mulheres. Os projetos da ONG estimulam o fortalecimento das redes através de uma convivência qualificada e da minimização de seus potenciais fatores de risco. Existe, ainda, o costume do uso de fitoterápicos estimulado por benzedadeiras e mulheres de referência em plantas. **Conclusão:** As redes sociais e comunitárias tecidas pelas mulheres são claros determinantes sociais de sua saúde. Afinal, contribuem de múltiplas formas para ela, atribuírem suporte material e emocional para sua qualidade de vida, prevenção de morbidades, promoção de cuidados e saúde emocional.

Palavras-chave: Redes sociais e comunitárias. Mulheres. Produção social da saúde, ONGs e saúde.

ABSTRACT

Introduction: The life context of people and their daily relationships influences the health-disease-care process of individuals. Thus, the health conditions of populations are directly related to the context in which they live, as well as the position of individuals in the social pyramid. Among the main social determinants of health, social and community networks stand out. They have the potential to influence the health level of a population, positively impacting the lives of these individuals. **Objective:** To understand how social and community networks influence the health production of low-income women in a non-governmental organization. **Method:** A qualitative descriptive and exploratory study of eleven women over the age of 18, living in a specific community and participating in a Non-Governmental Organization. The region has a traditional model Basic Health Unit. **Result:** The understanding of the social and community networks woven by the women of the research indicated that there is a strong connection with the community, whether due to their social structures, friendships and periodic spaces of coexistence and leisure. All this leads to the building of strong bonds between the residents producing the experience of living in a large family and therefore feeling safe to live there. As weakening aspects of the networks are the occasional gossip and drug-related parties that take place in the community. There is a strong experience of solidarity lived in local networks of mutual aid and protection. This network is enhanced by the institutions present in the neighborhood, especially by the NGO to which women belong. NGO projects encourage the strengthening of networks through qualified coexistence and the minimization of risk factors. We also have the custom of using herbal medicines stimulated by the women bless and women of references in plants. **Conclusion:** Women's social and community networks are clear social determinants of their health. They contribute in many ways to your health through material and emotional support for quality of life, prevention of morbidity, care promotion and emotional health.

Keywords: Social and community networks. Women. Social production of health, NGOs and health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	18
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PNSIM	Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Mulher
PSS	Produção Social da Saúde
RSC	Redes Sociais e Comunitárias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
3 REVISITANDO A LITERATURA	17
3.1 A SAÚDE E OS SEUS DETERMINANTES SOCIAIS	17
3.2 REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS E O CAPITAL SOCIAL.....	22
3.3 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE BASE COMUNITÁRIA: UM ENFOQUE PARA A ONG.....	27
3.4 A MULHER SOCIALMENTE VULNERÁVEL E A PRODUÇÃO DA SAÚDE.....	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS	33
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	35
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 – RESULTADOS	38
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	39
5.2 - CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	40
5.2.1 O pertencimento à comunidade expresso por relações estabelecidas com/no território	40
5.2.1.1 <i>A vinculação com o território por meio de estruturas sociais</i>	40
5.2.1.2 <i>A vinculação com o território por meio de laços fortes de amizade</i>	41
5.2.1.3 <i>A vinculação com a comunidade por meio de espaços construídos no cotidiano</i>	42
5.2.1.4 <i>A comunidade como espaço de segurança</i>	42
5.2.1.5 <i>A comunidade como uma grande família</i>	43
5.2.2 A solidariedade como potência para a produção da saúde na comunidade.....	44
5.2.2.1 <i>Bairro Acolhedor e Humano</i>	45
5.2.2.2 <i>Uma rede de solidariedade</i>	46

5.2.3 Relações de solidariedade e confiança relacionadas à participação das mulheres na ong: a produção da saúde no cotidiano	49
5.2.3.1 <i>As Instituições como fatores de segurança</i>	49
5.2.3.2 <i>A ONG como facilitadora de acesso à saúde</i>	49
5.2.3.3 <i>Os projetos da ONG</i>	50
5.2.3.4 <i>A ONG como fortalecedora das redes sociais locais</i>	50
5.2.3.5 <i>As rodas de conversa do projeto Vida Plena</i>	51
5.2.4 Itinerários da produção social da saúde: as benzedadeiras e o uso de plantas medicinais	52
5.2.5 Aspectos fragilizadores da produção da saúde inscritos nas redes sociais e comunitárias.....	54
5.2.5.1 <i>A fofoca como anti rede</i>	54
5.2.5.2 <i>Dificuldades de acesso pela UBS</i>	55
5.2.5.3 <i>As drogas e as festas</i>	56
6 DISCUSSÃO	56
7 ALEGAÇÕES FINAIS	68
REFERENCIAS	70
APENDICE 1	83
APENDICE 2	84
ANEXO 1	85
ANEXO 2	86

1 INTRODUÇÃO

Desde a minha infância estive envolvido em iniciativas sociais junto a famílias em vulnerabilidade, sendo estimulado precocemente a não conviver pacificamente com as desigualdades sociais. Assim, para mim, nunca foram aceitáveis situações como fome, moradia inapropriadas, mortes prematuras, entre outras consequências da pobreza.

Em 1992, entrei na universidade para cursar física. Porém, o afetamento pelas questões sociais me acompanhou em minha trajetória acadêmica, na qual aproveitava os intervalos das aulas para visitar famílias e estimular projetos sociais. Busquei bairros no entorno da universidade, dada sua proximidade e vulnerabilidade, sendo um destes o cenário desta pesquisa. Iniciei atividades mais organizadas nesse local em 1997, elaboradas a partir das demandas percebidas em visitas domiciliares, bem como em reuniões realizadas com os moradores.

De minha parte, houve uma forte identificação com a realidade percebida nessas comunidades, que se apresentava como um conjunto de paradoxos que uniam dor e alegria, ausências e presenças, violência e paz, união e conflitos. Assim, as ações realizadas junto à comunidade foram ganhando força e organização, culminando em projetos sociais. Portanto, o fortalecimento desses projetos, em 2001, permitiu a criação de uma instituição, a qual se trata de uma Organização Não Governamental (ONG), em que atuo como diretor.

Essa instituição dedica-se a estimular projetos de enfrentamento à pobreza junto a um grupo específico de famílias do bairro. Minha experiência, em especial advinda da inserção na ONG, produziu alterações nos rumos de minha formação acadêmica, impulsionando-me a migrar das ciências exatas para as humanas e, neste momento, para a saúde coletiva, em que as ciências sociais e humanas constituem-se como um dos pilares do campo. (RUSSO, CARRARA, 2015)

Dentre os projetos da ONG, é preciso destacar o projeto Vida Plena, que, desde 2001, atua em rede com outros projetos da instituição, além da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro e outras instituições da região. O objetivo do projeto é estimular o acesso das famílias à saúde através da educação em saúde e do empoderamento das mulheres. Nesse viés, enfoca-se nas mulheres uma vez que é possível notar que o investimento nelas permite um impacto maior na família, considerando seu papel, comumente de cuidadora, no ambiente familiar.

A literatura aponta um interessante paradoxo, em se tratando de mulheres de baixa renda: ao lado da presença de desigualdades e discriminações de gênero, claramente presentes na divisão sexual do trabalho e na violência doméstica, (MENDES, 2004) há o empoderamento feminino, advindo da natureza de provedoras da família e das estratégias cotidianas vivenciadas pelas mulheres que evidenciam poder de decisão e autonomia desse grupo social (MENDES, 2004). No que tange ao último aspecto paradoxal, salienta-se que o número de lares chefiados por mulheres passou de 23% para 40% entre 1995 e 2015 (BRASIL, 2016) e isso, especialmente nas mulheres de baixa renda, gera uma dupla responsabilidade: a manutenção econômica das famílias e o cuidado com a casa e os filhos.

Em contrapartida, na comunidade onde atuo como diretor da ONG, vejo mulheres que aprenderam a sonhar menos, a sonhar com o essencial. No fim, sonham em alimentar os filhos todos os dias e que cada um tenha uma cama fora da chuva. Mulheres que de tal modo perderam o controle sobre suas vidas e seus papéis que temem que filhos façam 4 anos, pois a partir desta idade elas os perdem para a rua e depois, algumas vezes, para outras coisas piores.

Por outro lado, vejo mulheres que possuem uma maternidade quase infinita, pois todos são seus filhos. Aprenderam a multiplicar o pão de forma que à sua mesa sentem-se todos que tenham fome, especialmente as crianças. Vivenciam uma maternidade expandida, haja vista que cuidam, protegem e alimentam todos da comunidade. Enfrentam o tráfico de drogas para salvar o filho da vizinha, cobram a presença dos colegas de seu filho na escola, insistem com outros para a catequese da igreja, dentre outras iniciativas. Minha percepção, fruto da minha experiência no bairro há mais de duas décadas, é de que entre seus moradores existe cooperação, corresponsabilidade e partilha.

Assisti mulheres que passaram um período comendo de três em três dias para que filhos e sobrinhos tivessem o que comer. Vi, também, mulheres dedicarem a vida para cuidar da saúde da comunidade através de práticas não convencionais em saúde, abrangendo o uso de plantas medicinais, terapias espirituais e técnicas manuais (OPAS, 2002).

A equipe do Projeto Vida Plena evidenciou empiricamente uma questão comum entre essas mulheres: observa-se sua não busca e/ou seu não seguimento às ações de cuidado advindas de profissionais da UBS de seu bairro. Assim, a fim de atuar nessa direção, uma das iniciativas do projeto, iniciada em 2018, foi estimular redes de mútuo apoio entre as mulheres, entendendo que as primeiras podem estimular a produção de saúde para as últimas.

Pensar a saúde como produção social é compreendê-la nesta perspectiva, a partir da

ótica do contexto de vida das pessoas e das relações que tecem em seus cotidianos, questões estas que podem influenciar sobremaneira o processo saúde-doença-cuidado de indivíduos, famílias e comunidades. (SCHWARTS, 2010).

Considerando a perspectiva da saúde como uma produção social cabe destacar o conceito de comunidade assumido neste trabalho. Ela não se restringe à estrutura geográfica onde um grupo de pessoas vive, mas abarca as interações sociais construídas neste espaço.

Interações que se enredam com base em necessidades coletivas, comuns a todos. Numa sociedade pautada pelo individualismo e a competitividade a comunidade surge como uma oportunidade de construir relações pautadas no coletivo e na solidariedade. Desta forma, pode-se ampliar o conceito de comunidade para um espaço onde o indivíduo não seja pensado isoladamente das condições históricas, culturais e sociais que lhe conferem existência, construindo a partir delas, novas formas de organização comunitária (OLIVEIRA e col, 2013).

A partir do compreensão sobre a saúde em interface com a comunidade dá-se destaque aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que impactam sobre o processo saúde-doença (BUSS e PELLEGRINI, 2006). A base dos DSS é a ideia de que as condições de saúde das populações estão diretamente relacionadas ao contexto em que elas vivem, bem como à posição dos indivíduos na pirâmide social (BARBAR, 2018).

Compreender os DSS é importante porque, ainda que as pessoas façam escolhas que as conduzam a um estilo de vida produtor de saúde ou de adoecimento, é fato que tais escolhas estão circunstanciadas a um contexto familiar, histórico, cultural, econômico e político. Os comportamentos individuais são, portanto, apenas as evidências mais imediatas do processo de determinação/mediação (BARATA, 2009).

Diversos modelos buscam demonstrar os DSS na atualidade. O modelo de Dahlgren e Whitehead, um dos mais difundidos e adotados pela Comissão Nacional dos DSS, concebe as redes sociais e comunitárias como importantes na determinação social da saúde (BUSS, PELLEGRINI, 2007).

A literatura postula que as redes sociais e comunitárias (RSC) que as pessoas tecem ao longo de suas trajetórias guardam uma relação direta com a determinação social do processo saúde-doença. Sob essa perspectiva, essas redes atuam aumentando os níveis de saúde de uma população, impactando positivamente sobre a vida de indivíduos, famílias e comunidades (MARTINS; ZIONI, 2013).

A presente investigação terá como objeto a influência que essas RSC têm na produção de saúde das mulheres inscritas em uma ONG do bairro onde residem. A focalização nesse determinante social parte do pressuposto que, apesar de as mulheres inscritas no Projeto Vida Plena não apresentarem uma procura ou seguimento às ações de saúde provenientes da UBS, elas expressam um potencial de saúde que independe do contato com o serviço de saúde. Isso indica que essa questão possa estar relacionada às redes que tecem em seus cotidianos e à própria ONG de que fazem parte.

Isso posto, as seguintes questões nortearam a presente pesquisa: como as redes sociais e comunitárias influenciam a produção da saúde de mulheres de baixa renda pertencentes a uma ONG? Como essas mulheres expressam o pertencimento ao território onde moram e onde tecem essas redes? Quais redes são tecidas no contexto em que vivem? Quais aspectos dificultam e/ou facilitam a produção da saúde a partir das RSC tecidas por essas mulheres?

Apesar de os DSS serem alvo de estudos nacional e internacionalmente (OLIVEIRA, ESPIRITO SANTO, 2013; GIOVANELLA, ALMEIDA, 2017), evidencia-se uma escassez de pesquisas que busquem compreender o determinante social “redes sociais e comunitárias”, especialmente o estudo dos DSS em mulheres de baixa renda inscritas em ONGs.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender como as redes sociais e comunitárias influenciam na produção da saúde de mulheres de baixa renda atendidas por uma Organização Não Governamental.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Desvelar o sentimento de pertencimento que as mulheres de baixa renda participantes de uma ONG têm com relação ao bairro onde moram;

Identificar as redes sociais tecidas por essas mulheres no(s) espaço(s) institucional(is) do bairro, no familiar e no comunitário;

Apreender os aspectos que fortalecem e/ou fragilizam a produção de saúde presentes nas redes sociais e comunitárias tecidas por essas mulheres.

3 REVISITANDO A LITERATURA

3.1 A SAÚDE E OS SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças e enfermidades (ARAÚJO, XAVIER, 2014). As mudanças ocorridas no campo da saúde com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – especialmente no final da década de 1970 – culminaram em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual trouxe desdobramentos para a Constituição de 1988, que originou o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado posteriormente pelas leis orgânicas 8080/90 e 8142/90 (PAIVA, TEIXEIRA, 2014).

Desse modo, o Movimento da Reforma Sanitária, especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, definiu grandes avanços para o conceito de saúde. Esta passa a ser compreendida sob uma ótica ampliada e complexa, o que induz à emergência de um sistema público de saúde que atenda às necessidades biopsicossociais, e não meramente aquelas voltadas para a lógica curativista, conforme modelo de atenção evidenciado anteriormente a esse momento histórico (DALMOLIN et al, 2011).

Há teorias que relacionam essa visão ampliada aos grandes avanços na saúde no último século. Isso se deve ao fato de as diversas mudanças nas condições de saúde evidenciadas ao longo do século XIX e nas primeiras décadas do século XX refletirem uma dependência mínima das tecnologias biomédicas e uma necessidade de compreensão ampliada do contexto de vida das populações (BARRETO, 2017).

A década de 1980, de modo particular, permitiu um grande avanço nesta reflexão pois foi marcada pelo modelo neoliberal de desenvolvimento, o que aumentou as iniquidades em saúde e suscitou a preocupação com a justiça social. Isso desdobrou-se em um movimento global (por meio da OMS) e também no Brasil, anunciando a compreensão do mesmo a partir da análise da determinação social da saúde. Este paradigma aponta que fatores econômicos podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos e que o ambiente de convivência e trabalho geram efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas. Apontam

também a cultura e os valores dos indivíduos/sociedade como intervenientes no conceito de saúde (ROCHA E DAVID, 2015).

O paradigma da Determinação Social da Saúde, que teve grande participação na história do movimento sanitário brasileiro, aborda o processo saúde-doença como simultaneamente social e biológico. Pode, portanto, ser analisado como um processo único, com metodologia social e biológica. (ROCHA E DAVID, 2015).

Assim, o conceito da saúde amplia-se, não se caracterizando pela simples ausência de doença, com enfoque no funcionamento adequado do corpo e envolvendo modos de ser e produzir a vida em sua singularidade e multidimensionalidade (DALMOLIN et al, 2011), assumindo um caráter de processo, mais especificamente, social (SANCHES; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Compreender a saúde como produção social significa apontar que ela é considerada um reflexo da forma como a sociedade se organiza e produz seus modos de vida a partir dessa organização. Assim, quanto maior a desigualdade social, quanto mais expressiva a dificuldade de acesso aos bens de consumo e serviços, quanto mais frágeis as políticas públicas redistributivas de um país, maiores serão os padrões de adoecimento de uma dada sociedade (SCHWARTS et al, 2010).

Nesse contexto, o conceito ampliado de saúde aponta que, mesmo que o estilo de vida seja importante individualmente, dificilmente seria capaz de explicar as desigualdades na saúde que identificamos nas sociedades. Entretanto, falar que a saúde é socialmente determinada significa apontar que existem doenças que nenhuma resposta médica resolverá. Neste sentido, há que se pensar em intervenções por meio de políticas públicas capazes de alterar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou diminuir os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades (BARATA, 2009).

Neste contexto há que se destacar que, entrelaçado aos Determinantes Sociais da Saúde, deve ser clarificado a compreensão sobre território. Até algumas décadas atrás território era definido como a área de atuação do Estado. estando ligado às instâncias do poder público. Mas esta noção mudou muito, evoluindo para uma apropriação social ligado a questão econômica, cultural e política (FARIA, BORTOLOZZI, 2009). Passando desta forma do político para o cultural, das fronteiras entre povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas. Desta forma, o território não é um dado neutro nem um ator passivo. (LIMA, YASUI, 2014).

O território é uma proposta muito mais ampla que a noção de delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável. Território diz respeito à construção e transformação de cenários naturais e história social que os homens inscrevem e produzem. Tem relação com a produção de sentidos para o lugar que se habita por meio das práticas cotidianas. Fala dos modos de viver, nas manifestações que modulam as percepções e a compreensão sobre o lugar (LIMA, YASUI, 2014)

Os territórios são, antes, relações sociais projetadas no espaço do que espaços concretos. Desta forma, o território da saúde não é só o geográfico, mas o trabalho ou a localidade. Desta forma, a territorialização é um processo de habitar e vivenciar um território. Ela é um instrumento para entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas: econômicos, sociais, culturais e políticos (GONDIN, MONKEN, 2009).

Diante disso, o processo de apropriação do território permite conhecer as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem e amam. É preciso que se considere que existem diferentes leituras acerca do espaço-território, que acabam por determinar as formas e o sentidos das intervenções. O significado de cada lugar é dado pelo seu uso: lugar de produzir ou lugar de consumir; lugar de adoecer e lugar de curar; lugar de amar e lugar de lutar (MENDES, DONATO, 2003)

Assim, ao se considerar a relação desta compreensão ampliada de território com a saúde como processo social, cabe ao campo da saúde coletiva incentivar, politizar e investigar a organização social como possibilidade de construir-se saúde, de modo que leve em conta seu potencial para o fortalecimento das pessoas como sujeitos políticos e agenciadores de transformação social (CALIPO; SOARES, 2013). Isso prediz considerá-la, finalmente, como um direito e um bem público, que deve ser construído com a participação ativa de diversos atores e setores da sociedade brasileira (BUSS; PELLEGRINI, 2006).

Diante do exposto, a compreensão dos DSS é importante porque, embora as pessoas façam escolhas que impliquem em comportamentos sadios ou prejudiciais à saúde, essas escolhas ancoram-se em contextos sociais, econômicos, culturais, políticos e históricos. Os estilos de vida ou os comportamentos dos indivíduos são, desse modo, apenas as evidências mais diretas de todo o processo de determinação-mediação (BARATA, 2009).

O conhecimento e interesse de pensar a saúde sob a ótica dos DSS permitiu a construção de diversos modelos que procuram demonstrar a relação entre as desigualdades e iniquidades sociais e seus impactos na saúde. Devido ao fato de o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead ter sido amplamente difundido no Brasil e em outros países, o que é

corroborado pelo fato de ser este o modelo adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991), é, também, adotado no presente estudo para exemplificar o objeto de investigação. (Figura 1).

Esse modelo exemplifica os mecanismos pelos quais as relações entre os diversos níveis de condições sociais configuram as desigualdades em saúde. Além disso, ele demarca fatores desde o nível individual até o das condições macroestruturais, tais como econômicas, culturais e ambientais globais. Na dimensão individual, destacam-se características como idade, gênero e fatores genéticos, que influenciam a saúde do indivíduo. Enquanto isso, no nível imediatamente acima deste, inscrevem-se os fatores comportamentais, ligados ao estilo de vida, que conferem diferentes graus de exposição a fatores de risco à saúde, como o tabagismo e o sedentarismo. Há que se destacar que os comportamentos, ao serem analisados sob a ótica dos DSS, não raro, ultrapassam o limiar das responsabilidades individuais, perpassando determinantes sociais influenciados por informações, possibilidade de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (BUSS; PELEGRINI, 2007).

Superiormente, são retratadas as redes sociais e comunitárias (RSC), que dizem respeito às interações estabelecidas nas dimensões micro e macrosocial, expressas nas relações que as pessoas tecem nos diversos contextos sociais em que estão inseridas, como em serviços sociais, de lazer e de segurança. Essas redes delineiam o nível de coesão social e figuram-se como elemento fundamental para a produção da saúde na sociedade (GEIB, 2012).

No próximo nível, encontram-se as condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais. Esses fatores podem colocar as pessoas em desvantagem social quanto maior o grau de exposição ao desemprego, à educação e à alimentação inadequadas, às habitações insalubres, ao menor acesso aos serviços de saúde e assistência social, à ausência de saneamento básico, entre outros. (RIBEIRO; AGUIAR; ANDRADE, 2018)



Figura 1 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead
Fonte: Buss e Pellegrini (2007)

Finalmente, o último nível é representado pelas condições econômicas, culturais e ambientais, e inclui determinantes que transcendem o contexto nacional, como o processo de globalização. Esses determinantes macros agem sobre os demais níveis, de maneira a definir modos de vida que trazem repercussões importantes para a saúde (GEIB, 2012).

Um ponto chave no estudo dos DSS é compreender as relações entre os determinantes, que não são, necessariamente, de causa e efeito (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Para exemplificar isso, depreende-se que a cultura de o homem ser o provedor do sustento familiar pode interferir no acesso deste aos serviços de saúde ou no seu processo de escolarização. Tem-se, desse modo, um DSS relacionado ao indivíduo (mais especificamente, seu sexo), estabelecendo uma relação com um macro determinante social (a cultura de o homem ser provedor), e interferindo em seu acesso a serviços de saúde e em sua escolarização, sendo que estes últimos referem-se aos DSS relacionados às condições de vida dessa pessoa (SANT'ANNA et al., 2010).

Em um mesmo nível/camada do modelo de Dahlgren e Whitehead, evidenciam-se também relações estreitas entre os DSS. Como exemplo disso destaca-se a escolaridade, reconhecida por oferecer ao indivíduo a possibilidade de compreender e aplicar corretamente as informações, como as relacionadas ao cuidado em saúde (BARATA, 2009). O nível de instrução, portanto, pode estar relacionado às diversas formas de percepção dos problemas de saúde, à capacidade de compreender as informações sobre saúde, ao consumo e utilização dos serviços de saúde e à aderência aos procedimentos terapêuticos (BRASIL, 2008).

No entanto, é válido, demarcar que, apesar de o modelo representativo dos DSS proposto de Dahlgren e Whitehead partir do conceito de saúde considerada como processo social, evidencia-se uma lacuna no que tange à sua forma de representação, uma vez que esta não permite esquematizar a trama de relações entre os diversos DSS expressos no modelo (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Borghi, Oliveira e Sevalho (2018) apontam ainda que a proposta da OMS não considera a historicidade, inscrevendo o caráter de processo em que se situam as questões sociais. Ademais, fragmenta contextos em fatores, impondo uma ordenação linear aos determinantes.

Outra crítica pontua-se em que ele não toca nas diferenças de gênero, raça/etnia ou na maneira como essas particularidades atravessam e ultrapassam a individualidade, já que são significadas a partir das experiências sociais. O estilo de vida, também apontado como um DSS nesse modelo, emerge sem que haja uma explanação clara de como ele se conecta às dimensões históricas e sociais (SANCHES; OLIVEIRA; SEVALHO, 2018).

Na atualidade, portanto, a forte crítica ao conceito de DSS apontado pela OMS refere-se à ausência de arcabouço teórico e político que o sustentava nas décadas de 1970 e 1980. Naquela época os DSS eram analisados com base na teoria marxista da sociedade e na vertente crítica do pensamento social (ROCHA E DAVID, 2015)

Apesar de todas as críticas os DSS entraram na discussão sobre as Metas do Milênio, sendo criada, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde. Em 2006 houve, no Brasil, a criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde, que definiram os mesmos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (ROCHA E DAVID, 2015)

Diante do exposto é reconhecido os avanços representados pelo modelo de Dahlgren e Whitehead, apesar de ainda ser alvo de críticas. Considerando as múltiplas facetas de interpretação acerca dos DSSs este modelo confere relevância aos aspectos não clínicos que incidem sobre a situação da saúde dos indivíduos, das famílias e das populações (GEIB, 2012). Assim, elegeu-se este modelo no presente estudo, uma vez que ele demarca a importância dos DSS relacionados às redes sociais e comunitárias, a qual é o objeto desta investigação, baseada em um grupo de mulheres de baixa renda inseridas em uma ONG de um bairro periférico de um município de médio porte de Minas Gerais.

3.2 REDES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS E O CAPITAL SOCIAL

A palavra “rede” vem do latim *retis* e significa “entrelaçamento de fios” e remete a uma estrutura de malha com fios conectados por nós. O conceito foi criado por John Barnes, em 1954, a partir de uma pesquisa sobre interações numa região da Noruega, e buscava descrever as diferentes relações de um indivíduo com base em suas opções pessoais não fixas e instáveis (NETTO, 2016).

Analogamente ao sentido *a priori* da palavra, as redes sociais surgem como um conjunto, ou trama, de relações e intercâmbios entre indivíduos, grupos ou organizações que partilham de interesses comuns. Elas conferem ao sujeito identidade e sentimento de pertença

(NETTO, 2016). Ademais, podem ser, também, definidas como sistemas de troca e reciprocidade organizados mediante acordos, alianças, bem como tensões e conflitos; são espaços de trocas coletivas, que qualificam as experiências de pertença e são constantemente redesenhadas (MELO, MELO, VILAR, 2018).

As redes sociais podem ser classificadas como primária e secundária. Nas redes primárias, os vínculos estabelecidos são caracterizados pelas relações de parentesco, família, amizade, vizinhança e trabalho e estão fundados sobre a reciprocidade e a confiança. As redes secundárias podem ser formais ou informais e são formadas pelo Estado, mercado e terceiro setor. Os serviços sociais, de saúde ou educacionais são exemplos da rede secundária formal. O terceiro setor, com as ONGs, é um exemplo da informal (NETTO, 2016).

As redes, como a companhia social, por exemplo, podem ter várias funções: transmitir cultura, construir sentidos e modos de viver, produzir apoio emocional em situações estressoras, facilitar trocas de informações, gerar regulação social a partir da definição de regras e mediação de conflitos, facilitar a ajuda material e o acesso a serviços e, por fim, viabilizar a conexão com outras pessoas e redes (SLUZKI, 1997).

Fontes (2014) aponta que a intensidade dos laços sociais numa rede pode ser classificada de duas formas: em termos de tempo gasto nas relações e, também, de magnitude, familiaridade e reciprocidade de serviços dentro dessas relações. Outra questão ligada à força de uma rede é que não basta identificar o número de ligações ou nós, mas também a sua importância para a comunidade, de forma que o verdadeiro proprietário do capital social não seja o indivíduo, mas a comunidade, por intermédio da rede de relações existentes (MARTELETO; SILVA, 2004).

A lógica da rede é determinada por sua dinamicidade e movimento, pois dependente das interações sociais e dos atores nela envolvidos, além de transformar-se a cada instante, afinal cada uma tem objetivos, valores e metas distintos, a depender de seus atores, contexto e estímulos. Elas podem ser presenciais ou virtuais, e convergem no que tange às trocas informacionais mas diferem-se no modo como as trocas acontecem. Dessa forma, permitem compreender a sociedade e vê-la como teias de relações, tendo como eixo múltiplas trocas e compartilhamentos (FONSECA et al., 2018).

Uma característica essencial sua é a possibilidade de coordenação horizontal entre diferentes pessoas, desde que estejam interessadas em um mesmo tema. Portanto, as redes sociais são apontadas como importantes para intervir-se sobre determinantes coletivos e

problemas de saúde, especialmente nos segmentos populares da sociedade civil e em suas lutas para garantir o direito à saúde (MARTELETO; STOTZ, 2009).

Marteletto e Silva (2004), citando Granovetter (1973), apontam que podem existir dois tipos de laços nas redes – os laços fortes, que são aqueles de que os indivíduos dependem por mais tempo, intensidade emocional e trocas, e os fracos, que são caracterizados por baixo ou nulo investimento. Nesse panorama, as pesquisadoras concluem que são estes últimos que importam para a expansão e força das redes, pois os primeiros não permitem espaço para entrada de novos membros e, conseqüentemente, sua ampliação, o que conectaria grupos que não têm ligações entre si (MARTELETO; SILVA, 2004).

Junto às redes, existe o conceito de capital social, que pode ser definido como resultante de uma coesão social ou redes sociais informais com objetivos comuns, pautados na cooperação mútua, confiança, solidariedade, reciprocidade e tolerância (RIBEIRO; ARAUJO, 2018). Nesse sentido, este é um recurso da comunidade construído em suas múltiplas relações.

O capital social é avaliado pelo Banco Mundial, verdadeiramente, como capital, apresentando, então, um retorno mensurável. Isso se deve ao fato de que economistas têm indicado que o capital social tem características reais de capital: requer recursos (especialmente tempo) para ser produzido e está sujeito à acumulação e à depreciação (GROOTAERT et al., 2003).

Além disso, o Banco Mundial afirma que o capital social tem claros retornos para o bem-estar doméstico. Afinal, em países pobres, seu retorno atua como um substituto para a educação, o que reduz significativamente a probabilidade de ser pobre (GROOTAERT et al., 2003).

Diferentemente, Matos (2009) traz o conceito de capital social negativo. Enquanto o capital social positivo refere-se aos resultados que promovem o bem-estar coletivo e aumentam as condições de igualdade e justiça social, o negativo diz respeito aos efeitos assimétricos das relações sociais. Por conseguinte, o que faz o capital social ser positivo ou negativo é o contexto, e não algo intrínseco a ele, o que significa que está submetido ao modo como as relações são definidas em determinados contextos (MATOS, 2009). Segundo Matos (2009), Os efeitos negativos de uma rede podem ser: exclusão de não membros, exigências excessivas para compô-la e regulamentos de pertença que restrinjam a liberdade individual.

A análise das RSC conduz ao conceito de sentimento de comunidade, criado por Sarason (1974), como aquele de que somos parte de uma rede de relacionamentos de suporte

mútuo, sempre disponível e da qual podemos depender (SARASON, 1974 apud NEPOMUCENO et al., 2017). Logo, traduz-se em uma sensação de pertencimento a uma comunidade, de importar-se com as pessoas daquele local e ser importante para elas; na pertença a uma rede de relações, à interdependência voluntária e à mutualidade; e em uma fé de que estar na comunidade propiciará suporte para as necessidades pessoais (NEPOMUCENO et al., 2017).

Similarmente, uma comunidade é caracterizada por um sentimento ou obrigação fraterna de partilhar as vantagens entre os membros que a compõem, independentemente do talento ou importância que estes possuem (BAUMAN, 2003). No entanto, isso não reflete o interesse das elites, na medida em que o sentimento comunitário opõe-se à ideologia de mérito, fundamento de seus privilégios.

Como preceituado pela OMS, é preciso potencializar o papel das comunidades e fortalecer a contribuição da sociedade civil na formulação e implementação de políticas através da adoção de medidas que permitam sua efetiva participação no processo decisório em prol do interesse público (OMS, 2011). Essa potencialização passa pelo empoderamento, que é considerado uma dimensão de capital social que se refere ao processo de interação social, o qual permite que pessoas aumentem suas habilidades individuais e coletivas, além de desempenharem maior controle sobre suas vidas (BRASIL, 2008).

Pensando em comunidades com o perfil do cenário do presente estudo e seu público alvo, a literatura aponta que as práticas associativas foram tradicionalmente adotadas por mulheres africanas frente a contextos de pobreza e que essas iniciativas trouxeram benefícios materiais, bem como imateriais (PEREIRA; SANTOS; BARREIRA, 2016). “As mulheres africanas adotam as práticas interajuda/ajuda mútua desde o período pré-colonial, atribuindo-lhes um valor de tradição e, atualmente, têm inclusive ganhado força e destaque no cenário da literatura econômica” (PEREIRA; SANTOS; BARREIRA, 2016, p. 121).

O associativismo comunitário nem sempre é facilmente visível, o que leva a uma imagem equivocada de passividade das classes populares. Para Marteleto e Stotz (2009), isso não passa de uma visão elitista e autoritária, pois elas sabem reconhecer suas demandas e lutam por elas. A fim de explicar essa dificuldade, pode-se citar a diversidade das iniciativas de associativismo, pois elas não possuem uma linguagem unívoca e nem podem ser avaliadas tendo em vista resultados imediatos.

Um exemplo de associativismo que se evidencia em comunidades de baixa renda é o

mutirão. Ele é definido por Marteleto e Stotz (2009) como tradição rural de auxílio gratuito que os pequenos agricultores prestam entre si quando se reúnem todos de uma redondeza para realizar um trabalho em prol de um só. Existe uma função simbólica nos mutirões, expressa de forma ritualística, que, apropriada pela tradição, implica em festa, comemoração e congratulação. Desta forma, o mutirão é a marca do associativismo na população de baixa renda, que, embora voltado para a resolução de problemas individuais ou coletivos, também é a manifestação de uma cultura solidária e festiva, apesar de todas as dificuldades (MARTELETO; STOTZ, 2009).

Outro exemplo do associativismo em regiões de baixa renda são as associações de moradores, as quais foram essenciais no processo de urbanização e concretização de direitos nas favelas cariocas. Segundo Marteleto e Stotz (2009), elas se enfraqueceram com a ampliação da presença do Estado nas favelas, a pressão de grupos criminosos e a maior presença de ONGs. Desta forma, as mudanças nas condições socioeconômicas e culturais de uma população mudam, também, as características de sua organização e associativismo.

A explicação do associativismo não se dá somente pelo aumento da capacidade de resolução de problemas coletivos, pois lugares com necessidades equivalentes podem ter intensidades associativas diversas. O associativismo, portanto, está relacionado à tradição e à ideologia de cada grupamento humano, sendo permeado por valores e sentimentos de solidariedade e de pertencimento. Portanto, esta ação em conjunto depende de fatores culturais, políticos e sociais (MARTELETO; STOTZ, 2009).

A Carta de Ottawa (2002) aponta que a ajuda recíproca é a base para a construção de ambientes favoráveis à saúde (BRASIL, 2002), na medida em que quem ali convive aprende a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente. Assim, as redes impactam positivamente na saúde, uma vez que promovem apoio social pelo compartilhamento de informações, auxílio físico e material. Através das redes, podem-se multiplicar aprendizados, obtendo soluções para problemas comuns. O apoio obtido gera, ainda, a diminuição do estresse, o que potencializa a contribuição para a saúde (MENEZES; MORÉ; BARROS, 2015).

As RSC cumprem importante papel na saúde da mulher. Ao estudar as redes de suporte para a mulher puérpera, Primo et al (2015) identificou que a rede de amigas e vizinhas foi apontada por diversas mulheres como a principal forma de apoio, maior que o suporte familiar ou de profissionais de saúde. As mulheres relatam um amplo apoio não restrito ao cuidado direto com a criança, mas também dirigido à mulher, como por meio de auxílio

material ou execução de tarefas da casa. O apoio da rede social também teve um importante papel na manutenção da saúde mental e no enfrentamento das situações estressantes, como as fases de transição após o nascimento do bebê (PRIMO et al., 2015).

3.3 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE BASE COMUNITÁRIA: UM ENFOQUE PARA A ONG

A fim de refletir sobre as Organizações não Governamentais (ONGs), é essencial apontar que esse termo abarca uma gama ampla de instituições bem diferentes entre si quanto aos seus objetivos, projetos, formas de atuação e estilos de participação do público e equipe (GOHN, 2013). As ONGs possuem uma identidade confusa, pois, apesar de apresentarem-se como contraponto à filantropia religiosa, fazem questão de definirem-se sem fins lucrativos. Embora não sejam partidárias, são políticas; mesmo não sendo governamentais, atuam muito perto do Estado (RAMOS, 2004).

Uma das marcas das ONGs é sua relação confusa com a Igreja, com as Universidades e com o Estado. Ao mesmo tempo em que são independentes destes, possuem relações confusas e indefinidas. Se por um lado rompem com a filantropia da Igreja, por outro estão a serviço de muitos movimentos dela oriundos. Apesar de não serem acadêmicas, acolhem e apoiam pesquisas de extensão de muitas universidades. Apesar de não governamentais, dependem, muitas vezes, do financiamento do Estado (CANABRAVA et al., 2007).

A base das ONGs é a transgressão de direitos, pois é da sua própria natureza estimular e lutar pela construção e respeito aos direitos humanos. As ONGs atuam na melhoria das condições de vida da população e, por isso, possuem direta relação com a saúde (DALLARI et al., 1996).

O Envolvimento de organizações da sociedade civil com o tema “saúde” tem como grande marco o tema da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Desde o surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/AIDS), as ONGs têm oferecido um importante suporte material e socioemocional para as pessoas que convivem com o HIV/AIDS (SILVA; SILVA, 2011).

Na década de 1980, têm seu início marcado por ações voltadas a pressionar o Governo pelos direitos das pessoas com HIV/AIDS, tendo como foco mais ações políticas do que técnicas. É somente a partir do apoio do Banco Mundial, já na década de 1990, que as organizações adquirem um caráter mais técnico e menos político (KADRI; SCHWEICKARDT, 2015).

O caso da AIDS é uma prova como as ONGs de defesa de direitos conseguiram que o Banco Mundial concedesse um financiamento ao Brasil para o controle da epidemia (CRUZ, 2017). Isso ocorreu, principalmente, por serem vistas como mais eficientes para atingir os mais pobres e os mais resistentes, como homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo (GALVÃO, 2000). Nesse viés, Ramos (2004) aponta que a parceria da saúde com as ONGs dá-se pela ideia de que elas são menos onerosas, mais ágeis e mais eficazes do que o Estado para a realização de certas tarefas públicas.

Apesar de a saúde ser um direito social garantido na constituição de 1988, isso, por si, não garante sua efetivação. É muito importante a participação da sociedade civil para que, através de suas reivindicações, os direitos sociais possam ser impulsionados e concretizados pelo Estado, através da modificação de políticas existentes e dos serviços disponíveis (CRUZ, 2017). É relevante, ainda, apontar que a participação social na saúde não ocorre somente para a efetivação do direito, pois, antes mesmo de constarem na constituição, os movimentos sociais antecederam a Assembleia Nacional Constituinte e lutaram pela universalização desse direito (CRUZ, 2017). Em parceria com o Estado e seus serviços de saúde, as ONGs têm contribuído para o desenvolvimento de ações de prevenção em vários espaços e em grupos distintos das comunidades, de acordo com as respectivas características das localidades e de suas populações.

As ONGs, além de darem suporte material e afetivo, têm incentivado ações de fortalecimento de direitos das populações vulneráveis (SILVA; SILVA, 2011). Assim, através de ações de aglutinação de pessoas que vivenciam sofrimentos e opressão, elas podem ressignificar o sofrimento e, então, propiciar a emancipação psicossocial da pessoa em situação de opressão. Outrossim, podem gerar espaços de resistência às diferentes formas de opressão e estimular diversos caminhos de superação, que incluem desde parcerias até o fortalecimento de redes sociais (SILVA; SILVA, 2011).

3.4 A MULHER SOCIALMENTE VULNERÁVEL E A PRODUÇÃO DA SAÚDE

As mulheres são 51,03% da população brasileira e a maioria dentre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, para o atendimento a seus familiares, amigos e vizinhos. São elas as grandes cuidadoras e promotoras de saúde de sua família e comunidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Contudo, lidam continuamente com a discriminação e violações de direitos na busca por serviços de saúde, tendo, dessa forma, seus direitos humanos negligenciados.

As relações de gênero e as peculiaridades do sexo biológico são fatores de desigualdades de saúde (BARATA, 2009). Porém, eles não geram somente desigualdades, mas também iniquidades, principalmente devido à assimetria de poder que se estabelece entre homens e mulheres. As diferenças sociais entre homens e mulheres variam de acordo com a sociedade, de forma que sociedades diferentes produzem níveis diversos de desigualdade (BARATA, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNSIM) indica que o número de mulheres que vive em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Portanto, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes de saúde das populações.

Dada a presente pesquisa, é preciso levar em conta outro determinante social: a cor da pele. Observar a saúde de mulheres negras permite compreender que o racismo pode ser pensado como um determinante social e pode intervir diretamente no processo saúde-doença (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

A história das mulheres negras no Brasil é marcada pela escravidão, que durou quase 400 anos. No entanto, a escravidão não foi marcada somente pela absurda e brutal violência, mas também pela luta e resistência. Seu fim, porém, não interrompeu a violência e a exclusão das mulheres negras: elas ganham o equivalente a 40% do valor recebido pelos homens brancos (BRASIL, 2016); são as mais vulneráveis ao desemprego e ao analfabetismo (BRASIL, 2017); são também as que mais sofrem violência – o percentual de meninas e

mulheres negras violentadas no Brasil é 66,7% mais elevado, se comparado a mulheres brancas (ONU, 2015). Não somente a violência e exclusão acompanham-nas, mas também a luta e a resistência. Após a abolição, a postura da mulher negra colocou-a na posição de base de sua comunidade, tanto no quesito moral como material (SANTANA; ALMEIDA, 2017).

No Brasil, a partir do padrão de relações raciais, a população negra tem um desafio extra no investimento em sua saúde. A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (2004), ao analisar a mulher afro-brasileira e seus descendentes, declara haver poucas chances de ascensão social nesse segmento, assim como maior dificuldade de acesso a postos de trabalho bem remunerados e qualificados e menores oportunidades educacionais. Consequentemente, elas são levadas a viverem cada vez mais em assentamentos mais degradados em termos físicos e ambientais.

A saúde da mulher negra tem especificidades que precisam ser ponderadas. Existe uma maior incidência e prevalência de miomas uterinos em mulheres negras, bem como de doença falciforme naquelas em idade fértil e de violência doméstica e no trabalho (VIEGAS; VARGA, 2016).

No ano de 2005, o Ministério da Saúde publicou um documento intitulado "Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: atenção à saúde das mulheres negras". Esse documento desvelou o fato de que a maioria das mulheres negras encontrava-se abaixo da linha da pobreza, exibindo a seguinte situação: a taxa de analfabetismo era o dobro das brancas; elas eram majoritariamente chefes de família sem cônjuge e com filhos; as mulheres negras, por razões sociais ou de discriminação, tinham menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica - seja no pré-natal, parto ou puerpério; e maior propensão do que as brancas de contraírem determinadas doenças mais cedo, bem como de morte precoce (BRASIL, 2005).

Ao estudar mulheres em camadas pobres, Mendes (2004) aponta que sua saga inicia-se ainda na infância, em sua socialização. As mães, diante da sobrecarga por terem que assumir o sustento da família e o cuidado com a casa e filhos, acabam por responsabilizar suas filhas por serem uma extensão sua. As meninas passam do cuidado com as bonecas para os irmãos mais novos e isso ocorre, recorrentemente, antes dos dez anos de idade. A necessidade de contribuir em casa tanto no cuidado com os irmãos quanto no sustento gera baixos níveis de escolaridade e qualificação, o que diminui radicalmente suas chances no mercado de trabalho (MENDES, 2004), e, assim, gera um processo de reprodução da realidade de

vulnerabilidades.

A diferença das vulnerabilidades de homens e mulheres levou à percepção da face feminina na pobreza e esse tema tem sido bastante estudado, o qual é definido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2005), doravante IPEA, como “o crescimento (absoluto ou relativo) da pobreza no universo feminino ao longo do tempo” (BRASIL, 2005, p.16).

Uma das justificativas para esse olhar é o crescimento dos domicílios compostos por mulheres sem companheiros, o que foi causado por mudanças no comportamento social através da maior dissolução de casamentos ou da gravidez fora de uniões estáveis. Isso conduz a uma única provedora de renda, a qual recebe, ainda, rendimentos geralmente inferiores aos dos homens (BRASIL, 2005). Para o IPEA, a pobreza feminina é apenas uma das consequências das desigualdades de gênero que podem ser observadas em todos os estratos sociais (BRASIL, 2005), apontando não somente a pobreza de um grupo social, mas também o impacto das desigualdades de gênero na sociedade.

O IPEA (2005) ainda atenta para o fato de que uma das dificuldades de verificar essa pobreza consiste na falta de precisão de dados sobre as desigualdades intradomiciliares, pois a maioria daqueles existentes para inferir-se o grau de pobreza assume implicitamente uma igual distribuição de recursos entre os membros do domicílio, o que tenderia a subestimar a pobreza entre as mulheres (BRASIL, 2005). No entanto, sabe-se que uma boa parte das desigualdades entre mulheres e homens está relacionada ao que ocorre dentro das famílias.

Um exemplo de desigualdade intrafamiliar que impacta diretamente na pobreza feminina é a diferenciação na retenção de renda entre homens e mulheres na família. Isso ocorre, pois há a tendência de a fração de renda retida pelos homens ser normalmente superior àquela que cabe às mulheres, o que indica que, sob a hipótese de desigual distribuição intrafamiliar, as mulheres devem ser significativamente mais pobres do que os homens (BRASIL, 2005).

Aqui, faz-se necessário definir melhor o que significa “vulnerabilidade” para esta pesquisa. Esse conceito advém das ações de prevenção ao HIV/AIDS, que se deu a partir de um aprendizado através de iniciativas frustradas de combater o avanço da doença, afinal foi percebido que ela se alastrava principalmente entre segmentos populacionais socialmente enfraquecidos, como as mulheres e os mais pobres. A partir dessa constatação, surgiram propostas de ações de prevenção com foco não somente no plano individual, mas também em questões estruturais da sociedade (SILVA; HELLER, 2016). Chega-se, então, ao conceito de

vulnerabilidade que, no âmbito da saúde, está relacionado não somente com aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais e programáticos, que acarretam maior suscetibilidade a doenças (AYRES, 2009a). O conceito aponta que os indivíduos expõem-se de forma diferenciada aos fatores causadores de doenças e isso não depende somente de sua vontade. Cada contexto, para além das escolhas pessoais, é determinante para a suscetibilidade dos indivíduos aos agravos. Diante da realidade de desigualdades sociais historicamente consolidadas, é possível concluir que a mulher pobre e negra está em uma situação de maior vulnerabilidade social e, por conseguinte, de saúde (MENDES, 2004).

Na temática da saúde, segundo Gutierrez e Minayo (2009), a figura da mulher como cuidadora tem ligação com o controle da mortalidade infantil e a valorização da figura da criança. Afinal, quando as medidas de higiene e amamentação passam a ser vistas como condições essenciais para a vida da criança, a mãe torna-se a figura chave e indispensável para o cuidado com sua saúde. Devido a essa lógica, a figura da mulher, identificada com algumas figuras religiosas de mãe sacrificial, bondosa e altruísta, relaciona-se diretamente com o bem estar da família. Dessa forma, precisa colocar-se em segundo plano em prol da procriação, da família e do casamento (GUTIERREZ; MINAYO, 2009).

Segundo Coelho et al. (2016), os avanços da mulher no campo profissional não ocorreram no mesmo ritmo de um processo de mudança do tradicional papel feminino ligado à maternidade. É comum que as mulheres de comunidades socialmente vulneráveis tenham como opção de geração de renda o trabalho informal, como de faxineira, manicure ou de produção de itens em sua casa para venda ou entrega. Esse perfil de trabalho, destituído de benefícios e auxílios no caso de adoecimento, indica que qualquer afastamento por motivo de doença resulta na diminuição da renda mensal, o que impele a continuidade do trabalho mesmo em situação de adoecimento (COELHO et al., 2016).

Ainda segundo os autores, vivendo em tal contexto, é possível que se desenvolvam mecanismos de negação psicológica dos sintomas da doença, a ponto de sequer identificar ou reconhecer que estão doentes. Muitas dessas trabalhadoras permanecem sem procurar ajuda por muito tempo, de maneira a acentuarem os agravos ou até mesmo torná-los crônicos (COELHO et al., 2016).

A questão da produção de saúde da mulher socialmente vulnerável passa também pelo seu papel de mulher. Lopes (2018) aponta que as mulheres de classes populares são fortemente marcadas pelo papel de mães, avós e donas de casa e que relativizar esses papéis para cuidar de si é um dilema. A demanda de cuidar de si pode gerar uma sobrecarga da

mulher com responsabilidades que antes eram consideradas próprias dos profissionais do sistema de saúde ou do Estado (LOPES, 2018).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, dos valores e atitudes. Isso não pode ser traduzido em números e indicadores, sendo necessário acessar a realidade vivenciada pelas pessoas no cotidiano para desvelar os fenômenos sociais (MINAYO, 2014), que, na presente pesquisa, tratam-se dos determinantes sociais de saúde relacionados à saúde de mulheres de baixa renda.

Ela permite a apreensão de aspectos objetivos e subjetivos do objeto em estudo, sendo comprometida com a práxis e a mudança social por meio da introdução de novos significados aos problemas, gerando conhecimento sobre elementos significativos que compõem a experiência humana (LACERDA; COSTENARO, 2015).

4.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um município localizado na Zona da Mata de Minas Gerais com 564 mil habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com alto índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 0,778 –, estando na

sétima posição no Estado de Minas Gerais (JUIZ DE FORA, 2014). A cobertura da Atenção Primária à Saúde é apontada pelo Plano Diretor da Atenção Básica do Município como insuficiente, encontrando-se em 81%. O município conta com 63 Unidades Básicas de Saúde, sendo que somente 39 contam com a Estratégia Saúde da Família (JUIZ DE FORA, 2014).

Com relação ao cenário do estudo, trata-se de um bairro com 4.735 habitantes (BRASIL, 2011), com claro predomínio da população negra, a qual abrange 69,04% de seus residentes. O bairro tem sua origem na década de 1920, oriunda do processo de decadência do café na região (BARRETO, 2017).

A escolha do cenário da pesquisa deu-se por conveniência, considerando a inserção prévia do pesquisador no bairro. Para a pesquisa qualitativa, a aproximação prévia do pesquisador com o cenário e seus participantes caracteriza-se como um aspecto facilitador para o desenvolvimento da investigação (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Segundo Menezes e Monteiro (2010), são controversas as histórias da origem do bairro, pois algumas remetem à existência de comunidade quilombola ou de demais populações de origem rural, assistidas pela obra de assistência social da Igreja de São Mateus.

A origem e a história recentes do bairro têm relação direta com sua localização. No início, pelo fato de ser uma região afastada do centro, apresentava o espaço permitido para o perfil de seus moradores. Afinal, a expulsão da população negra da área central promoveu a ocupação dos morros, resultando nas favelas e crescimento dos subúrbios (BARRETO, 2017). Porém, atualmente, segundo a pesquisadora, o bairro vem recebendo importantes investimentos imobiliários, o que tem ocasionado uma pressão sobre os moradores para sua remoção.

Nesse sentido, ele foi classificado como uma Área de Especial Interesse Social (AIES) pelo plano Diretor da cidade (JUIZ DE FORA, 2004). A definição de AIES está no artigo 30 da Lei Municipal 9811/2000 e aponta que é uma ocupação irregular, não titulada e clandestina. É formado por moradias desprovidas de padrões mínimos de infraestrutura, acessibilidade e habitabilidade, que coloca sua população em situação de segregação social (JUIZ DE FORA, 2004). Nota-se, então, que se trata de uma região com famílias em extrema pobreza e desprovimento de serviços básicos de infraestrutura de urbanização.

A inserção do pesquisador no bairro desde o ano de 1997 identifica a região como favorável ao estabelecimento de múltiplas redes comunitárias: baixa expansão territorial nas últimas décadas, pequena movimentação de entrada e saída de moradores para outros bairros,

somadas à ausência de estruturas poderosas e organizadas do tráfico e crime organizado.

Esta pesquisa tem como participantes mulheres adultas, atendidas pelo Projeto Vida Plena, inscrito na ONG supracitada, que acompanha a saúde de mulheres desde o ano de 2001. É válido destacar que esta ONG constitui projetos de enfrentamento à pobreza, atuando em várias frentes, sendo uma delas a saúde.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram ser mulher com mais de 18 anos, moradora do bairro cenário do estudo e ser atendida pelo projeto Vida Plena. Foram excluídas aquelas que se mudaram do bairro, que tiveram algum comprometimento da capacidade de compreensão e as que manifestaram desejo de desligamento em qualquer fase do estudo. A partir desses critérios, chegamos a um grupo de onze mulheres.

4.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados deu-se em duas etapas. A primeira ocorreu através de um questionário estruturado para caracterização do público, aplicado pelo pesquisador em visitas domiciliares, no mês de novembro de 2018 (Apêndice 1). A segunda ocorreu por meio de entrevista semiestruturada com questões discursivas, orientada por um roteiro, em que o pesquisador, diante de uma temática norteadora, e, tendo a narrativa como referência, teve a liberdade de realizar outras indagações, na busca da compreensão do que a participante estava relatando (MORE, 2015).

A entrevista é um momento em que entrevistador e entrevistada encontram-se, e, por meio da arguição do entrevistador, é propiciada uma instigação à fala da entrevistada. Com isso, o entrevistador consegue captar através das falas da entrevistada informações que busca para sua pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2017).

A entrevista foi realizada entre os meses de março e abril de 2019, sendo orientada pelas seguintes questões: Como é para você ser membro desta comunidade? Como você participa da vida da comunidade? Quais grupos/espços comunitários você frequenta/faz parte? Como você se sente nesses espaços? Sendo membro dessa comunidade fale-me sobre os

pontos fortes e os pontos fracos do bairro (Apêndice 2).

O pesquisador optou por um ambiente reservado para que as participantes concedessem seus depoimentos, sendo esse lugar eleito pelas próprias mulheres. Desse modo, todas as entrevistas foram feitas por meio de visitas domiciliares. O agendamento das entrevistas ocorreu presencialmente após as reuniões semanais do Projeto Vida Plena, do qual todas são participantes.

Como garantia de anonimato, elas foram identificadas com a letra M, de mulher, acompanhada do número arábico correspondente à realização da entrevista, a saber: M1, M2, M3...M10. Foi solicitada às participantes a permissão do uso de gravador de voz digital no momento das entrevistas, com vistas à obtenção dos discursos na íntegra, para posterior transcrição.

A análise dos dados pautou-se na técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. A operacionalização da análise foi realizada conforme as etapas descritas pela autora: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Tais etapas constituem um método de organização e análise dos depoimentos, iniciado por meio de uma leitura repetida e atenta às transcrições das entrevistas realizadas. De acordo com os objetivos do estudo, foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias e subcategorias temáticas, constructo que revela a convergência dos aspectos significativos que emergiram dos depoimentos das participantes. O tratamento dos resultados e sua interpretação dizem respeito ao desvelamento do conteúdo subjacente manifestado na fala das depoentes, somado à interface do mesmo com a literatura pertinente à temática (BARDIN, 2016).

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), inscrito sobre o sobre o n. 2.692.001 /CAAE 87473018.5.0000.5147 (Anexo 1). Desse modo, a condução da presente investigação seguiu os preceitos éticos constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional

de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, assim como a manutenção do anonimato e o direito de participarem ou não da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

Ressalta-se que todo o material produzido na coleta de dados será arquivado por no mínimo cinco anos, período este em que os dados poderão ser utilizados, dentro dos preceitos éticos referidos, exclusivamente para fins científicos, dentre eles a elaboração desta dissertação e de artigos científicos e/ou resumos para serem apresentados em eventos científicos.

5 – RESULTADOS

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 11 mulheres, identificadas aqui com a letra M e os números de 1 a 11, com média de idade de 47 anos, sendo a mais nova com 23 e a mais idosa com 74 anos. Somente quatro nasceram no bairro, as demais vieram de outros bairros ou cidades. Duas se declararam brancas, sete negras e duas pardas.

As onze mulheres são responsáveis por 31 pessoas economicamente dependentes de seus recursos (crianças, adolescentes ou jovens e adultos desempregados). A renda média das participantes é de R\$ 803,54, sendo a menor renda de R\$170,00 e a maior de R\$ 1600,00. Das onze mulheres, 8 possuem renda *per capita* abaixo da linha da indigência (1/4 do salário mínimo = R\$ 238,50) e outras duas possuem renda abaixo da linha da pobreza (1/2 salário = R\$ 472,50). Dessa forma, somente uma está acima da linha da pobreza.

Todas as mulheres possuem filhos, mas somente uma mora com o companheiro. Esse dado corrobora a afirmação de Sarti (2017) sobre uma forte relação entre a pobreza e a chefia feminina nas famílias. Oito das onze afirmaram já terem sofrido alguma forma de violência de um companheiro.

Sete participantes estão desempregadas e seis sobrevivem de pensão. Três recebem Bolsa Família, sendo que duas têm Bolsa Família como única renda. Estas apresentam os menores *per captas*, menor do que R\$ 3,00 / dia.

Quando questionadas sobre a profissão, seis declararam-se “do lar”, duas como cozinheiras, uma como atendente, uma como faxineira e uma como cuidadora.

Das onze mulheres, cinco nunca tiveram a carteira assinada e somente uma tinha essa realidade no momento da entrevista, apesar de três estarem trabalhando.

No que tange à escolaridade, duas nunca estudaram, seis possuem ensino fundamental incompleto e uma, completo. Além disso, uma possui ensino médio incompleto e outra, formação de tecnólogo. Somente uma ainda estuda e três manifestaram o desejo de estudar.

Dez entre as onze moram numa casa própria, somente uma paga aluguel. Entretanto, nenhuma possui registro do imóvel e somente uma comprou a casa, as demais ganharam o terreno e construíram o imóvel ou já o ganharam construído pelos Vicentinos, da Igreja Católica.

Segue a caracterização de cada participante:

M1 – 32 anos, solteira, negra, com ensino fundamental completo, auxiliar de cozinha, desempregada, residente na comunidade há 15 anos, católica, não participante de igreja, renda advinda de trabalhos pontuais com *per capita* de R\$ 233,00;

M2 – 74 anos, viúva, negra, sem nenhum ano de estudo, do lar, pensionista, residente na comunidade há 37 anos, católica, frequentando pontualmente celebrações fora da comunidade, renda advinda de aposentadoria com *per capita* de R\$ 136,28;

M3 – 72 anos, viúva, parda, com até o 5º ano do ensino fundamental, do lar, residente na comunidade há 38 anos, católica, participante de igreja na comunidade, renda advinda de aposentadoria com *per capita* de R\$ 318,00;

M4 – 49 anos, solteira, negra, com até 2º ano do ensino fundamental, cuidadora, desempregada, nascida no bairro, católica, não participante de igreja, renda advinda de trabalhos pontuais com *per capita* de R\$ 66,66;

M5 – 32 anos, solteira, negra, com até 2º ano do ensino médio, auxiliar de serviços gerais, desempregada, nascida no bairro, católica, não participante de igreja, renda advinda de pensão com *per capita* de R\$ 150,00;

M6 – 23 anos, solteira, negra, com até 1º ano do ensino médio, atendente, desempregada, nascida no bairro, evangélica, participante de igreja, renda advinda do Bolsa Família com *per capita* de R\$ 170,00;

M7 – 52 anos, viúva, branca, com curso normal tecnólogo, do lar, desempregada, residente na comunidade há 41 anos, católica, participante de igreja, ministra extraordinária da Eucaristia, renda advinda de pensão e emprego da filha com *per capita* de R\$ 533,33;

M8 – 32 anos, vivendo com o companheiro, negra, com até 6º ano de ensino fundamental, auxiliar de limpeza, empregada, nascida no bairro, católica, não participante de igreja, renda *per capita* de R\$ 233,00;

M9 – 49 anos, solteira, negra, com até 4º ano de ensino fundamental, do lar, residente na comunidade há 41 anos, católica, não participante de igreja, renda advinda de

pensão com *per capita* de R\$ 200,00;

M10 – 65 anos, viúva, branca, sem nenhum ano de estudo, do lar, pensionista, residente na comunidade há 21 anos, católica, não participante de igreja, renda advinda de pensão com *per capita* de R\$ 318,00;

M11 – 37 anos, solteira, parda, com até 3º ano de ensino fundamental, do lar, pensionista, residente na comunidade há 30 anos, católica, não participante de igreja, renda advinda do Bolsa Família com *per capita* de R\$ 76,00.

5.2 - CATEGORIAS TEMÁTICAS

5.2.1 O pertencimento à comunidade expresso por relações estabelecidas com/no território

5.2.1.1 A vinculação com o território por meio de estruturas sociais

Existe nas participantes uma forte vinculação com o território onde moram, desdobrando-se em um sentimento de pertença. Tal pertencimento pode ser expresso pelo acesso a equipamentos sociais do território (como bares, farmácias, padarias, mercados) para satisfazer as necessidades cotidianas das participantes, seja no sentido de sobrevivência (como o alimento) ou de lazer (frequentar um bar).

“Abriu um barzinho novo aqui perto do bairro. Adorei ali. É perto!!! É no bairro. Eu não gosto muito de ir para longe não. Não gosto de ir para longe e local que tem muita gente. Eu tenho problema com muita gente. Mas, falou que é aqui no bairro, eu já vou”. (M1)

“Saio pouco daqui, só para a missa do Pe. Pierre. Gosto de comprar as coisas aqui mesmo no G. e na Manchester. É mais fácil, já conheço as pessoas”. (M2)

“Aqui tem um clima bom, as pessoas são amigas. Gosto de ficar por aqui. Saio só para ir na minha filha que mora fora”. (M4)

“Escolhi morar aqui para criar meus filhos. Até as compras faço aqui no G”. (M8)

5.2.1.2 A vinculação com o território por meio de laços fortes de amizade

As participantes apontam como traço marcante do bairro um clima de acolhida facilitador de laços de amizade. Isso é apontado como um traço marcante, que gera prazer de se viver na comunidade:

“Outra coisa, as pessoas aqui são muito humanas. Tem briga, tem tudo, mas se você precisar... tem de tudo”. (M8)

“Tem amizade entre as meninas, sabe? A gente pode contar uma com a outra. Uma se comove com o problema da outra”. (M1)

“Eu tenho muita amizade... Muita amizade. Porque eu fiz... (Exemplo) esse irmão do D., eu vi a mãe esperando ele. Então ele me vê, me abraça e me beija. Há uma amizade forte aqui, uma abertura para ajudar o outro. Isso está em todos, faz parte daqui”. (M2)

“Já ajudei muito, muito, muitas pessoas. Assim, de limpeza, às vezes um médico... Fiz por amizade, porque gosto da pessoa. Já lavei roupa, fiz faxina”. (M9)

5.2.1.3 A vinculação com a comunidade por meio de espaços construídos no cotidiano

O pertencimento à comunidade pode ser evidenciado na construção de espaços não formais para realizar trocas de experiências sobre a vida, tais como as calçadas do bairro. Esse espaço é notório prioritariamente nos fins de semana, mas, não raro, pode abrir-se no final do dia. As participantes apontam como momentos não só de descontração e lazer, mas de investimento na rede de solidariedade e no emocional.

“Isso me faz bem. É muito bom. Uma fala de um problema e outra também. Minha tia, quando fala ela fica mais leve. O problema some. Quando a gente senta ali é o momento de

refletir, desabafar. Como foi a semana inteira. É bom. Você pode perceber que o (bairro) inteiro é assim. Faz isso”. (M3)

“Se você olhar pelo emocional, faz muito bem. A gente distrai, esquece os momentos de estresse. Das brigas das crianças... É o verdadeiro psicólogo de pobre. Porque você relaxa, bate papo, conversa com todo mundo, você fala até o que não quer”. (M1)

“Fazia, isso (sentava na calçada com as amigas no fim de semana). Gostava muito. A J., a G. sentava, batia papo, sentava no sol um pouquinho. Falávamos de nossas vidas, nossos problemas. Uma acabava dizendo algo que ajudava. Tomava uma cervejinha, um guaraná. Comia alguma coisa”. (M11)

“Aproveito para ficar com a família. Sentamos em frente de casa e ficamos conversando de nossas vidas, nossa luta. São momentos bons. Gosto muito disso. Nem sempre tem bebida, o importante é estar junto”. (M8)

5.2.1.4 A comunidade como espaço de segurança

As participantes demonstram um sentimento de segurança no bairro, o que reforça o pertencimento ao bairro.

“Eu não acho aqui um lugar ruim. Tem algumas coisas que atrapalham o local? Sim. Mas aqui é um bairro bom. Me sinto segura aqui... Não tem chefe, só meninos daqui mesmo”. (M1)

“Mas eu amo o (bairro), é um local de paz”. (M2)

“Mas eu não tenho medo de morar aqui, pois é um lugar mais tranquilo que a maioria dos bairros”. (M7)

“Optei para vir embora para cá, porque aqui, para se criar um filho, é a melhor coisa que tem. Não vejo criança nenhuma aqui de cabeça virada. Criança arteira sim, mas de cabeça virada, no mundo das drogas, essas coisas, não tem... O (bairro) não tem bandidão, só gente daqui vendendo as coisas deles”. (M8)

5.2.1.5 A comunidade como uma grande família

Pertencer à comunidade, para as mulheres do presente estudo, significa fazer parte de uma grande família. Tal sentimento emerge por conta dos fortes laços de confiança e reciprocidade construídos entre as pessoas da comunidade, assemelhando-se aos laços consanguíneos, isto é, aqueles que se constroem no contexto familiar:

“Existe o parente de sangue, mas existe o parente madrinha. Ele vira um parente. Tem hora que ele é mais perto que o de sangue. Porque na minha família mesmo de pai e mãe não tinha esse negócio. Se arrumasse filho, se vira. Sai para rua. Não tinha “meu pé me dói” não. Eu vim vivendo e aprendendo isso. Irmão... era engraçado.... punha pra rua mesmo... Não tinha meu pé me dói”.(M2)

“Qualquer um eu considero parente. Tipo a J. Nós conversamos pra caramba, nós brincamos. A dona L., a N., a F.” (M4)

“Eu não tenho parentes aqui, mas eu tenho pessoas que eu posso contar”. (M3)

O sentimento de família, verbalizado pelas participantes, é expresso pelo afeto e laços construídos longitudinalmente com algumas pessoas da comunidade, que elas tratam e consideram como “tias”, isto é, como parte de suas famílias:

“Tia L., Tia R. Desde pequeninha a gente toma bença a Tia R. A gente sempre tomou bença. Tia L., Tia R., Tia C., irmã da Tia L., Tia V., irmã da Tia L. também. Ali para mim todo mundo é tia. E a gente considera mesmo”. (M7)

“Gosto muito da Tia L... eu chamo ela de tia mesmo... como se fosse. Mas nem é. Eu considero a Tia L. como se fosse realmente minha tia” (M1)

Estas tias têm importante papel no apoio à maternidade. Acompanham desde a gravidez, passando pelo parto, até o puerpério. Ensinam, cuidam, receitam chás, ouvem e aconselham quem vive angústias. Devido a isso, possuem um importante respeito na comunidade.

“Dona M, dá banho, cura o umbigo do neném, leva o almoço todo dia e um chá de folha de algodão. Porque o algodão você sabe que é anti-inflamatório. Então, leva durante o resguardo: um mês. Ela ainda ficou com uma menina internada. Eu ia cuidar da outra que

ficou aqui. Tinha que dar mamadeira a ela, tinha que dar banho. Tinha que curar o umbigo”.
(M3)

“Nascia uma criança. Às vezes ela mesmo fez o parto. Ai ela tinha que vir... pegava a banheira, o sabonete, a toalha. Eu falava assim: ‘Mãe, leva a água quente de uma vez. Só tá faltando isso. Ferve a água e leva, porque você tá levando tudo!!!’”. (M7)

“Recebi ajuda também na minha última gravidez e na sífilis, quando perdi o neném. A J., A. e a M. Todas me deram um grande apoio. (M11)

Além de “tia”, existem outras denominações que remetem ao sentimento de família, que são as madrinhas de afeição. Isso ocorre quando o afilhado elege alguém que gosta como madrinha e fortalece essa rede de apoio:

“Eu sou madrinha da J. aqui do lado. Não foi de batizar, mas ela hoje reclama que a mãe dela devia de dar eu para batizar ela. Ela não sai um dia para o serviço sem gritar: “bença, dindinha”. Às vezes eu estou deitada e peço a Nossa Senhora que passe na frente dela. Pra ajudar! Igual eu peço, me ajuda a resolver algo que eu não sou capaz de resolver sozinha”.
(M3)

“A D se considera madrinha do (filho)”. (M6)

Um ponto que contribui para o sentimento de família é o costume dos jovens namorarem e se casarem no próprio bairro, unindo famílias e formando uma teia local de parentesco. Sete das onze mulheres tiveram relacionamentos estáveis com filhos com homens da comunidade.

“A E. também aqui, ela foi casada com meu tio. Ela foi casada com meu tio. Então os filhos dela que é meu parente, modo de falar. Mas eu considero como tia. Chamo até “tia” também”. (M8)

5.2.2 A solidariedade como potência para a produção da saúde na comunidade

5.2.2.1 Bairro Acolhedor e Humano

As participantes do estudo apontam fortes vínculos com o bairro. A questão da acolhida mostra-se muito forte, de modo que todos se conhecem e se sentem próximos. Existe um forte sentimento de humanidade, que é maior que todos os desafios sociais e ambientais da comunidade. Há uma certeza no suporte de outro morador nos momentos de necessidade.

“É um bairro que todo mundo te acolhe. Você conhece todo mundo, você fala com todo mundo [...] o bairro é muito amigo”. (M1)

“O povo aqui de (nome da cidade) e também do bairro são humanos”. (M3)

“As pessoas aqui não muito humanas. Tem briga, tem tudo, mas se você precisar [...] esse pessoal tem coração muito bom” (M8)

[...] Você poder contar com seus vizinhos. Qualquer coisa, uma doença, uma necessidade. Você pode contar com alguns vizinhos”. (M1)

5.2.2.2 Uma rede de solidariedade

O relato das participantes da pesquisa apresenta um bairro como uma forte teia de relações solidárias, de forma que os moradores estão sempre preocupados com todos: seja em situações de obra, nas dificuldades financeiras, na saúde ou nos conflitos. Elas possuem a certeza de que poderão contar com esta rede local. É uma rede ativa, pois nem sempre precisa ser acionada pelo demandante. Quem está ao redor percebe e é proativo em contribuir. É comum não haver a necessidade de uma amizade ou grande afinidade para agir. Ser morador da comunidade e precisar de ajuda são as condições para a rede atuar.

“No tempo da obra, cada um ficou numa casa. Nessa hora, espalhei todo mundo. Ficaram dois (filhos) na D. (amiga) e os dois com a gente lá em cima (na casa de outra amiga)”. (M2)

”[...] não tenho que chegar e falar para a pessoa: aqui, se você precisar você me fala. Não!! Se eu estou vendo que você precisa, eu tenho que mostrar meus préstimos.” (M3)

“Eu usei telefone da D. por 15 anos, ligando para São Paulo, Belo Horizonte, Sete Lagoas. Eu pagava, na verdade, mas ela não era obrigada a me emprestar. Eu reconheço isso tudo. Um dia eu cheguei e vi ela com o pé enfaixado. Eu falei: O que que foi D.? Ela: “Eu torci o pé”. Eu olhei assim... Ninguém tinha máquina e estava o cesto dela cheio de roupa. Aí falei: “Ah D., eu vou lá em casa e daqui a pouco eu volto aqui para conversar com a Sra.”. Vim aqui, troquei de roupa, voltei [...]. Na mão eu lavei aquela quantidade de roupa. Precisava de banhar o pé dela. O que me custava? Hoje era ela, amanhã podia ser eu. Aí eu fiquei um mês cuidando dela. Ela fala isso até hoje”. (M3)

Apesar de a amizade ser uma das bases da solidariedade, nem sempre isso é condição. Existem situações que a amizade não é o motivo da ajuda, mas seu efeito: *“Porque nessa casa, por exemplo, aqui do lado, que é da minha comadre, várias pessoas falaram assim: “Como a Sra. conseguiu entrar naquela casa?” Porque ninguém entrou na casa deles. E eu, sabe, o que eu fiz? Eu dei banho nas seis filhas da S. e curava umbigo. E levava comida e lavava as roupinhas para ela. É assim que você pode chegar nas pessoas sistemáticas: fazendo o bem”. (M3)*

Uma das participantes aponta como foi proativa em ajudar uma vizinha idosa quando esta chegou do hospital depois de quebrar o fêmur. Aponta como interpretou como um favor para a pessoa o apoio de outra moradora na ajuda à vizinha: *“Aí um dia, a C. tinha quebrado o osso do fêmur... Ela ficou três meses no HPS... Eu cheguei lá, Renato... Nossa! Nem gosto de lembrar... Assim... O cabelo dela era bosta pura. Eu não sabia o que fazer. Porque ela é muito sistemática. Eu liguei para a E. (moradora da comunidade): ‘E., faz um favor para mim. Vem cá me ajudar. Você é enfermeira, tem mais jeito’. Não tinha um banheiro, não tinha um chuveiro. O que que eu fiz meu filho? Esquentei a água, enchi uma bacia. Levei uns panos, sabe? Aí a E. ia passando com o sabonete e enxaguando”. (M3)*

A solidariedade está bem integrada na lógica da reciprocidade: *“Porque eu sempre fui ajudada. Sempre pra tudo [...] como eu fui muito ajudada, eu quero... ajudar. [...] Se os outros chegar em casa e disser: “Ah, eu preciso de um negócio”. Aí se eu tiver, eu ajudo. Só se eu não tiver mesmo. Não é só por causa de material não. Se a pessoa chegar lá desesperada eu tento acalmar a pessoa. Eu ajudo a pessoa sem querer nada em troca. Não quero nada em troca não, só o fato de eu ajudar a pessoa. Eu ajudo a pessoa com muito gosto. ”. (M4)*

“Se precisar de mim para alguma coisa. Me chamar Eu ajudo. Porque a gente está aí para ajudar. Porque se a gente recebe ajuda, então a gente tem que ajudar as pessoas. A gente

ajuda... Porque se a gente precisar, né? A gente ajuda para ser ajudado. Não que a gente quer receber, mas digo assim... Um caso, assim, às vezes a gente passar mal na rua. É a pessoa que vai ajudar a gente". (M10)

"O que que custava? Hoje era ela, amanhã podia ser eu. Não sabemos o futuro e por isso temos que ajudar. Aí eu fiquei um mês cuidando dela. Ela fala isso até hoje. Sei que se eu precisar hoje ela faria por mim". (M3)

Uma das participantes, relatando a ajuda prestada a uma moradora para cuidado em saúde, apontou sua própria atividade em ajudar mesmo já possuindo conflitos anteriores: *"Igual uma vez a C. estava no meu beco aprontando muito e a S. pequenininha. Eu chamei atenção dela e ela não gostou. Ela ficou com ódio mortal de mim. Aí ela passou e tava muito ruim, doente. Eu subi, fui lá na casa do D. e falei: 'Eu vou lavar umas vasilhas para você e trouxe uma sopa, você come uma sopa pra ver se você reage'. Ela foi e falou chorando: 'Nossa, como é que você veio fazer isso para mim? Eu te xinguei tanto'. Eu disse: 'Se eu tenho capacidade de te ajudar eu não posso lembrar que você me xingou. Eu não aprendi assim'. Tenho que vir exatamente por isso. É porque ninguém gosta de você. Como é que eu vou deixar você vai morrer à míngua?". (M7)*

A solidariedade pode ocorrer nas mais diferentes situações de desafios: *"A vizinha aqui do lado, a N. [...] quando precisa de alguma coisa, me pede. 'Me empresta isso? Estou precisando de acabar de fazer um macarrão que acabou meu gás. Deixa eu fazer uma comida aí até tal dia.' Entendeu?" (M6)*

"Eu já ajudei bastante gente... Minha prima que morou aqui um bom tempo, uma colega minha que veio, que ficou aqui, a M.". (M6)

"[] tem pessoas que são amigas. A dona M., quando a gente ficou doente com tuberculose ela ajudou muito. Ela fez muito chá. A tia L. fez muito chá. Até dinheiro ela dava. Às vezes a gente tinha que ir no médico [...] ajudou bastante. Muito, muito mesmo". (M9)

"(Estava em casa) e veio o P correndo... E disse: 'Quero 2 litros de água para dar o cachorro.' Aí eu (pensei): 'Oh Senhor, a caridade tem que ser bem feita.' Então disse para o P.: 'Oh P., você quer um café, meu filho?'. 'Se a senhora quiser... Isso me dá um prazer Me dá, eu aceito'. Ele ficou todo feliz e eu, mais feliz ainda". (M3)

Não são iniciativas pontuais e descompromissadas, mas uma responsabilização com a causa do outro: *"Tem dois anos e meio que cuido dela todo dia. O dia que eu não fui lá foi num sábado. Aí ela caiu no chão e ficou tudo roxo. Aí fiquei com aquele negócio na cabeça.*

Falei que é por minha causa. Se eu tivesse lá ela não ia cair. Fiquei sentindo mal, preocupada”. (M4)

Um aspecto que sustenta a postura solidária das pessoas da comunidade refere-se à dimensão religiosa. Ela não só fortalece, mas dá significado às ações solidárias:

“Pelo que Deus faz por nós, a gente faz muito pouco pelo nosso próximo. Muito pouco!!! (Choro)... Porque você não está vendo, mas Deus vê. Deus vê tudo o que a gente faz”. (M3)

“Você não pode medir caridade. Caridade é uma coisa feita com amor. Independente de onde for. Se falar com você: ‘Cê tem que ir num lugar que você odeia todo mundo’, você vai!”. (M7)

Elas apontam as redes não como construções casuais, mas ao contrário, resultado de uma construção intencional e paulatina, feita no dia a dia, na história de alegrias e tristezas da pessoa. Isso é comparado por eles a um investimento como plantar algo: *“As pessoas que eu achei é porque eu já plantei há muito tempo. Eu plantei mesmo. Porque não é qualquer pessoa que faz isso não (receber seus filhos por anos em casa enquanto reformava a casa). Sobre esse problema (a reforma) só gente assim mesmo... sabe...”. (M2).*

“(Quando uma vizinha passou mal) Eu que descii com ela. Aí chegou lá na maternidade disse a ela: ‘Não estou fazendo isso porque você fez. Estou fazendo isso porque eu senti no meu coração de te ajudar’. Porque eu não sei de amanhã para hoje se acontecer a mesma coisa comigo. Se você tiver ali se você vai me abraçar como eu te abracei”. (M5)

5.2.3 Relações de solidariedade e confiança relacionadas à participação das mulheres na ong: a produção da saúde no cotidiano

5.2.3.1 As Instituições como fatores de segurança

As participantes da pesquisa apontam que a presença de instituições sociais na comunidade, como a ONG, estimula fatores de proteção social para seus filhos e de segurança

diante desafios vividos por elas:

“[...] nossos filhos [...] vocês (se refere à ONG à qual pertence) acolhe também. Acolhe muito bem. Nossa. Tipo assim, uma mãe pode sair tranquila para trabalhar e você tem ciência de que seu filho não tá na rua, fazendo nada de ruim. Tá com a mente ocupada, num ambiente bom” (M8).

“A coisa boa (no bairro) que eu acho é a ONG mesmo. Porque a ONG dá... dá muita oportunidade aos outros. Sei que posso contar com vocês. Esse curso de empregabilidade (projeto de geração de renda para mulheres) ajuda a pessoa bastante” (M4).

5.2.3.2 A ONG como facilitadora de acesso à saúde

Uma das ações da ONG apontadas pelas participantes na pesquisa foi a facilitação no acesso a consultas, exames e medicamentos. Diante dos desafios de acesso na UBS local por limitação de vagas e ausência de remédios na farmácia, essa iniciativa é muito valorizada pelas participantes:

“A ONG, através da N., marca médico. Ela marcou médico e eu só fiz o exame de sangue. Estou buscando fazer o raio X da perna. Se não conseguir, estou esperando arrumar dinheiro para pagar. A M. (voluntária da ONG) ajuda com o cartão (agendamento de consultas). Eu conversei, peço ela e ela marca”. (M4)

“No posto está em falta, não sei... de ginecologista. Estou tentando marcar com a N (da ONG)... Quería ver se a N. (voluntária da ONG) marcava para mim”. (M11)

”[...] eu tive ajuda das meninas (ONG). Depois eu tive que ir no médico trocar remédio, que não era aquele... Que não tava bom [...]. a ONG, fez uma campanha e me ajudou com os medicamentos, que eu não tinha dez centavos”. (M1)

“Ohh, quando acontece alguma coisa de remédio eu peço a M. (voluntária da ONG)”. (M5)

5.2.3.3 Os projetos da ONG

A ONG possui uma rede integrada de projetos de enfrentamento à pobreza na comunidade. São projetos de reformas das casas, atendimento jurídico, prevenção à criminalidade com arte e ciência, empregabilidade para mulheres, acesso a consultas e exames médicos e medicamentos e atendimento veterinários para os animais. As participantes da entrevista fazem parte dessa rede de projetos e identificam isso como uma oportunidade de desenvolvimento:

“A coisa boa que eu acho é a ONG mesmo. Porque a ONG dá... Dá muita oportunidade aos outros (empregos)”. (M4)

“Quando eu mudei para cá eu estava com problema de infiltração aqui dentro. Eu conversei com a N. Pedi a N. para me doar areia e cimento. Ela me doou para fazer cimentação na laje” (M8)

“Sim, consegui minha casa através da ONG. Além de reformar toda minha casa, ainda conseguiram outra para eu ficar durante a obra”. (M11)

“Foi através da ONG, a Dona N. Ela vinha trazer verdura... Reformaram banheiro e cozinha em minha casa. Vocês ajudam com meus netos dando emprego e evitando os problemas deles (drogas)”. (M2)

5.2.3.4 A ONG como fortalecedora das redes sociais locais

As participantes da pesquisa apontam que, apesar da forte rede de amizades na comunidade, a ONG contribui para ampliar e fortalecê-la. Nos espaços de reunião, rodas de conversa e eventos da ONG, as mulheres conhecem novas pessoas, superam barreiras com moradores ou aumentam vínculos. Tudo isso contribui para fortalecer a rede comunitária de solidariedade.

“Lá faço amigos que me ajudam nos momentos difíceis. Mas também que eu possa ajudar”.

(M9)

“Em um projeto da ONG eu conheci outras pessoas do próprio bairro. A M., eu já conversava. A V. e a B., eu só conhecia de vista. A M., eu só via fazendo fofoca e hoje está um pouco mudada”. (M6).

“Vai criando uma amizade ali. Ali dentro... Porque para fora não. Ali dentro. Uma vai entendendo a outra, os problemas da outra. Vai conversando. Palestra... Ai você dá sua opinião, o que você acha. É assim o grupo”. (M5)

“Tem amizade entre as meninas (participantes da ONG), sabe? A gente pode contar uma com a outra. Uma se comove com o problema da outra. Ali, tenta entrar junto. Mas nem sempre pode, sabe? Isso é uma coisa que a gente tem muito lá. Lá a gente tem. Uma quer saber o problema da outra, a outra quer contar, a outra quer desabafar”. (M1)

“Ai eu venho para cá, converso com a N. e a M. (voluntárias da ONG). Todo mundo me apoia, me dá uma palavra de conforto. Eu me sinto bem aqui”. (M4)

5.2.3.5 As rodas de conversa do projeto Vida Plena

Uma das bases do trabalho da ONG no bairro são as rodas de conversa. Todos os projetos possuem esse espaço. Os espaços apresentam como base um tema de desenvolvimento pessoal e social. As participantes da entrevista frequentam uma roda semanal com temas específicos para mulheres da comunidade. São temas escolhidos por elas e o espaço tem como facilitadoras as psicólogas da ONG e profissionais convidados para mediar cada tema.

“Na ONG, as pessoas sabem conversar. Até para falar de fofoca... Vocês sabem interpretar outras coisas para quem não tem a mente aberta. Ali é um lugar para abrir a mente... Eu gosto de ir lá”. (M6)

“Ali, você conversa... E as meninas dizem: ‘Eu fiz isso...’, ‘Eu fui em tal lugar...assim, assim. Foi assim...’. Elas te ajudam a resolver coisas que... Você fica ali, igual a uma boba, sem saber o que fazer. Sei lá...É, é, é bom. É bom. Elas falam muito, mas é bom. Até no seu dia de

estresse, você perde o estresse lá. Eeee, quando eu entrei para o Vida Plena que eu comecei a ajudar [...] e me fez olhar também um pouquinho mais para mim”. (M1)

“Ele (o projeto) é uma reunião que fala sobre qualquer assunto, fala sobre doença, hipertensão, fala sobre qualquer tipo de assunto. Eu gosto. Eu aprendo bastante também... Adquire mais experiência”. (M4)

“O Vida plena é a gente conversar. Juntar as mulheres da comunidade, conversar, ter palestra, ter entendimento, rir um pouquinho. A gente sair um pouco do nosso mundo, sabe?” (M5)

5.2.4 Itinerários da produção social da saúde: as benzedadeiras e o uso de plantas medicinais

O uso da medicina natural não foi algo construído no bairro, mas remete a uma questão cultural aprendida no meio rural, que alcança a geração das mulheres que residem no cenário do estudo:

“Porque eu nasci e criei na roça. Eu saí de lá tinha 21 anos. Foi lá que eu aprendi. Lá que eu aprendi”. (M3)

“Faço igual a minha avó. Eu aprendi com ela a usar planta e acho que ela aprendeu com gente do mato.” (M7)

“Aprendi com meus pais na roça, a gente bebia muito estas coisas. Aí peguei o costume e faço até hoje”. (M10)

“Igual outro dia, eu estava me sentido empolada, final do mês, por causa de menstruação. Fui no P., pedi folha de algodão. Fiz e tomei um copo. Aprendi com minha tia desde criança. Acho que ela aprendeu com minha avó”. (M6)

O uso da medicina natural está atrelado a alguns nomes de referência na comunidade, como as benzedadeiras e estimuladoras da fitoterapia:

“Uso bastante. Chá. Mais do que comprado. Pra gripe, infecção a gente gosta mais de chá... Dona M., mãe da N. Por que ela é benzedeira, né? Daqui do bairro. Ela tem muito chá medicinal, muita folha, muita erva. Ela me fala o que que eu tenho que fazer, onde que eu vou pegar. O que ela tem, já junta. Ela é ótima para essas coisas”. (M1)

“Gosto... Eu gosto. Não entendo das plantas do mato. A C. sabe. Ela conhece muito mato... Chá de laranja... Chá mesmo, assim. Eu tomo porque os outros me dão”. (M2)

“A Dona C. lá em cima, ela está sempre catando chá. Ela receita para os outros. Ela que tem esse negócio do chá. Ela recolhe o chá para as pessoas que pedem ela. Ela pega e conhece muito remédio de mato que é bom”. (M10)

Existe uma clara preocupação com a saúde das pessoas entre as benzedadeiras. Apesar de estimularem a prática de plantas medicinais compreendem que esta não responde a todas as situações de saúde apresentadas pela comunidade:

“Normalmente, eu uso o chá, se não resolver é que eu levo no médico [...]” (M1).

“Tem umas que vem e diz: ‘Ah eu queria cana de macaco para rins.’ Eu falo: ‘Eu, se fosse você, eu ia procurar um médico’. Porque eu sei que o negócio já está feio e chá nenhum vai fazer efeito. ‘Ah, mas eu tomei outro dia que sua mãe me deu... foi tão bom.’ Mas se voltou tão rápido é bom você procurar um médico. Porque às vezes também você vai ficar dando chá, a pessoa vai engambelando com chá e não vai onde tem que ir”. (M7)

É seminal destacar a relação de confiança estabelecida entre as entrevistadas e as benzedadeiras, as quais são referências de saúde na comunidade:

“Tenho mais confiança nas senhoras daqui do bairro (do que o médico). Ainda mais com o Dr. M. (médico da UBS). Deus que me perdoe. O médico nem olha na nossa cara. Nem olha. Eu, tipo assim, quando estou muito gripada vou no E. que ele tem uma erva, você lava, faz um xarope e bebe. Eu evito ir no médico. Você acorda duas horas da manhã, com esse frio, com chuva e ainda ser maltratado? Eu prefiro ir nessas mulheres e perguntar, que elas falam. É só perguntar a elas que elas sabem de tudo”. (M3).

“Me sinto mais à vontade com elas (as benzedadeiras). Tenho mais intimidade com elas. Porque alguns médicos são educados, mas tem uns que nem na sua cara não olha. Então acaba que a gente não fala.” (M1)

“Acho que com a D. C. eu falo melhor do que com o médico. Me sinto mais à vontade. Porque o médico enche a gente tanto de pergunta”. (M11)

5.2.5 Aspectos fragilizadores da produção da saúde inscritos nas redes sociais e comunitárias

5.2.5.1 A fofoca como anti rede

A fofoca foi o fator mais presente quando a questão era a busca de fatores enfraquecedores das redes sociais e comunitárias:

“[...] hoje eu parei ela para perguntar o que tava acontecendo... Foi fofoca. Foi fofoca que o filho dela estava caindo muito, e isso e aquilo. Já vi que é uma pessoa que pra mim não dá. Agora, a partir de hoje, eu botei na minha cabeça: a partir de hoje eu não olho o filho de ninguém”. (M5)

“Não estava conversando com a M. porque ela arrumou uma fofocaiada com o meu nome. Passou mal aí... Sexta-feira... Quem teve que correr com ela? Nem a mãe dela quis descer com ela. Eu que desci com ela (para a maternidade)” (M5)

“Igual quando vocês falam sobre fofoca lá na vida Plena, as mulheres adoram... porque elas são as mais fofoqueiras... A M. eu só via fazendo fofoca e hoje está um pouco mudada”. (M6)

“(No bairro) Tem desavença, tem fofoca, tem briga, mas aqui acho que é diferente. Esse pessoal tem coração muito bom”. (M8)

5.2.5.2 Dificuldades de acesso pela UBS

O acesso ao serviço de saúde do território também emerge como uma questão que as mulheres citaram como algo que interfere em sua saúde. A ausência de segurança e de vínculo

com a UBS/equipe de saúde desdobra-se na fragilização de uma potencial rede para a produção da saúde, a qual as mulheres denotam não estar presente no cenário estudado.

“Porque esse posto por mim podia fechar. Porque não tem nada. A gente ir lá é perder tempo. Não adianta manter aberto, porque não tem nada. Não chegou nada. Diz que chega o dia tal e quando você volta lá não chegou”. (M2)

“Aí também acorda cedo. Porque 5h, você acordar 5h, lá já tá cheio de gente. Também, por exemplo, só tem quatro marcação. Marcar só 4 pessoas. Aí depois da marcação acaba e tem que voltar no outro dia cedo. Aí desanima”. (M4)

“Tem um no posto, que Deus me perdoe daquele homem! Ninguém gosta dele, gente. Ele nem olha para você... Acaba que você vai lá com um problema e sai com aquele e um pior. Você fica com o psicológico abalado... Além disso, tem o problema da farmácia que só funciona de tarde, exigindo voltar e nem sempre tem o remédio. Pra que serve, então?” (M1)

5.2.5.3 As drogas e as festas

Outra questão apontada como desafiadora são as festas ocorridas em uma rua central da parte alta do bairro.

“Tá agredindo a vida deles com as drogaiada. E é muita coisa errada... É prostituição e droga. É muita coisa errada. Essas coisas atrapalham o bairro”. (M7).

“A bagunça da rua de cima incomoda muito. Outro dia mesmo teve briga com meus filhos”. (M9)

“A bagunça dos meninos é que incomoda de vez em quando. Deixo até de sair de casa”. (M2)

“O som e a bagunça no fim de semana na minha rua é que atrapalha a gente a dormir”. (M3)

6 DISCUSSÃO

A compreensão das redes sociais e comunitárias tecidas pelas mulheres da pesquisa apontou que existe uma forte vinculação das participantes com a comunidade marcada por laços entre os moradores. Existem múltiplas redes sociais e comunitárias que produzem ajuda e proteção aos envolvidos. Essas redes locais são potencializadas pelas instituições presentes no bairro e enfraquecidas, especialmente, pela fofoca. Há, por fim, o costume do uso de fitoterápicos estimulado pelas benzedadeiras e mulheres de referências em plantas.

Esse contexto social da comunidade estudada aponta para a teoria da Produção Social da Saúde (PSS), pois pode ser percebido um processo humano e social, e não simplesmente um fato biológico-natural de produzir-se saúde pelas mulheres participantes da pesquisa. Essa teoria não propõe uma simples relação de variáveis sociais isoladas com eventos de desafios de saúde, mas abrange a coletividade e o caráter histórico-social do processo saúde-doença (ROCHA; DAVID, 2015).

Ao observar a realidade destas mulheres, percebemos que existem diversos fatores sociais, como as redes solidárias, a atuação das tias e benzedadeiras, as rotinas de conversa nas calçadas nos fins de semana e a lógica da família estendida, que influenciam diretamente em seu processo saúde-doença. Afinal, a saúde é um fenômeno eminentemente humano que depende do contexto social, da história de vida individual e das relações da pessoa (ROCHA; DAVID, 2015).

As mulheres participantes da pesquisa apresentam uma relação positiva com o bairro. Não negam os desafios locais, mas fica claro que eles são, para elas, menores do que os ganhos de ali residir. Apesar de apontar ganhos estruturais, como morar perto do centro e ter oportunidades de estudo e renda, os maiores ganhos são subjetivos, oriundos da história, dos valores e costumes adquiridos naquela comunidade. Nepomuceno et al (2017) sinaliza que vários estudos têm demonstrado que o sentimento de comunidade é um elemento protetivo de pessoas e coletividades, gera o fortalecimento das redes comunitárias e do apoio social e produz em seus constituintes satisfação, qualidade de vida e bem estar.

Segundo Sarti (2017), a periferia é um espaço impregnado de relações tradicionais refeitas para se adequarem à ordem da cidade. Essa capacidade de preservarem-se relações com traços tradicionais faz do bairro pesquisado um espaço tão atrativo para as pesquisadas,

além de gerar benefícios que superam os desafios da fofoca, da falta de segurança e das limitações nas políticas públicas. Por isso, morar no bairro não é uma ausência de opção, mas as participantes desta pesquisa apontam que escolheram morar ali.

O pertencimento e prazer em ser da comunidade são comprovados pela rotina das mulheres, marcada por poucas saídas para outras regiões. Assim, grande parte da rotina, incluindo compras e diversão, ocorre dentro da comunidade. Esse comportamento foi também identificado na pesquisa de Sarti (2017), que, ao analisar famílias da periferia de São Paulo, identificou uma forte sociabilidade entre os moradores que minimiza a necessidade e o desejo de sair da comunidade. A tendência a realizar compras na comunidade não ocorre somente pelas facilidades de prazo e deslocamento, mas pelo vínculo que possuem com os comerciantes locais, o que reforça o sentido de pertença.

Uma das bases da qualidade de vida local é a amizade, entendida como conhecer, ser conhecido e respeitado por todos. Amaral (2015), estudando as relações em periferias, aponta que as amizades possuem peso igual ao da família na geração de suporte material e emocional para a sobrevivência.

Um espaço significativo na rotina das mulheres é o bate papo e a convivência na calçada. Ele tem um significado especial para elas, não sendo simplesmente o local público de trânsito na comunidade. É um momento lúdico/terapêutico, em que elas constroem rodas de conversas periódicas. Sentadas no chão, elas se abrem, ouvem conselhos, refletem sobre seus desafios, atualizam as informações da comunidade e confraternizam com comida e bebidas. Além disso, há um espaço com datas semanais fixas para ocorrer com significado tão marcante, a que foi referido como “psicólogo de pobre” ou “postinho”, alusão à UBS produzida pelos próprios moradores.

Para Pinheiro, Schwengber e González (2018), esses espaços de lazer possuem significados muito específicos de cada cultura e comunidade, estando ligados a processos sociais e históricos. São espaços de cuidado próprio, a partir do movimento de voltar seu olhar para si, examinando as próprias histórias de sua existência. A alusão a um profissional e a um equipamento de saúde aponta como esse espaço contribui para a produção social da saúde destas mulheres e, por isso, possui um significado tão importante em sua rotina.

Ao estudarem o espaço público e privado nas favelas Peregrina, Brito e Silveira (2017) apontam que o tecido urbano complexo de regiões como as favelas com moradias muito pequenas e próximas, vias subdimensionadas, criam espaços de sociabilidade onde público e

privado confundem-se. Há, então, o cenário em que as ruas são vistas como continuação das casas e tornam-se espaços semiprivados, ao passo que a maioria dos terraços das casas pode constituir espaços semipúblicos.

A comunidade pesquisada é vista na cidade como local perigoso e, portanto, temido. Apesar dessa imagem e de estudos apontarem as periferias como espaços violentos e perigosos (TOMNAZI; VELAZCO, 2016), existe, por parte das pesquisadas, visão do local como espaço de segurança para si. Seu relato aponta para a ausência de grandes líderes do crime organizado, mas existem pequenos pontos de venda de drogas, mantidos por moradores da comunidade que, obviamente, compõem as RSC. Essa possível ausência do crime organizado ajuda a explicar a força das redes sociais e comunitárias, haja vista que estudos apontam a limitação das RSC em locais com essa realidade (MARTINS, 2017).

Amaral (2015), estudando a vida de jovens na periferia, aponta a grande capacidade de adaptação e construção de arranjos de sobrevivência dos moradores da periferia diante de desafios como a violência. Essa capacidade permite minimizar os efeitos de conviver em contextos desafiadores. São estes arranjos que permitem o sentimento de segurança de algumas participantes da pesquisa, mesmo diante dos desafios existentes na comunidade.

Uma questão chave para entender a comunidade é o conceito ampliado de família. Esta não é composta somente pelas pessoas com laços consanguíneos, mas por todos aqueles em que se pode confiar. Nesse sentido, não é um simples arranjo para a sobrevivência material, mas o substrato de sua identidade social. Fazem parte da família todas as pessoas com que se estabelecem relações com base em obrigações mútuas e recíprocas (SARTI, 2017). Por isso entram vizinhos, amigos e padrinhos/madrinhas. Hita (2016), estudando mulheres negras residentes em regiões vulneráveis na Bahia, aponta a vivência da família extensa com algumas mulheres assumindo o papel de mãe coletiva ou social. Especialmente porque essas mulheres executam funções de cuidado e proteção não só de parentes de sangue, mas de amigos e vizinhos.

A força da família como agente de proteção e cuidado nessas comunidades contrasta-se com as imagens sociais negativas tecidas sobre famílias pobres. Dapieve, Mendes e Dalbosco (2016) apontam a tendência de interpretação dessas imagens como desestruturadas e disfuncionais. Segundo as pesquisadoras, isso ocorre por estereótipos classistas. Estes insistem em atribuir à pobreza o mal social associando-a à violência, à disfuncionalidade familiar e à degradação moral. Todavia, ao contrário dos estereótipos, a comunidade pesquisada, sob a visão das mulheres, tem como marca uma experiência intensa e funcional

de família.

Amaral (2015) aponta como em periferias os laços construídos com os amigos são comparados aos laços familiares, recebendo estes a denominação de “mano”, fazendo alusão a irmão. As participantes da presente pesquisa também possuem o costume de nomear pessoas da comunidade como membros da família. Existem, no bairro, figuras especiais, formadas por mulheres de mais idade que exercem uma certa maternidade expandida a todos da comunidade.

Das onze mulheres entrevistadas, dez possuem famílias matrifocais, o que corrobora a força da chefia feminina na comunidade. A interligação dessa característica com a família expandida gera a figura das “tias”. Elas cuidam constantemente de quem vive desafios, especialmente de saúde ou nos relacionamentos. Ensinam, cuidam, receitam chás, ouvem e aconselham quem vive angústias. Essas mulheres recebem um título especial de “tias” ou “avós”. Vivem, na verdade, uma maternidade coletiva sendo vistas como “mãe de todos” (HITA, 2016). Elas atuam como agentes de saúde através de ações de educação, cuidado e mobilização para boas práticas de saúde. Tornam-se, algumas vezes, referência também na questão espiritual, quando benzedadeiras ou rezadeiras.

Outra marca que reflete o pertencimento das mulheres à comunidade são as relações de compadrio nela estabelecidas. As madrinhas podem assumir um papel complementar ao dos pais, sendo, portanto, parte da família. Sarti (2017) aponta que a madrinha constitui uma rede familiar ampla na periferia.

É no seio deste clima de amizade e família extensa que ocorre uma característica marcante na comunidade: uma intensa vivência de solidariedade. Não é somente um sentimento solidário, mas uma capacidade avançada de se comprometer com o outro diante de suas necessidades. Amaral (2015) defende que a precariedade existente na realidade da pobreza é um importante estimulador de fortes práticas solidárias. Elas não se resumem a emprestar um alimento, transportar alguém até o hospital ou ajudar em um mutirão de concretagem. Tratam-se, segundo o autor, de iniciativas bem mais complexas.

As participantes da pesquisa relatam situações como deixar alguém cozinhar por vários dias na sua cozinha diante da ausência de gás, receber uma pessoa em sua casa por dois anos enquanto sua residência é reformada e assumir o cuidado diário de alimentação, banho e remédios durante todo o período de longas enfermidades de vizinhos. Tudo isso sem solicitação de investimento financeiro ou outro benefício, simplesmente por ser morador da

comunidade e compor a rede.

Para Singer (2001), em um mundo capitalista, a solidariedade é a arma dos desprovidos de capital. Diante de uma vida em constante ameaça e da falta dos seguros que dão aos não pobres tranquilidade, confiança e esperança no futuro, os pobres utilizam a solidariedade como instrumento compensador.

Portanto, a solidariedade na comunidade é proativa, pois não precisa ser acionada. Ao identificarem alguém vivendo um desafio para além do aceitável, existe uma articulação entre as mulheres para intervir na situação. Até mesmo tensões anteriores e inimizades não anulam a solidariedade. Na verdade, o desafio do outro é uma oportunidade para superar a tensão vivida. Existe uma consciência da seriedade da missão de agir diante da necessidade do outro. Logo, a solidariedade não é vista como um favor pontual, mas uma missão devida por todos os que ali vivem.

Para Sarti (2017), um dos fundamentos da ordem social para os pobres é a reciprocidade. Ela é a marca das sociedades tradicionais e persiste não somente como mecanismo de sobrevivência, mas como uma característica de nossa sociedade. Roberto da Matta (1997) aponta que em uma sociedade onde a esfera pública não substitui o padrão de relações personalizadas persistem os valores tradicionais.

Essas relações tradicionais atuam como uma retradução do mundo capitalista em termos de relações de reciprocidade. Nesse sentido, convivem com as lógicas capitalistas não como um dilema, mas como uma articulação dual. Fonseca (2018) lembra que a reciprocidade costuma não ser somente uma característica de comunidades pobres, mas uma condição para compor o grupo; quem rompe essa lógica corre o risco de ser expulso.

Numa realidade de múltiplos desafios, a ajuda mútua é constante e pode salvar a vida da pessoa. É dentro desse contexto que as ajudas são vistas como respostas de apoios passados ou um investimento, sem exigência de resgate, em futuros desafios. A reciprocidade não é uma troca direta, não se baseia em uma análise numérica, o que permite que a ação seja sempre vista como sem exigência de retorno. Segundo Sarti (2017), é uma cadeia difusa de obrigações morais em que se dá, na certeza de que de algum lugar virá a retribuição, tendo na crença em Deus a garantia de continuidade da cadeia.

Ao analisarem-se, conjuntamente, o forte vínculo com a comunidade, a relação de amizade entre os moradores, a lógica de uma família extensa ligada por múltiplos laços de parentesco, compadrio e vizinhança com a marcante vivência da solidariedade na rotina da

vida das entrevistadas, nota-se o contexto para a formação de múltiplas redes sociais na comunidade. Segundo Melo, Melo e Vilar (2018), elas podem existir de diversas formas e são sistemas de trocas e apoio com base na reciprocidade.

A comunidade é constituída por múltiplas redes, como a dos vizinhos, da família extensa, das madrinhas e tias, e as condições de inserção não são iguais, nem sempre bastando residir na comunidade. Uma rede é um sistema não fixo ou preestabelecido e em constante construção (PINHEIRO; GUANAES, 2011). A base é a reciprocidade, ou seja, a possibilidade ou abertura para também agir, ajudar e contribuir quando for possível. Logo, é preciso iniciativa da pessoa e aceitação dos demais membros. Marteleto e Slotz (2009) caracterizam a entrada na rede como um processo ligado à socialização do indivíduo, que é autônomo, espontâneo e informal.

O nível de participação nas múltiplas redes é específico de cada mulher, a depender de fatores como tempo de moradia, idade, personalidade, número de familiares residentes no bairro, atitudes de reciprocidade da pessoa, dentre outros. Por isso, nem todas as participantes estavam plenamente inseridas nas múltiplas redes e isso influenciou sua qualidade de vida relatada ao viver na comunidade. As menos inseridas foram as que apontaram avaliações menos positivas de residirem ali. Ademais, foram também as que mais apontaram a fofoca como desafio.

Segundo Menezes, Moré e Barros (2015), a rede social estimula a construção de condutas adaptativas em situações de crise, estresse e doenças. As participantes da pesquisa apontam a rede como produção de alternativas que compensem, ao menos em parte, os efeitos das iniquidades sociais vividas. Dessa maneira, constituem-se como caminhos de qualidade de vida e produção de saúde para as mulheres. O impacto das redes sociais e comunitárias é tão grande que seu empobrecimento é um determinante social de saúde tão nocivo como o fumo, a hipertensão, a obesidade e o sedentarismo (GEIB, 2012).

Um dos fatores locais que têm diálogo e impacto nas RSC é a ONG em que as participantes da entrevista inserem-se. Fundada na comunidade em 1997, ela executa diversos projetos que geram múltiplos espaços de reuniões, rodas de conversa, formações e visitas. As participantes da pesquisa frequentam alguns desses espaços de acordo com suas vulnerabilidades. Diante das múltiplas inseguranças geradas pela pobreza, os projetos foram apontados como promotores de suporte, apoio, segurança e tranquilidade para as participantes. Esse resultado é corroborado por Sousa (2016) em um estudo do impacto de uma ONG em Uberlândia – MG sobre a qualidade de vida dos moradores de uma periferia. Foram

encontrados resultados positivos no público em termos financeiros, sociais, emocionais e éticos.

Um dos projetos da ONG, atendendo à grande demanda dos moradores por consultas e exames, viabiliza acesso a exames e consultas através de uma rede particular de parceiros. Essa ação, apesar de caminhar na contramão da principal missão apontada para as ONGs, que é a luta por direitos e fortalecimento das políticas públicas (CRUZ, 2017), tem impacto na produção de saúde de suas participantes, como é possível observar a partir de seus relatos. A associação também realiza campanhas de arrecadação de medicamentos ou recursos para sua compra, auxiliando as participantes na manutenção de tratamentos. Ao estudar o impacto das ONGs em populações de baixa renda, Almeida e Lima (2019) apontam sua contribuição para condições básicas de uma vida saudável, especialmente para mulheres, jovens e crianças.

Os projetos da ONG propiciam às mulheres o conhecimento mais profundo de outros moradores, gerando vínculos e permitindo uma melhor compreensão de suas histórias e desafios. Isso é confirmado pelo estudo de Santos (2015), ao avaliar o papel das ONGs no enfrentamento da exploração sexual infanto-juvenil em Joao Pessoa - PB, que apontou para o aspecto mobilizador das vítimas no que tange à luta conjunta pelo enfrentamento dessa realidade.

O espaço de partilha periódico organizado pela ONG estimula o surgimento de iniciativas de proteção e promoção organizadas pelas próprias mulheres. Isso aponta um fator chave das redes sociais e comunitárias: a coordenação horizontal de iniciativas pelos diferentes atores envolvidos (MARTELETO; SLOTZ, 2009). Tudo isso, assim, contribui para fortalecer não só sua participação nas redes locais, mas seu impacto social na comunidade.

A ONG, com seus diversos projetos, influencia a qualidade de vida das mulheres, seja pela melhoria das moradias através de reformas, por oportunidades de emprego ou por ações de prevenção à criminalidade e ao uso de drogas. Tudo isso impacta diretamente na saúde das mulheres e de suas famílias, pois seu contexto de vida e suas relações cotidianas influenciam diretamente no aspecto saúde-doença-cuidado de indivíduos, famílias e comunidades (GARBOIS; SODRÉ; ARAIJO, 2017). As atividades da ONG potencializam o que Marteleto e Slotz (2009) chamam de “cuidado comunitário”, que significa uma revalorização da função cuidadora das mulheres e dos laços de solidariedade entre pessoas de grupos sociais mais pobres frente a uma assistência à saúde estatal deficitária.

Uma outra questão a ser pontuada se refere à dimensão religiosa, entendida como uma possível rede social que conflui para a produção social da saúde. Entre as mulheres entrevistadas três frequentam igrejas e, destas, somente duas na comunidade, tendo a possibilidade de inserirem-se em outras redes locais. Dessa forma, o tema religioso não é predominante na formação de redes das mulheres entrevistadas. A literatura, no entanto, tem tematizado a religião ao investigar redes em comunidades com alta vulnerabilidade, apontando-a como uma dimensão essencial nesta trama. Estudando a favela de Paraisópolis, em São Paulo, Almeida e D'Andrea (2014) apontam que as redes religiosas são as que constituem o vínculo associativo de maior alcance nesse local, mostrando-se muito maiores do que as associações e ONGs, especialmente as redes construídas pelas denominações evangélicas. Isso ocorre por sua maior frequência, com encontros semanais, e pelo costume de estimular relacionamentos amorosos e amizade entre seus participantes. Entretanto, referem se tratar de redes mais excludentes, pois nem sempre se abrem a pessoas de outras denominações religiosas (ALMEIDA; D'ANDREA, 2014).

A fim de que se possa entender a produção de saúde das mulheres entrevistadas, é preciso também compreender a relação que estabelecem com a Unidade Básica de Saúde da comunidade. A UBS local tem modelo tradicional, não possuindo Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia visa à expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, aprofundando seus princípios, diretrizes e fundamentos. A ESF vem ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012), devendo suas ações serem pautadas nas prerrogativas da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2013), com ênfase para o acolhimento. A ausência do acolhimento na UBS do bairro onde foi realizado esta investigação influencia no acesso às pessoas da Unidade, que não são atendidas após preenchimento do número baixo de consultas ofertadas. Isso desdobra-se na geração de grandes filas e exige que os moradores cheguem ainda de madrugada para garantir uma vaga. Tal fato conflui para que a unidade de saúde do bairro deixe de ser referência para várias participantes do presente estudo, gerando um tropismo para a Unidade de Pronto Atendimento em um bairro próximo, mesmo em casos que não remetam atendimento de urgência e emergência.

A PNH (BRASIL, 2013) define que acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. Aponta, também, que o acolhimento deve sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Segundo a PNH, todos devem ser atendidos com prioridade a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, o que,

aparentemente, não ocorre na UBS do bairro, conforme os relatos. Apesar de a Unidade Básica de Saúde estar no território dessas mulheres, seu acesso a elas é incipiente e a ausência da Estratégia de Saúde da Família potencializa este entrave.

Contrapõe-se a esta evidência o fato de a saúde ser um direito fundamental, garantida constitucionalmente como dever do Estado. Neste ensejo, as políticas públicas e as estratégias para implementá-las, como a saúde da família, são pensadas para que o Estado possa cumprir as garantias sociais previstas na constituição e fortalecidas a partir da instituição do SUS (VIEIRA, BENEVIDES, 2016).

Os desafios vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde, acessados indiretamente por meio do relato das participantes, permite inferir que o direito à saúde e o acesso a ele ainda não é universal. A Atenção Básica, de modo particular, tem como objetivos a assistência integral contínua e com resolubilidade, com maior vínculo dos profissionais à população (BRASIL, 2016), o que não se evidenciou na relação da UBS do bairro cenário deste estudo com o grupo social estudado. (BRASIL, 2012)

É preciso refletir que os desafios na UBS Dom Bosco podem também guardar relação com o contexto de crise econômica, social e política em que se encontra o Brasil. Nesta direção Fernandes de Souza e col (2019) afirma que o país não dispõe atualmente de um sistema realmente único de saúde, mas apenas de um conjunto de serviços fragmentados que disputam os mesmos recursos, impactando na legitimação da integralidade, equidade e universalidade do SUS.

Portanto, a não atuação do papel do Estado na garantia do direito à saúde frente às necessidades apresentadas pelas participantes desta investigação aponta uma lacuna que implica o campo da saúde coletiva, ao evidenciar que a epidemiologia local e as questões sociais que atravessam esta realidade carecem de políticas públicas que possam responder, no território, às demandas de saúde da população. A APS neste sentido precisa ser fortalecida, pois quando qualificada é capaz de responder a cerca de 85% dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2016) - (BRASIL, 2012)

Temos então um cenário que enfraquece a referência da UBS para a prevenção e cuidado de saúde das participantes da pesquisa. Ao mesmo tempo, temos uma história de uso de plantas medicinais trazidas pela origem rural de muitas famílias. Segundo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS, a fitoterapia é uma "terapia caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal"

(BRASIL, 2006, p.18). Este não é um costume recente, mas derivado da origem rural dos antepassados dessas mulheres. Por isso, não nasce de um simples processo adaptativo local diante dos desafios no acesso a tratamentos e fármacos no SUS.

O uso da fitoterapia não ocorre somente pela rica diversidade de plantas nas comunidades (BRASIL, 2006), mas, principalmente, por ser o único recurso de que muitas comunidades dispõem (DE AZEVEDO, 2013) e do grande custo dos medicamentos (BARRETO et al., 2016). Na comunidade, há algumas pessoas de referência no uso de plantas medicinais. Isso se deu pelo fato de essas mulheres possuírem uma prática pessoal de uso das plantas e canteiros em suas casas com algumas variedades. Dessa maneira, foram-se tornando referência no fornecimento de plantas em situações de necessidade.

Cardoso e Amaral (2019), pesquisando o uso de fitoterápicos na gestação, citam a presença de parteiras e curandeiros locais como um dos fatores estimuladores do uso de plantas medicinais junto a populações de baixa renda. É importante apontar que essas mulheres estão plenamente integradas nas múltiplas redes locais, como a das madrinhas, das tias e da família extensa.

Junto às mulheres de referência em plantas, há as benzedeadas, que adotam uma prática antiga, com somente duas referências na região pesquisada. Elas são grandes promotoras da fitoterapia, pois o ritual de benção está sempre interligado com o uso de plantas. Em relação às benzedeadas, Leite e Junior (2015) apontam seu afastamento dos centros de saber-poder. A marginalização dessas práticas ocorre pela pressão do biopoder dentro de uma lógica de desenvolvimento científico e medicinal. Diante disso, houve uma inviabilização da atuação das benzedeadas e a construção de um discurso que atribui a elas uma lógica de charlatanismo (LEITE; JUNIOR, 2015).

Na comunidade, as mulheres de referência em plantas e as benzedeadas possuem dois grandes papéis na produção de saúde das mulheres participantes da pesquisa: primeiro, o de prevenção e investimento em saúde, pois elas multiplicam orientações e práticas de prevenção a diversas enfermidades e agravos de saúde; e segundo, o de atuarem no primeiro passo de cuidado das enfermidades básicas da população. A postura de uma benzedeadas, então, mostrou não haver um desligamento entre o uso dos fitoterápicos e o acesso via UBS. Ela pontou que quando se identifica que o uso das plantas não atendeu à queixa da pessoa, deixa de fornecer a matéria prima e a orienta a buscar atendimento na UBS.

As entrevistadas apontaram buscar primeiro as benzedeadas e utilizarem as plantas

medicinais. Apenas quando isso não atende à demanda é que buscam o sistema formal de saúde, o que ocorre especialmente pelo vínculo e confiança que possuem nas benzedadeiras e mulheres de referência. Elas se sentem mais acolhidas, mais à vontade, para relatarem os sinais e sintomas e apresentam maior facilidade em compreenderem as orientações. Os desafios de acolhimento, ambiência e a ausência da ESF na UBS do bairro fazem com que nem sempre ela seja uma referência para as entrevistadas, mas uma opção quando as construções locais não dão conta de atender à demanda vivida.

As grandes limitações no modelo de gestão da UBS tornam-na pouco efetiva na produção de saúde dessas mulheres. Isso, indiretamente, acaba fortalecendo as RSC, por aumentar o peso das mesmas no atendimento às demandas das mulheres. Neste sentido, a mulher constrói um itinerário de produção de saúde que passa pelas benzedadeiras, pela fitoterapia e, quando tudo isso não a atende, busca a UBS ou a Unidade de Pronto Atendimento.

Existem também na comunidade, a partir do relato das mulheres, fatores que enfraquecem as redes. Dentre eles, o mais apontado foi a fofoca, que não pode ser vista somente como um obstáculo às redes; é um mecanismo de controle e de limite das redes locais, pois limita os nós da rede. Pereira e Lourenço (2018), estudando os nordestinos em Orlandia – SP, apontam a fofoca como um instrumento de controle sobre o acesso dos moradores a um espaço social de lazer e é usada para afastar membros menos desejados. Sarti (2017) aponta que a fofoca é a arma dos oprimidos, especialmente das mulheres, em contraponto à força física dos homens, pois através dela é possível atentar-se contra o que há de mais íntimo no indivíduo: a imagem que ele faz de si (SARTI, 2017). Ela forma uma rede paralela que estabelece um certo controle às demais redes. Comerford (2014), estudando as conversas entre pessoas na região da Zona da Mata mineira, apresenta a fofoca como um brincar de dizer que fazem, querendo dizer que não fazem. Ademais, aponta que a fofoca estabelece um controle das relações e do próprio jeito de falar.

Outro limitador às RSC é a violência relacionada às drogas. Isso foi apontado pelas pesquisadas através das festas que ocorrem especificamente numa rua da comunidade. ocasionalmente numa rua central da comunidade. São eventos que atrapalham o sono, a rotina e o sossego da comunidade, estimulam o uso de drogas e a criminalidade nos jovens. Sawaya, Albuquerque e Domene (2018) apontam a violência em comunidades como importante limitador na produção social da saúde de comunidades com limitação de trânsito de equipes de saúde e de moradores em datas específicas, pelo movimento do tráfico. Já Almeida, Peres e

Fonseca (2019b), ao investigarem as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde, apontam que a violência comunitária e as representações a esse respeito interferem na produção dos vínculos intersubjetivos e comunitários, podendo limitar alguns e fortalecer outros.

As mulheres participantes da pesquisa possuem diversos determinantes sociais que impactam negativamente em sua produção social de saúde, como escolaridade, raça, gênero, renda, entre outros. Mas, a partir de seus relatos, existe na comunidade um determinante social que produz saúde: as Redes Sociais e Comunitárias, uma construção local a partir de uma bonita história e de fortes valores morais, mostram-se como fator determinante para a produção social de saúde dessas pessoas. Logo, indicam que espaços de pobreza, tradicionalmente apontados como geradores somente de mazelas sociais (SARTI, 2017), podem gerar práticas produtoras de saúde e de vida.

A presente pesquisa possui como limitadores o critério de escolha das participantes, pois, por conveniência do entrevistador foram escolhidas as mulheres participantes de um projeto social de uma ONG, o que caracteriza uma rede social formal da comunidade. Assim, não houve a participação de nenhuma mulher fora da rede, o que permitiria uma melhor análise dos resultados. Além disso, o pesquisador tem laços antigos com as participantes, com algumas há mais de dez anos. Adicionalmente, é homem, branco e o diretor da instituição de que participam. Isso, sem dúvidas, interferiu nas respostas das participantes.

7 ALEGAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa acessou mulheres vítimas de múltiplas desigualdades sociais: de renda, gênero, raça, escolaridade, acesso a direitos trabalhistas, dentre outros. 72% das participantes vivem abaixo da linha da indigência, ou seja, com recursos inferiores ao valor mínimo para manter as necessidades vitais. Buscou-se compreender como as redes sociais e comunitárias influenciam na produção da saúde dessas mulheres com a particularidade de participarem de uma Organização não Governamental.

Identificou-se, inicialmente, que existe uma forte relação com o bairro, seus valores e rotinas. Sendo assim, não se encontram ali por falta de opção e nem desejam sair do bairro. Elas significam a comunidade como um espaço acolhedor, permeado por laços de amizade e afeto. Isso não só atrai, mas gera segurança e bem estar.

Sobre as rotinas da comunidade, é preciso destacar o rito de encontro periódico nas calçadas, que foi apontado como espaço significativo para a estabilidade emocional e qualidade de vida das mulheres e comparado à ação de um profissional de saúde e de equipamentos como a UBS.

Porém, a marca central da comunidade é a solidariedade. Ela é proativa, vivida na rotina da vida na comunidade e contribui para minimizar os inúmeros desafios vividos diante da pobreza. Ela não se apresenta como uma simples ferramenta de sobrevivência, mas um valor local, uma identidade da comunidade. Ela gera vínculos, elos que ligam as pessoas, formando múltiplas teias e redes comunitárias.

Essas redes são dinâmicas e estão em constante movimento de construção e reconstrução. Não basta morar no bairro para estar nelas inserido, pois existem níveis de pertença diferenciados. É preciso um desejo e investimento da pessoa. As múltiplas redes solidárias num contexto de fortes laços acabam por gerar uma grande família, uma família extensa. Sua marca mais simbólica são as “tias”, mães coletivas que ajudam, protegem e cuidam de todos.

Foram identificadas múltiplas redes sociais, como a dos vizinhos de uma rua e amigos, a das madrinhas e das tias; redes dinâmicas que se interligam, formando complexos mosaicos.

As redes sociais e comunitárias locais são potencializadas pelas instituições presentes

no bairro, especialmente pela ONG de que participam as mulheres. Os projetos da ONG estimulam o fortalecimento das redes através de uma convivência qualificada e da minimização de seus fatores de risco. Ademais, propiciam melhores condições de habitação e empregabilidade para as mulheres. No entanto, como aspectos enfraquecedores das redes, podem-se citar a fofoca e as festas regadas a drogas, que ocorrem ocasionalmente na comunidade.

Por fim, existe o costume do uso de fitoterápicos estimulado pelas benzedadeiras e mulheres de referência em plantas. Essas líderes são referência na produção social de saúde para as mulheres, especialmente diante dos desafios de acolhimento e ambiência da Unidade Básica de Saúde.

A partir desses dados, foi identificado que as redes sociais e comunitárias tecidas pelas mulheres participantes da pesquisa são claros determinantes sociais de sua saúde. Afinal, contribuem de múltiplas formas para sua saúde através de suporte material e emocional para a qualidade de vida, prevenção de morbidades, promoção de cuidados e saúde emocional.

A presente pesquisa aponta para a importância de identificarem-se, valorizarem-se e potencializarem-se as redes sociais e comunitárias em regiões de especial interesse social, pois elas podem ser importantes aliados na produção social de saúde de uma comunidade. Contudo, nem sempre são visíveis ou aproveitadas pelos equipamentos de saúde locais. Aponta, também, para a necessidade de mais estudos buscando compreender como essas redes são tecidas em contexto de ausência de ONGs. Por fim, outra questão pertinente é compreender melhor como os espaços de lazer apontados pelas participantes desta pesquisa produzem socialmente a saúde em regiões de extrema pobreza.

REFERENCIAS

ALMEIDA, C.B de.; LIMA, G.R de. ONGs: prática cidadã ou omissão de um estado regulador? *Periferia*, v. 11, n. 1, p. 240-259, jan./abr. 2019a

ALMEIDA, J.F.; PERES, M.F.T.; FONSECA, T.L. O território e as implicações da violência urbana no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde em uma unidade básica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.28, n.1, p.207-221, 2019b

ALMEIDA, R. de.; D'ANDREA, T.; Pobreza e redes sociais em uma favela paulistana. *NOVOS ESTUDOS N.º 68* p. 94-105. Março de 2014

AMARAL, M de F do. *Jovens de periferia e a arte de construir a si mesmo: experiências de amizade, dança e morte*. Tese de Doutorado. UFRS. 2015

AYRES, J.R.C.M et al. O conceito de vulnerabilidade e as praticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerina D, organizadora. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 121-143. 2009a

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc. [online]*. vol.18, suppl.2, pp.11-23. 2009b

ARAUJO, J.S.; XAVIER, M.P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. *Revista Saúde em Foco, Teresina*, v. 1, n. 1, art. 10, p. 117-149, jan. / jul. 2014

BARBAR, A. E. M. Atenção primaria à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. *Revista Panamericana de salud Publica*. 2018, v.42

BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. *Temas em Saúde collection*. 120 p

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARRETO, A.C.J. O negro na cidade: um estudo no bairro Dom Bosco em Juiz de Fora (MG). *Revista da ABPN*, v. 9, n. 22, p.465-489, mar – jun. 2017.

BARRETO, M.L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(7): 2097-2108, 2017.

BARRETO, B.B. et al. Uso de Fitoterápicos em Medicina Popular. *Interagir: pensando a extensão*, n.11, p. 57, 2016.

BAUMANN, Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BORGHI, C. M. S. de O.; OLIVEIRA, R. M. de.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab. educ. saúde* [online]. 2018, vol.16, n.3, pp.869-897. Epub Aug 13, 2018.

BRASIL. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*, 2008.

BRASIL. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)*

BRASIL. IPEA. *Atlas da violência*. Brasília, 2017

BRASIL. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, *A face feminina da pobreza: sobre-representação e feminização da pobreza no Brasil*. Joana Simões Costa Luana Pinheiro Marcelo Medeiros Cristina Queiroz Brasília, novembro de 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Brasília. *Comunicação e Educação em Saúde Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. Brasília- DF. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília/DF. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. *Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras*. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 – Estabelecem Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legisla/htm>>. Acesso em 20 de novembro de

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE Censo Demográfico 2010 Características da população e dos domicílios Resultados do universo. Rio de Janeiro. 2011

BRASIL. MTPS, IPEA. Nota Técnica Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014. Brasília, 2016.

BUSS, P.M; PELLEGRINI,A.F. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referencia e os trabalhos da Comissão Nacional sobre determinantes da saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9);2005-2008, set. 2006.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, A.F. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológicos. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. Rev. bras. Ci. Soc. 1998 out; 13(38):5-38.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 3-48.

CANABRAVA, C.M. et al. Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1):115-126, jan, 2007

CARDOSO, B.S.; AMARAL, V.C.S.; O uso da fitoterapia durante a gestação: um panorama global. TEMAS LIVRES • Ciênc. saúde colet. 24 (4) Abr 2019

CARVALHO, R.C.;BASTOS, A.C.S.B. Famílias e vulnerabilidades em saúde: questões teóricas, éticas e metodologias para intervenção. Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, 7(2): 72-74 Setembro, 2017

COELHO, A.P.F. et al. Mulheres catadoras de materiais recicláveis: condições de vida, trabalho e saúde. Rev. Gaúcha Enferm. vol.37 no.3 Porto Alegre 2016 Epub 29-Set-2016

COMERFORD, J. Onde está a “comunidade”? Conversas, expectativas morais e mobilidade em configurações entre o “rural” e o “urbano”. Ruris, v8, n2, setembro 2014

CONSELHO NACIONAL DE SAUDE - Consolidado dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde. 2003 . Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/CES_consolidado.pdf Acesso em 13 out 2017

COSTA, M.A.; MARGUTI, B.O. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília : IPEA, 2015. 77 p.

CRUZ, R.A. A reivindicação do direito à saúde pelas Organizações Não Governamentais do Distrito Federal: garantia de direito social ou assistencialismo? *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília*, 6(3):30-47, jul./set, 2017

DALMOLIN et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área de saúde. *Esc Anna Nery*, 15 (2): 389-394, abr a jun. 2011.

DALLARIM S.G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Rev. Saúde Pública*, 30 (6), 1996

DaMATTA, R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997

DAPIEVE, P. N.; MENDES, G. N.; DALBOSCO, D. D. Imagens sociais sobre famílias com filhos em instituição de acolhimento. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 50, núm. 2, 2016, pp. 215-224 Sociedad Interamericana de Psicología San Juan, Puerto Rico

DE AZEVEDO, S.K. S; SILVA, I.M. Plantas medicinais e de uso religioso comercializadas em mercados e feitas livres no Rio de Janeiro, RJ. Brasil. *Acta Botânica do Brasil*, v. 20, n.1, p. 185-94, 2013.

FERNANDES, L.S.; CALADO, C.; ARAUJO, C.A.S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3357-3368, 2018

FERREIRA, V.A.; MAGALHAES, R. Práticas alimentares de mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família na perspectiva da promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*. V.26, n.4, p.987-998, São Paulo, 2017.

FONSECA, J.S.A et al. Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.23 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2018

FONSECA, F. S. de T. Pobreza e tomada de decisão: evidências de uma pesquisa em assentamentos no Estado do Tocantins / Fernando Sergio de Toledo Fonseca. São Paulo. 2018.

FONTES. B. Tecendo Redes, Suportando o Sofrimento: sobre os círculos sociais da loucura. *Sociologias*. 2014; 16(37):112-43

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. *Ditos e escritos V*. Rio

de Janeiro: Forense Universitária, 2004. P. 264-287.

FREITAS, E.R. et al. Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. Reprodução & Climatério. Volume 31, Issue 1, January–April 2016, Pages 37-43

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.ARAUJO, M.D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde debate* 41 (112) Jan-Mar 2017

GALVÃO, J. 2000. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. ABIA, Rio de Janeiro; Editora 34, São Paulo.

GARCIA, R. C. Iniquidade Social no Brasil: Uma aproximação e uma tentativa de dimensionamento. IPEA (texto para discussão), Brasília, agosto de 2003.

GEIB, L.T.C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):123-133, 2012

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F.; Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* 33 (Suppl 2) 02 Out 2017

GODBOUT, J.T. O espírito da dádiva. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.

GOHN, M.G. Sociedade Civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs. Meta: Avaliação | Rio de Janeiro, v. 5, n. 14, p. 238-253, mai./ago. 2013

GONDIM, G.M.M; MONKEN, M. Territorialização em Saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2009

GROOTAERT, C. et al. Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS). Grupo Temático sobre Capital Social. Banco Mundial 23 de junho de 2003

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.DE S. Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. *Saúde Soc*. São Paulo, v.18, n.4, p.707-720, 2009

HITA, M.G.. Mãe-Vó-Bi: chefe de família em arranjo matrifocal negro. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. Anais 2016

JUIZ DE FORA - Prefeitura. Secretaria de Saúde Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães ... et al. – Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p.

KADRI, M.R.; SCHWEICKARDT, C. As Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento à AIDS no Amazonas, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 20 (5) Maio 2015

LACERDA, A. Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública. Escola nacional de saúde Pública Sergio Arouca. 2010.

LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria a prática. 1ed. Porto Alegre: Moriá; 2015. 511p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Capítulo 9. Técnicas de pesquisa: Entrevista. *Fundamentos de metodologia científica*. – 8. ed. – São Paulo: Atlas, p. 213, 2017.

LEITE, J.C.; JUNIOR, L.G.S.L. Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial. *RIF, Ponta Grossa/ PR Volume 13, Número 29, p.50-62, setembro 2015*

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set 2014*

LEÔNIDAS, A.N. Redes sociais de mulheres em situação de violência: contribuições do mapeamento das relações sociais para a atenção em saúde./ Leônidas de Albuquerque Netto. – Rio de Janeiro: UFRJ /EEAN, 2016

LIBERO, H. M. O lado escuro do capital social: implicações sociais e políticas. São Paulo – v. 12, n. 23, p. 53-62, jun. de 2009

LOPES, A. S. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universid

LOPES, A.S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, JAN-MAR 2015*

LOPES, A.A.F.; Empoderamento, Amizade e Cuidado de si. Novas formas de relação de assistência à saúde. Rev. bras. Ci. Soc. vol.33 no.98 São Paulo 2018 Epub July 26, 2018

MARTELETO, R.M.; SILVA, A.B.O. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 3, p.41-49, set./dez. 2004

MARTELETO, R. M.; STOTZ, E. N. Informação, saúde e redes sociais. Dialogos de conhecimentos nas comunidades da Maré. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2009

MARTINS, A.M.B.; ZIONI, F. Comunicação do conhecimento em determinantes sociais de saúde: uma revisão da produção científica. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 2013 - tempus.unb.br

MARTINS, E. Família em situação de risco e rede social de apoio: um estudo em comunidade de periferia metropolitana. Revista @mbienteeducação V. 4, nº 1, jan/jun, 2017: 60-71

MARTINS, P.H. A sociologia de Marcel Mauss: Dádiva, simbolismo e associação. Revista Crítica de Ciências Sociais. 2005 dez; 73:45-66.

MATOS, H. O lado escuro do capital social: implicações sociais e políticas. Líbero – São Paulo – v. 12, n. 23, p. 53-62, jun. de 2009

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: Sociologia e antropologia. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 183-314.

MELO, R. H. V. DE; MELO, M. L. DE; VILAR, R. L. A. DE. Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na estratégia saúde da família. Revista Ciência Plural, v. 4, n. 1, p. 22-35, 6 jul. 2018.

MENDES, M. A. Mulheres Chefes de Domicílios em Camadas Pobres: trajetória familiar, trabalho e relações de gênero. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu -MG – Brasil, de 20- 24 de Setembro de 2004

MENDES, R; DONATO, A,F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. Sanare. ANO IV, N.1, JAN./FEV./MAR. 2003

MENEZES, M.; MORÉ, C.L.O.; BARROS, L. Redes Sociais Significativas de Familiares Acompanhantes de Crianças Hospitalizadas. Atas do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. CIAIQ 2015

MENEZES, M.L.P.; MONTEIRO, G.L. O espaço fora do lugar: uma análise do processo de gentrificação do bairro Dom Bosco e seus impactos para a comunidade local. Scripta Nova

REVISTA ELECTRÓNICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788. Depósito Legal: B. 21.741-98 Vol. XIV, núm. 331 (97), 1 de agosto de 2010

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 261- 297.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORÉ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. V3. 2015.

NEPOMUCENO, B.B. et al. Bem Estar Pessoal e Sentimento de Comunidade: um estudo psicossocial da pobreza. Psicologia em Pesquisa | UFJF | 11(1) | 74-83 | Janeiro-Junho de 2017

OLIVEIRA, M.J.I.; ESPIRITO SANTO, E. A relação entre os Determinantes Sociais da Saúde e a questão social. Caderno Saúde e Desenvolvimento | vol.2 n.2 | jan/jun 2013

OLIVEIRA e col. Discussões sobre o conceito de comunidade relacionado à atuação do enfermeiro: relato de experiência. av.enferm., XXXI (1): 133-140, 2013

OMS – Organização Mundial da saúde. Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde Rio de Janeiro, Brasil - 21 de outubro de 2011

ONU. Flacso. Mapa da violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil. Brasília, 2015

PAIM, J.S. Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil. In: Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, pp. 291-322.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L.A.; Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. v.20, n.2, abr.-jun. 2013, p.653-673

PEREIRA, C.C.M.; SANTOS, J.O.; BARRREIRAM M.I.DE J. S. Empoderamento das mulheres quilombolas: contribuições das práticas mediacionais desenvolvidas na Ciência da Informação. Em Questão, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 114-139, mai/ago. 2016

PEREIRA, B.C.; LOURENÇO, A. “Não vejo eles como diferentes, só não vejo aqui como o lugar deles” Análise do poder simbólico presente nas relações sociais entre estabelecidos e outsiders em Orlandia – São Paulo. Cidades Comunidades e territórios. [Online], 36 | 2018

PEREGRINO, Y.R.; BRITO,A.L.R.; SILVEIRA, J.A.R. O espaço livre público informal como lócus da oportunidade e da integração socioespacial da cidade: o caso da favela Beira Molhada, em João Pessoa – PB. Revista Brasileira de Gestão Urbana, 2017 set./dez., 9(3), 456-473

PINHEIRO, R.L.; GUANAES, C. Rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n. 40, p. 9-25, ago. 2011.

PINHEIRO, N.G.M.; SCHWENGBER, M.S.V.; GONZÁLEZ, F.J. Mulheres rurais: o deslocamento da atenção de ocupar-se de si no tempo de lazer para cuidar do outro. Motrivivência, Florianópolis/SC, v. 30, n. 55, p. 58-74, julho/2018

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Juiz de Fora Sempre: Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG: FUNALFA Edições, 2004.

PRIMO, C.C.P. et al. Redes Sociais que Apoiam a Mulher durante a Amamentação. Cogitare Enferm. 2015 Abr/Jun; 20(2):426-33

QUADROS, M.T.; SANTOS, G.M.N.C. Obstáculos na procura pela esterilização feminina entre mulheres do Bolsa Família. Caderno de Saúde Pública; 33(4). 2017.

RAMOS, S. O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a Aids, a saúde da mulher e a saúde mental. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):1067-1078, 2004

RIBEIRO, K.G.; AGUIAR, J.B. ANDRADE, L.O.M. Determinantes Sociais da saúde: o instituído constitucional no sistema único de saúde. Rev Bras Promoç Saúde, 31(4): 1-10, out./dez., 2018

RIBEIRO, L.L.; ARAUJO, J.A DE. Capital social e pobreza no Brasil. Brazil. J. Polit. Econ. vol.38 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2018

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(1):129-135

RUSSO, J.A.; CARRARA, S.L. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva – com especial referência à Antropologia. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 25 [2]: 467-484, 2015

SABOURIN, Erik. Teoria da reciprocidade e sócio-antropológica do desenvolvimento. Sociologias, Rio Grande do Sul, a.12, n.27, p.24-51. Mai-ago 2011

SALES, M.C.; ROCHA, A.C.D. PEDRAZZA, D.P. Características Sociodemográficas e Fatores Importantes para a manutenção da saúde em mulheres. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 27(4): 503-512, out./dez., 2014

SANCHES, C.M.; OLIVEIRA, R.M.; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. Trabalho Educação Saúde, Rio de Janeiro, v.16n.3, p.869-897, set/dez. 2018.

SANT'ANNA, C.F. et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):92-9

SANTANA, B.; ALMEIDA, M.A. Mulheres negras e o comum: memória, redes sociais e táticas cotidianas. VI Seminário de Pesquisa em Ciência da Informação do PPGCI 2017 Escola de Comunicações e Artes – Universidade de São Paulo Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação, São Paulo, v. 13, n. esp., p. 57-61, set. 2017.

SANTOS, K. D. dos. Exploração sexual comercial infante juvenil: O Papel das ONG's e das Redes de Mobilização. Monografia apresentada como requisito obrigatório para obtenção do título de Graduado em Pedagogia da Universidade Federal da Paraíba UFPB.

SARTI, C.A. A família como espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo. Ed Cortez. São Paulo. 2017

SAWAYA, A.L.; ALBUQUERQUE, M. P. de; DOMENE, S.M.A. Violência em favelas e saúde. *Estud. av.* vol.32 no.93 São Paulo May/Aug. 2018

SCHVINGEL, C; GIONGO, I. M; MUNHOZ, A. V. Grupo focal: uma técnica de Investigação qualitativa. *Debates em Educação*, v. 9, n. 19, 2017.

SCHWARTZ, T D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2010, vol.15, n.4, pp.2145-2154.

SILVA, P.N.; HELLER, Léo. O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciênc. saúde colet.* 21 (6) Jun 2016

SILVA, J.M.; SILVA, C.R.C.HIV/Aids e Violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.3, p.635-646, 2011

SINGER, P. Economia solidária versus economia capitalista. *Soc. estado.* [online]. 2001, vol.16, n.1-2, pp.100-112.

SLUZKI C. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SOUZA, L.E.P.F. e col. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8):2783-2792, 2019

SOUZA, M.A. A ONG Ação Moradia e a zona leste do município de Uberlândia – MG.: os impactos do terceiro setor na periferia. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia. 2016

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, É. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. 2018, vol.23, n.11, pp.3505-3516.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 17ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

VIEGAS, D.P.; VARGA, I.V. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. Saude soc. vol.25 no.3 São Paulo July/Sept. 2016

VIEIRA, F. S. BENEVIDES, R.P de S. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas V.10 N.3 2016

APENDICE 1

Questões de caracterização do público

- 1 – Qual o nome completo?
- 2 – Qual a Data de nascimento?
- 3 – Qual sua raça?
- 4 – Qual a Escolaridade? Por que parou de estudar? Deseja ainda estudar?
- 5 – Qual sua profissão? Está trabalhando? Em que? Com carteira assinada?
- 6 – Já teve a carteira assinada alguma vez?
- 7 – Qual sua renda total? Qual as fontes? Você é a única pessoa que aufera recursos?
- 8 – Quantas pessoas residem na casa?
- 9 – Se possui relacionamento conjugal, a pessoa reside com você?
- 10 – Você já teve relacionamentos estáveis com pessoas do bairro?
- 11 – Você nasceu no bairro? Há quantos anos reside aqui?
- 12 – Qual sua religião? Participa de alguma igreja na comunidade?
- 13 – Você mora em casa própria? Ela possui registro? Recebeu apoio externo no processo de aquisição da mesma?

APENDICE 2

Questões entrevista semi-estruturada

- 1 - Como é para você ser membro dessa comunidade?
- 2 – Voce tem parentes de sangue nesta comunidade?
- 3 - Como você participa da vida da comunidade?
- 4 - Quais grupos/espacos comunitários você frequenta/faz parte?
- 5 - Como você se sente nestes espacos?
- 6 - Sendo membro dessa comunidade fale-me sobre os pontos fortes e os pontos fracos do bairro?
- 7 – Quais são os diferentes laços que possui com as pessoas da comunidade?
- 8 – Que projetos faz parte na ONG?
- 9 – Como se sente participando deles?
- 10 - Você frequenta algum grupo religioso? Se sim, qual a importância que você dá para a participação neste grupo em sua vida?
- 11- Quais são as pessoas que conta em seu cotidiano para momentos de desafio?
- 12 - Como voce cuida de sua saúde no cotidiano?

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “**VOCALIZANDO MULHERES USUÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: O COTIDIANO EM QUESTÃO**”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o sofrimento de muitas mulheres por não conseguirem cuidar corretamente de sua saúde.. Nesta pesquisa pretendemos compreender como ocorre no dia-a-dia o cuidado com a saúde de mulheres do bairro Dom Bosco – Juiz de Fora – MG.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: Entrevistas agendadas com antecedência, na sua casa, as entrevistas serão gravadas por um aparelho do tipo gravador de voz, apenas o áudio será gravado, não haverá gravação de vídeos, a entrevista acontecerá por meio de uma conversa, onde irei fazer algumas perguntas. Para esta pesquisa será utilizada também a aplicação de questionário contendo questões que compreendam características sociais e populacionais e questões direcionadas, visando responder ao objetivo proposto e as questões de pesquisa. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: riscos mínimos, como incômodo ou constrangimento em responder as perguntas, tomando tempo, além de poder, em algum grau, impulsionar a participação. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem, se percebido, relatado incômodos ou constrangimentos, será indicado o imediato cancelamento da entrevista. A pesquisa pode ajudar a contribuir para uma melhor compreensão do dia-a-dia da atenção primária a saúde de mulheres orientando projetos e políticas que qualifiquem este cuidado e também poderá colaborar para a literatura em geral sobre a temática da Atenção primária a saúde de mulheres, contribuindo para a reflexão dos profissionais de saúde.

Para participar deste estudo você não vai ter **nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira**. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é **voluntária** e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. **Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão**. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais, atendendo as legislações brasileiras (Resoluções Nº 510/16 e Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXO 2

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VOCALIZANDO MULHERES USUÁRIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: O COTIDIANO EM QUESTÃO

Pesquisador: RENATO LUIS BARROS LOPES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87473018.5.0000.5147

Instituição Proponente: FACULDADE DE MEDICINA - UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.692.001

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os Objetivos da pesquisa estão claros bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referencias bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



UFJF – UNIVERSIDADE
 FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
 MG



Continuação do Parecer: 2.692.001

or §omento li sta a re'lo o deta lhaclo dos cus'os clv pesquisa qu e serao financiad os com recursos próprio s con rorme con sta no ca mpo o poi o finoneo iro. A pe squisa p roposta está de ocordo com os o- ri bu ice s clefinidos no Resol u o C L S 4g g de 2E 17, itens IV.6. II. 11 e fi 1.2; com a h orrz' a Ci perocionol C 'd S 3 3 " de TO " :3. Itens: 3.4. 1-g, 8, g, 10 e 11; 3.3 - fº, com o M an url ii perocionol para EEPT Item' : VI - c.

Consideragoes sob re os Termos de apresenta s• e••
 O protocolo de pesquisa esrñ em conlg ura§ao aclequada , op re'senro FOL -JA DE R G WTO d eviclarr enie pree nchido, corf• o t'fulo em portugue s, iclen Lifica o po-rocin aclor pe la pesqui sa, esta ndo de acordo com os orrlbui yoes definides no Norfz' a ii peraciona l C V S 301 cle 2 3 " 3 item 3.3 lerro o; e 1 iferr 1 g. Apresen:o o T 7 MO E C ii Mñ E MW IM V T ii LI VR E ESC LAR ECIDO e m linjg uajge m clv ro para compreen soo do s porticipa n-es, o presenLa justificativa e objeLivo, ca mpo pa ra iden-ifica go do pa ricipanfe, descreve de "orfe' a su1cien'e os pre ced imentc s, informs que uma cies vias do TC L serf enve'g ue aos pa rtiépontc's ,a sse-guru a li berclode do pa ricipante recusar ou re-iror o consentimen-o serr' pens lidode s,gora nte sigilo e a no ni moto, e cpl ici to ris cos e d escon& ro s e spe roclo s, i ncle nizada o di once d e eventu a i s cla n os d eco rrentes cl a pesqu iso ,conta:o do p-esquisodor e do CE" e i n4rma q ue os clodo s da pesquisa fioarao orquivados corr o pesqu isaclor pelo p-erfodo de ci nco a nos, de ocorclo com os atribu i§oes clefinida s no Resolu§ao C IS 4g g de '0 " 2, itens:IV leuro b ; IV.:3 letra s a,b ,d, e,f,g e h; IV. 5 le:ro d e II. 1 letro f. A present a o lh 3T 7 L M Eh TO ? E ñOLE7A DE DADOS de le rma pertinen ie nos obje-Ave s delineados e preserva os pa rtipan tes clv p-esqu iso. ii Pesqu isodo r a presen-a Litu la yao e experie ncia compativel cv m o projeto de p-esquiso, esLa ndo cle ocordo con' a s otri bui es clefin ides no Mamma l Dp-eraciona l pore C "Es. Apresenta D EC LA ACAO de in4oestnutu ra e de c onccirdancio can m o real iza two dv pe squi sa d e a cor do c•nm as a tribuii does d efi n ides n.a N
 Ci perocio nol CN S E E 1 d e 2 E 1 :3 ite m 3.3 le- ro h

Con cfusoes ou Pendencias e Lista de Inadequagoes :

Dian-e do exposto, o projeto esta o provaclor , poi s es-ñ de ocorclo cv m os pri ncipi os eficos no rteaclor e s da é- ica em pesq uisa esta belecido no Res . 40g717 C NS e core' a Norma Opera cion a l V^ 30177 3 " 0 C V S. Data previsro pa ra o té rrf' ino do pesquisa:julho d e 2 3 " 6.

Consideragoes Firçais a crfié rio do CEP.

Diante do ex poslo, o Corr ice de Etica em Pesqui s-a ñEP/U 'J F, de acordo com os a1zibui es definida s na Res. C h . 4g g'" 2 e com a h orma Opera ciona l U°3O 172 3 " 3 C V S., moni&sza- se pelt

Ender@o: .OS z LOURENCO BE .k' ER I'?J

BairTo: SAD PE "IO

CEP: 36.036-900

MF: k.'G

Munlcipio

JUIZ BEFORA

Telefoni6

:32)21E2-*T56

Fax: ,32) 11D2-37E6

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Continuação do Parecer: 2.692.001

APROVAÇÃO dos protocolos de pesquisa propostos. Vale lembrar ao usuário responsável pelo projeto, a compromissos de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou finais de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos relevantes e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados.

Tipo Documento	Arquivo		Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMA ES_BASICAB_DO_P RDJETD106J7Q0o<lf	1D/05Y2Q 18 21 D4' 1 8		Aceko
TCLE / Termos de Assinatura / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	1B/05Y2Q 8 12:4D:24	RENATO LMIS BARROS LOPES	Aceko
Projeto Detalhado / Breve Histórico Informativo	Projeto_Final_izaclo.docx	11 /2Q 8 11 :08:27	RENATO LMIS BARROS LOPES	Aceko
Folha de Rosto	folharosto.pdf	11/04/2Q 8 11 07 4t	RENATO LMIS BARROS LOPES	Aceko
Declaração de Integridade Institucional	declaracao.pdf	J2/02Y2Q 8 2D: 8D:Q0	RENATO LMIS BARROS LOPES	Aceko
Ouvidores	INSTRUMENTO_OE_CDLETA_OE_OA DOS doc>	15/08/2Q 8 1N 1 5R	RENATO LMIS BARROS LOPES	Aceko

Situação do Parecer:
Aprovado

 **NEI**

JUIZ DE FORA, 05 de Junho de 2018

Lainer Augusto do Cunha Serrano
(Coordenador)

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KLEBER S/J

Bairros: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br