

Universidade Católica do Salvador
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

PATRICIA CUNHA

**CAPITAL SOCIAL E CAPITAL CULTURAL NO PROCESSO
DE RESSOCIALIZAÇÃO DE HOMENS QUE UTILIZAM
CADEIRA DE RODAS NUMA COMUNIDADE DA PERIFERIA
DE SALVADOR**

Salvador
2015

PATRICIA CUNHA

**CAPITAL SOCIAL E CAPITAL CULTURAL NO PROCESSO
DE RESSOCIALIZAÇÃO DE DOIS HOMENS QUE UTILIZAM
CADEIRA DE RODAS NUMA COMUNIDADE DA PERIFERIA
DE SALVADOR**

Dissertação para o Mestrado de Políticas Públicas e Cidadania, da Universidade Católica de Salvador, na linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Sociais, sob a orientação do Professor Doutor Michel Perreault.

Salvador
2015

UCSAL. Sistema de Bibliotecas.
Setor de Cadastramento.

S563 Cunha, Patricia.

Capital social e capital cultural no processo de ressocialização de homens que utilizam cadeira de rodas numa comunidade da periferia de Salvador/ Patricia Cunha. – Salvador, 2015.

66 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador. Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Prof. Dr. Michel Perreault.

1. Capital social 2. Capital cultural 3. Ressocialização de Homens – Barreiras de acessibilidade 4. Saúde dos Homens 3. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidades e Saúde (CIF) I. Título..

CDU 364.444-055.1(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

PATRÍCIA CUNHA

**“CAPITAL SOCIAL E CULTURAL COMO POSSIBILIDADE DE FOMENTO A
UTILIZAÇÃO E PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DE
FISIOTERAPIA”.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 17 de abril de 2015.

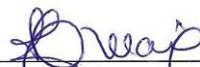
Banca Examinadora:



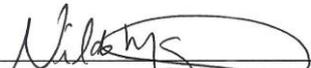
Prof. Dr. Michel Perreault – Orientador



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – UCSal



Profa. Dra. Helena Maria Fraga Maia – UNEB



Prof. Dr. Nildo Manoel Ribeiro da Silva – UFBA

DEDICATÓRIA

A Deus que, com sua infinita bondade, me guia da melhor forma possível pelas estradas dessa vida. Sem a sua presença toda esta trajetória seria apagada. Conduz-me por essa vida, me permite vitórias, cuida de mim com muito amor e carinho. A minha fé, às vezes, é pequena diante da grandiosidade das suas obras.

Aos meus Pais, que, mesmo já não estando nesta existência, contribuíram com seus exemplos de perseverança e fortaleza para que eu chegasse até aqui. Tenho certeza de que estão em festa. Obrigada MAINHA e PAINHO pela confiança que depositaram em mim.

À minha família pelo apoio incondicional aos meus projetos. Sonham os meus sonhos e vibram com as minhas conquistas. Sem vocês não seria nada.

Ao Professor Michel Perreault, por ser um exemplo para minha vida profissional e por me acolher como orientanda. Agradeço-lhe por despertar em mim uma potencialidade que nem eu mesmo conhecia. Sua amizade, jeito de cuidar, forma de ensinar marcarão a minha vida para sempre. Que essa generosidade e toda a sensibilidade que estão presentes no senhor possam transbordar e alcançar muitas pessoas. Não sei se conseguiria se não fosse o senhor. **MUITO OBRIGADA!**

AGRADECIMENTOS

Aos professores do curso de Mestrado em Políticas Públicas e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador, pelo aprendizado possibilitado nesta etapa da minha vida acadêmica. Pela atenção e carinho dispensados, tão motivadores para a realização deste trabalho.

Às Professoras Doutoras Helena Maria Fraga Maia e Ana Maria Fernandes Pitta que, de uma forma preciosa, contribuíram para execução desse trabalho no momento da qualificação, colocando de forma elegante todas as considerações que deveriam ser feitas.

Ao meu esposo e companheiro Ricardo Andrade do Rosário pelo incentivo, atenção, parceria, colaboração e principalmente paciência pelos momentos ausentes, tão necessários na elaboração de um trabalho como este. Obrigada por participar desse processo desde o início, por está sempre por perto, mesmo que, no quarto ao lado, e por me ensinar que amor ultrapassa qualquer obstáculo. Sem você teria sido muito mais difícil.

A minha amiga Cássia Maria da Hora (que hoje está em outro lugar, mas com certeza celebrando a finalização deste trabalho comigo). A sua alegria e energia me impulsionaram em vários momentos do trabalho. Obrigada por ter tido a oportunidade em te conhecer. E a Joalva, outro tesouro advindo deste curso. Foram instrumentos de Deus em momentos de dúvidas e que me apoiaram formando um triângulo que chamamos de “AS SUPER PODEROSAS”.

Ao amigo Marconi Chaves, pelos momentos de reflexão e pelo apoio incondicional. Pela compreensão da ausência nos programas sociais devido à escrita do trabalho. Obrigada por você fazer parte da minha vida.

Aos meus amigos Jorge Augusto Beck e Adriano Celso, pelo apoio sempre presente que mesmo não estando tão juntos posso sentir a boa vibração que emanaram para a conclusão deste trabalho. Obrigada por me ensinarem o que é lealdade.

Ao amigo Tasio Lessa pelas palavras de incentivo e carinho tão necessários para emplacar a motivação.

A Nildo Ribeiro pela ajuda nos momentos de apagão. Pelas conversas esclarecedoras e por existir na minha vida. Obrigada por tudo!

As pessoas da comunidade “Recanto Feliz” por permitir que eu realizasse esse estudo com elas. Muito obrigada pelo acolhimento e oportunidade!

RESUMO

A importância de aproximar as políticas sociais da população com reduzido acesso a bens básicos, torna possível uma sociedade menos injusta principalmente no item saúde. O interesse em estudar sobre promoção de saúde em pessoas em situação de pobreza foi a mola propulsora para a realização deste estudo, além disso, o interesse crescente da academia em realizar pesquisas com o universo masculino também estimulou o despertar pelo tema. Para a pesquisa, foi abordado, em especial, às condições de saúde dos homens, particularmente os vivendo na pobreza com o intuito de entender como estes homens enfrentam a condição de estar doente e utilizando a cadeira de rodas como meio de locomoção. Foi utilizado como modelo a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidades e Saúde (CIF), na segunda parte, que trata do ambiente, visto ser a CIF o modelo de classificação em que se pode vislumbrar alguma mudança no campo social. A metodologia correspondeu a um estudo qualitativo com abordagem do tipo etnográfica utilizando a metodologia da história de vida. As técnicas utilizadas foram: observação direta e entrevistas semiestruturada. Os resultados obtidos demonstraram que a presença do capital social e cultural impacta na condição de saúde da população de baixa renda assim como a presença de barreiras de acessibilidade na mobilidade de pessoas que utilizam a cadeira de rodas como meio de locomoção. Neste estudo, mesmo com uma amostra reduzida, pode-se perceber o quanto o Estado está ausente das localidades periféricas, que o programa de proteção e recuperação da saúde não acontece nas comunidades carentes e o quanto são exacerbados os laços e vínculos entre os seus moradores na perspectiva de seguridade e coesão social, para assim poderem transpor todas as adversidades comuns a moradias em uma comunidade periférica.

Palavras-chave: Capital Social. Capital Cultural. Saúde dos Homens. Ressocialização. CIF.

ABSTRACT

The importance of approaching the social policies of the population with a little access to basics property makes the possibility of a less unfair society, mainly on the health item, come true. The interest on the study about the promotion of health to poor people was the driving force to the execution of this study, furthermore, the academy's growing interest about make researches with the male universe stimulated also the attention to the issue. To the research, was addressed, especially, the conditions of men's health, particularly those who live on a poor situation with the intention to understand how they can face the condition of being sick and using a wheelchair as the method of locomotion. As model was used the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), in the second part, that talks about the ambient, as the ICF is the classification model in which one is possible to glimpse a change in the social field. The methodology corresponded to a qualitative study with the ethnographic approach using the methodology of the life story. To get the result for the research were used the following techniques: direct observation and semi-structured interview. The results archived show that the social capital and cultural has an impact on the health condition of the low-income population as well as the presence of accessibility barriers on the mobility of the people who use wheelchair as method of locomotion. In this study, even with a reduced sample, can be perceived how the State is not present on the peripheral locations, which the health protection and recovery program does not happen on the poor communities and how exacerbated the ties and linkages between the neighbors are on the perspective of singularity and social cohesion, and then they can transpose all of the common adversities to houses in a poor community.

Key words: Social Capital. Cultural Capital. Men's Health. Resocialization. ICF.

LISTA DE SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CR – Cadeira de rodas

MSE – Membro Superior Esquerdo

MIE – Membro Inferior Esquerdo

PAF – Perfuração por arma de fogo

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Questão Norteadora	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 Saúde dos homens – Novos interesses e Falta de coerência	17
3.2 Capital Social	19
3.3 Capital Cultural	23
3.4 As Redes Sociais.....	24
3.5 Das Condições de Saúde até Doenças Crônicas	25
3.5.1 Doenças crônicas	27
3.6 Fisioterapia e doenças crônicas: Novos desafios.....	28
3.7 Oferta de serviços	29
3.7.1- Fisioterapia na comunidade	30
3.7.2- Fisioterapia na sociedade	31
3.8- O Modelo da Organização Mundial da saúde (OMS)	32
4- METODOLOGIA	36
4.1 Etapas e Métodos Utilizados em Cada Fase da Pesquisa.....	37
5- RESULTADOS.....	40
5.1 Conhecendo a Comunidade.....	40
5.2 O Viver em Comunidade	41
5.3 Adoecer e Sobreviver.....	45
6- DISCUSSÃO	50
6.1 Limites e Força do Estado.....	53

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
9- APÊNDICE	60
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	61
Apêndice II – Roteiro Entrevista com Informantes	63
Apêndice III – Roteiro Entrevista com os Sujeitos.....	64
Apêndice IV – Roteiro Entrevista com os Familiares	65
Apêndice V – Roteiro Entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde	66

1 INTRODUÇÃO

A importância de aproximar as políticas sociais da população com reduzido acesso a bens básicos, possibilitará a construção de uma sociedade menos injusta principalmente no item saúde. O interesse em estudar sobre promoção de saúde em pessoas em situação de pobreza foi a mola propulsora para a realização deste estudo, além disso, o interesse crescente da academia em realizar pesquisas com o universo masculino também estimulou o despertar pelo tema. No desenvolvimento de atividades com população de baixa renda, percebeu-se que a forma como esta comunidade se organiza pode ter impactos diretos na sua saúde. Neste sentido, a existência ou não de capital social e cultural bem como a presença das redes de relacionamento pode surtir efeitos na saúde dos sujeitos pertencentes a estas comunidades.

O desejo em abordar a saúde do homem, em especial aquele pertencente a uma comunidade, surge de uma necessidade interna de compreender como esse sujeito enfrenta a condição de estar doente. Nesta condição de adoecimento, entender a sua percepção de cidadania, o sentimento de pertença a esta comunidade e a sociedade em geral após evento patológico.

A situação de desigualdade social e iniquidades tão presentes na sociedade contemporânea brasileira estimulou a realização deste estudo. A abordagem acerca do tema possibilitou um melhor entendimento da forma de organização de uma comunidade da periferia de uma grande cidade.

A saúde no Brasil ainda apresenta um perfil epidemiológico marcado pela heterogeneidade. Essa heterogeneidade pode ser basicamente explicada pela distribuição desigual da riqueza, pelo inadequado acesso aos avanços científico e tecnológico, pela iniquidade no acesso à assistência à saúde e pelas condições desiguais de desenvolvimento humano com grandes diferenças inter e intra-regionais e entre as classes sociais (FALCÃO, 2004).

Nos últimos anos, aconteceu um avanço muito grande no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde da sua população (ALMEIDA-FILHO, 2002). Estes estudos são maiores no que diz respeito às iniquidades em saúde, ou seja, as desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS-FILHO, 2007).

Dos principais achados da literatura científica mundial sobre o tema das iniquidades, destacam-se dois: o primeiro é a constatação de que uma vez superado um determinado nível de PIB (Produto Interior Bruto) per capita, pois o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

O segundo achado é que **a deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde¹**. Países com grandes iniquidades de renda e, conseqüentemente, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, essenciais para a promoção e proteção da saúde (BUSS-FILHO, 2007).

De acordo com estes estudos, há uma necessidade de esforço concentrado do Estado e da sociedade civil com vistas ao estabelecimento de políticas e programas, firmemente sustentados, por um lado, em conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações, com vistas a identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas e, por outro lado, em um sólido apoio político dos mais variados segmentos da sociedade (ALMEIDA-FILHO, 2002).

Considerando-se que as desigualdades sociais e a pobreza são fenômenos multidimensionais e dinâmicos e que não se restringem aos aspectos socioeconômicos com os quais são normalmente identificados, os profissionais de saúde devem estar atentos à forma como estes âmbitos podem interferir na saúde dos indivíduos e das populações. Ainda de acordo com Buss (2007), a desigualdade social no Brasil não é nenhuma novidade. Essa situação social já foi referendada e por isso não abordaremos o tema por esta ótica. Comparando os diferentes grupos: homens e mulheres, jovens e idosos relacionados com a saúde certamente existirão desigualdades ocasionadas pelas alterações próprias de cada sexo e faixa etária.

A situação de saúde dos indivíduos deriva das trajetórias de desenvolvimento pessoal ao longo do tempo, estruturadas pela história de vida de cada um, referida no contexto social, econômico, político e tecnológico das sociedades nas quais tais trajetórias se desenvolveram. Assim, os mesmos processos que determinaram a estrutura da sociedade são os que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença, tendo em

¹ Grifo da autora.

vista que a saúde pode ser considerada como um fenômeno produzido socialmente e que algumas formas de organização social são mais sadias do que outras.

1.1 Questão Norteadora

Foi com o pensamento na construção das redes e relações sociais, bem como na possibilidade da existência de capital social e cultural, que essa pesquisa se debruçou. O objeto do estudo foi o impacto que o capital social e cultural pode fazer na saúde de indivíduos moradores de comunidades carentes.

A questão norteadora foi observar como a constituição das redes sociais pode transformar a construção do processo saúde-doença, bem como observar se a presença de capital social e cultural pode modificar a trajetória de indivíduos, moradores de uma comunidade, com doença crônica que afeta a sua mobilidade, visualizando como acontece o processo de ressocialização destes sujeitos nessa localidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever como homens enfrentam os agravos à saúde.

2.2 Específicos

- Reconhecer a presença do capital cultural e social no processo de ressocialização de homens com mobilidade reduzida;
- Identificar recursos e obstáculos para reabilitação de homens com mobilidade reduzida.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que se tenha a compreensão do sentimento de pertencimento a uma comunidade e/ou sociedade e assim poder entender como essa relação é capaz de interferir no processo de restabelecimento da saúde do indivíduo que sofreu impactos na sua saúde física, abordou-se temas como: saúde dos homens, a formação do capital social e cultural, as redes sociais, as condições e doenças crônicas e o acesso à rede de Fisioterapia na comunidade. Utilizou-se como mecanismo de suporte teórico a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), na segunda parte, onde aborda a questão na qual o meio social pode interferir na condição de saúde do indivíduo.

3.1 Saúde dos Homens: Novos Interesses e Falta de Coerência

Nos últimos anos, tem crescido o interesse da academia em pesquisar sobre o tema relacionado à saúde masculina e discutido em contraposição à saúde da mulher, a qual é objeto de políticas públicas e de variadas investigações.

Para Braz (2005), a questão que se coloca inicialmente é: Por que abordar um tema que aparentemente não consta na pauta de prioridades das políticas de saúde em nosso país? Se não consta seria porque os homens adoecem menos que as mulheres? Ou por que não se consegue ver a gravidade deste problema?

Ressalva-se que ao abordar as relações entre a subjetividade masculina e a repercussão sobre a saúde física, se quer, tão somente, destacar que os sujeitos homens e mulheres carecem ser vistos tanto singularmente quanto no âmbito das relações e no campo mais amplo de sua cultura (GOMES, 2003).

Partindo-se do pressuposto de que os seres humanos são iguais perante a justiça, só pode ser justa uma distribuição igualitária dos serviços de saúde, mas, ao se aproximar do assunto aqui tratado, percebe-se que a igualdade entre gêneros ainda não está efetivada (BRAZ, 2005).

A saúde do homem pede uma mudança de mentalidade social e mais ação nesta área. As peculiaridades do sujeito masculino precisam ser melhores compreendidas e trabalhadas pelos serviços de saúde. Urge a necessidade em compreender os contextos de vulnerabilidade,

bem como identificar e contemplar as necessidades de saúde nos homens e suas capacidades de promoção da saúde.

Estudos comparativos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente (NARDIETALL, 2007; COURTENAY, 2000; IDB, 2006 LAURENTI *et all*, 2005; LUCK *et all*, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbidade e mortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO *et all*, 2002).

Os homens, de forma geral, por conta de uma atitude cultural socialmente construída ou por ausência de serviços e de tempo para atendê-los, ou por uma interação entre esses fenômenos, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Distante da prevenção e sem adesão ao autocuidado é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem, ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças (MS 2008).

Garantir saúde como direito humano significa eliminar todas as barreiras de acesso aos serviços, informações e ações, um grande desafio ainda a ser vencido para atender o público masculino. Estudos recentes mostram que os gastos realizados em ações que podem melhorar a saúde do homem tem impacto positivo incrementando a expectativa de vida destes homens (BARTHOLD, 2013).

De acordo com Barthold (2013), em cerca de 27 países, a saúde do homem melhorou em decorrência dos investimentos em políticas voltadas para este público:

[...] Embora existam grandes diferenças na eficiência dos gastos em saúde em todos os países, os homens experimentaram maiores ganhos de esperança de vida do que as mulheres por dólar gasto em saúde dentro de quase todos os países. [...] As causas exatas da diferença entre os sexos são desconhecidas, destacando, assim, a necessidade de pesquisas adicionais sobre o tema. (BARTHOLD, 2013).

Estudos abordando homens e masculinidades ganharam relevância nas abordagens de gênero nas últimas duas décadas no país. A relação homem e saúde é cada vez mais objeto de atenção nos meios acadêmicos e também no contexto dos serviços, especialmente, nas

análises da sexualidade e da saúde reprodutiva. Estes estudos contribuem para maior visibilidade dos processos de saúde e adoecimento da população masculina.

Destacam-se trabalhos como o de Courtenay (2000), que assinala a importância em considerar elementos relativos às práticas e comportamentos não saudáveis adotados pelos homens a partir de uma perspectiva de gênero que considere as dimensões de iniquidade social e poder, na medida em que essas são manifestações visando demonstrar padrões hegemônicos de masculinidade reconhecidos como característicos do ser homem, como viril, forte, invulnerável e provedor (GOMES, 2007).

A saúde do homem é um desafio a ser enfrentado dentro de uma perspectiva global, a do direito a saúde e da cidadania tanto na comunidade quanto na sociedade geral a quais pertençam esses cidadãos. Assim, seja “por causa da desestabilização ou pela necessidade de se rever os papéis sexuais no cenário atual, a discussão sobre masculinidade já é um movimento que vem preenchendo diferentes espaços” (GOMES, 1998).

Para o enfrentamento dos agravos a saúde principalmente no âmbito da saúde física, os homens elaboram algumas estratégias no sentido de atenuar o sofrimento causado pelo dano físico. Por estas estratégias perpassam a conformação da estrutura social na qual estes sujeitos estão inseridos. Para tanto, se faz necessário o conhecimento de como está configurado este tecido social e a partir dele a percepção se existe ou não presença de capital social e cultural bem como as redes de relacionamentos existentes no local.

Estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade determinam impacto positivo na saúde. Níveis crescentes de participação reduzem a exclusão social, aumentam e aprimoram o padrão de vida comunitária. Sendo assim, a existência de capital social promove uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável (BAUM, 2004).

A observação de que a saúde é influenciada pelo meio social e físico chama a reflexão para o fato de que em relação às doenças, existem modificações epidemiológicas consideráveis. É provável que o conceito de capital social concebido nas últimas décadas possa dar uma importante contribuição ao desenvolvimento da prática de promoção da saúde.

3.2 - O Capital Social

Em se tratando das relações sociais, há muito tempo que a bibliografia sociológica, antropológica, econômica e política apontam para a percepção de que a existência de normas,

dos valores e o envolvimento em grupos teriam alguma importância no funcionamento e desenvolvimento das sociedades e poderiam ter consequências para os indivíduos, podendo ser um potencial conceito unificador, abrangendo todas as perspectivas multidisciplinares (SILVA, 2008).

De acordo com Silva (2010), o termo capital social surgiu no século XX para chamar a atenção para os caminhos pelos quais nossas vidas se tornam mais produtivas por meio de vínculos sociais. Ainda de acordo com esse autor, o uso original, o termo capital social foi fortemente aceito, tendo-se verificado, nos últimos anos, um interesse considerável e crescente pela teoria do capital social, evidenciado pela sua frequente aplicação em diversas áreas do conhecimento.

Bourdieu e Coleman introduziram o conceito de capital na análise social para referir-se não apenas à sua forma econômica, mas também à sua forma cultural e social. O termo da área econômica “capital” foi utilizado por esses sociólogos no estudo das desigualdades escolares, como metáfora para falar das vantagens culturais e sociais que indivíduos ou famílias possuem e, via de regra, os conduzem a um nível socioeconômico mais elevado.

A problemática que leva Bourdieu e Coleman a uma concepção ampliada do conceito de capital repousa, fundamentalmente, sobre evidências empíricas que apontam para as limitações do conceito de capital cultural, contribuem diretamente e interagem com o capital econômico para fortalecer essa relação.

Sendo assim, capital social diz respeito a um conjunto de elementos da organização social tais como: confiança mútua, regras de solidariedade e reciprocidade (cognitivo) assim como o engajamento cívico e redes de associações (elementos estruturantes).

A preocupação com a comunidade vincula-se ao sentido de solidariedade e identidade comum que, em tese, a comunidade teria e que poderia levar a um rompimento com o individualismo dominante, promovendo uma maior integração social (ANDRADE, 2002). Bourdieu (1980) define o capital social como:

Um conjunto dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e de inter-reconhecimento mútuos, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo, como o conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns (passíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por eles mesmos), mas também que são unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1980, p2-3).

O volume de capital social que um agente individual possui depende da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume de capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada membro desse grupo.

Bourdieu (1980) afirma, portanto, que, mesmo o considerando totalmente distinto, o capital social não é completamente independente do capital econômico e cultural possuído por um indivíduo ou pelo grupo a quem está ligado, uma vez que as trocas que instituem a confiança mútua exigem a pré-existência de um mínimo de homogeneidade entre os que o possuem com exclusividade, exercendo um efeito multiplicador sobre esse capital possuído.

De acordo com Silva e Santos *apud* Bourdieu (1980), capital social é um ativo individual que determina as diferenças de vantagens extraídas do capital econômico que um indivíduo possui, adquirido através das redes de conhecimentos, de influências que ele estabelece ao longo de sua vida. Um mínimo de capital econômico é o pré-requisito crucial para que ele possa inserir-se em um grupo, mas, uma vez que isto ocorra, é criado um círculo virtuoso que o desprende da dependência do capital econômico.

Na concepção de capital social sustentada por Bourdieu destacam-se três aspectos:

1- Os elementos constitutivos - as redes de relações sociais e a quantidade e a qualidade de recursos do grupo. Sobre as redes, Bourdieu (1980) afirma que as relações estabelecidas entre os indivíduos pertencentes a um determinado grupo não advêm apenas do compartilhamento de relações objetivas ou do mesmo espaço econômico e social, mas se fundem, também, nas trocas materiais e simbólicas, cuja instauração e perpetuação supõem o reconhecimento dessa proximidade. São estas redes sociais (família, clube, escola, etc.) as que dão ao indivíduo o sentimento de pertencimento a um determinado grupo.

Sobre a quantidade e a qualidade de recursos do grupo Bourdieu (1980) define que o volume de capital social de um agente individual depende tanto da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar como do volume de capital social que é propriedade exclusiva de cada um dos agentes a quem o indivíduo está ligado;

2- Os benefícios obtidos pelos indivíduos mediante sua participação em grupos ou redes sociais. É esta participação que lhes permite apropriar-se dos benefícios materiais e simbólicos que circulam entre os membros da rede;

3- As formas de reprodução deste tipo de capital. Produto do trabalho necessário para produzir as redes de relações duráveis que podem proporcionar os benefícios materiais e simbólicos que circulam entre os membros da rede.

Outra fonte contemporânea do conceito de capital social é James Coleman (1988). No final da década de 1980, Coleman trouxe nova relevância ao conceito de capital social, estendendo a abrangência do conceito da análise de Bourdieu das elites para integrar as relações sociais dos outros grupos (Schulleret et al., 2000). Coleman define capital social, em seu trabalho intitulado “Foundations of Social Theory” (1990), como:

[...] o conjunto das relações sociais em que um indivíduo se encontra inserido e que o ajudam a atingir objetivos que, sem tais relações, seriam inalcançáveis ou somente alcançáveis a um custo mais elevado (COLEMAN, 1990 p 305).

Nesta definição, pode-se compreender melhor como ocorrem as relações de confiança, favoráveis à ação coletiva organizada, existentes entre os membros de um grupo de pessoas. Sem deixar de considerar que os indivíduos podem se utilizar de capital físico e de capital humano para atingir seus objetivos, Coleman afirma que, à proporção que a interdependência exista entre os atores sociais, eles somente conseguem satisfazer alguns de seus interesses agindo conjuntamente.

Dentro dos diversos tipos de relações sociais que o autor insere no conceito de capital social, encontram-se relações de expectativas e obrigações entre indivíduos que trocam favores; a existência de normas, com suas sanções e prêmios aplicáveis pelos atores beneficiários sobre os subordinados à norma; as relações de autoridade, em que um indivíduo concorda em ceder a outro o direito sobre suas ações em troca de uma compensação (financeira ou de outra espécie, como *status*, honra, deferência, etc.); obtenção de informações de baixo custo entre indivíduos, o que, neste caso, pode ser enquadrado como uma troca de favores, obediência a normas ou adequação a uma relação de autoridade. O que é comum a todos os casos é que está sempre presente: a confiança mútua existente entre os indivíduos².

Portanto, para Coleman, capital social é importante porque, através do grau de confiança existente em determinadas estruturas sociais, promove a formação de arranjos institucionais capazes de gerar o desenvolvimento econômico e social de uma determinada comunidade.

Coleman (1990) descreve ainda os aspectos da vida familiar que parecem cruciais para o capital social, dentre estes aspectos uma medida importante de capital social baseado na

² [...] fazer um favor confiando que o outro retribuirá quando tiver oportunidade; submeter-se a normas confiando que o outro também submeter-se-á ou será punido se não o fizer; trabalhar para alguém confiando que receberá o pagamento ajustado ou, vice-versa, contratar alguém confiando que executará o trabalho proposto (COLEMAN, 1990, p.305).

família é a força das relações entre pais e filhos, o que depende da “presença física de adultos na família e da atenção dada pelos adultos às crianças”. Muito especificamente, Coleman mostra a importância do capital social dentro da família para a educação dos filhos. É vital a presença do capital social no momento de transferência do capital humano dos pais para os filhos: “se o capital humano possuído pelos pais não é complementado pelo capital social enraizado nas relações familiares, o capital humano dos pais torna-se irrelevante para o crescimento educacional dos filhos” (COLEMAN, 1990, 306.).

Para Coleman, a família é em uma das redes chaves para a construção de capital social. Afirma que o importante no capital social não é o tamanho da rede mais a qualidade das relações que nela se estabelecem, o que transforma a rede social familiar num dos pilares na formação do capital social.

O sociólogo americano aborda o papel das famílias na construção de capital social sob dois ângulos. O primeiro descreve o papel das famílias na construção de capital social extrafamiliar, ou seja, em redes sociais fora do lar. O segundo ângulo examina a construção do capital social no interior das redes familiares e a importância disto para o desenvolvimento individual, especialmente para o desempenho escolar e cognitivo dos filhos. Esta abordagem lança luz sobre os contextos tipicamente privados, informais, intensos e duráveis das relações familiares, nos quais acontecem as interações face a face.

Além disso, existe uma outra forma de capital que as formas econômicas e sociais : o capital cultural que somente o sociólogo Pierre Bourdieu desenvolveu conceitualmente. Este capital é um instrumento de poder que uma pessoa tem sob forma de um conjunto de qualificações intelectuais produzidas pelo ambiente familiar e escolar.

3.3 - O Capital Cultural

O capital cultural é também um capital porque ele pode ser acumulado no tempo e, até mesmo, pode ser transmitido a outras gerações . A assimilação deste capital pelas gerações subsequentes é uma condição da reprodução social. Assim como todo capital, esse promove ao seu detentor um certo poder. A noção de capital cultural surge da necessidade de compreender as desigualdades advindas do desempenho escolar dos indivíduos oriundos de diferentes grupos sociais.

De acordo com Pierre Bourdieu, é a segunda forma mais importante de expressão do capital, precedido apenas pelo capital econômico portado pelos agentes sociais. Abrange de

forma mais específica a variável educação embora não se restrinja apenas a ela. Ainda de acordo com Bourdieu, o capital cultural incide num princípio de diferenciação quase tão poderoso como o do capital econômico uma vez que toda uma nova lógica da luta política só pode ser compreendida tendo-se em mente suas formas de distribuição e evolução. O sistema escolar realiza a operação de seleção mantendo a ordem social preexistente, isto é, separando alunos dotados de quantidades desiguais – ou tipos distintos – de capital cultural. Mediante tais operações de seleção, o sistema escolar separa, por exemplo, os detentores de ‘capital cultural’ herdado daqueles que são dele desprovidos.

O capital cultural pode existir sob três formas: incorporado, objetivado e institucionalizado. Sobre a forma incorporado, o capital cultural supõe um processo de interiorização nos marcos do processo de ensino e aprendizagem, que implica, pois, um investimento de tempo. Constitui-se parte integrante da pessoa, não podendo, justamente por isso, ser trocado instantaneamente, tendo em vista que está vinculado à singularidade até mesmo biológica do indivíduo. Nesse sentido, está sujeito a uma transmissão hereditária que se produz sempre de forma quase imperceptível. Segundo Bourdieu (1997):

[...] acumulação de capital cultural desde a mais tenra infância – pressuposto de uma apropriação rápida e sem esforço de todo tipo de capacidades úteis – só ocorre sem demora ou perda de tempo, naquelas famílias possuidoras de um capital cultural tão sólido que fazem com que todo o período de socialização seja, ao mesmo tempo, acumulação. Por consequência, a transmissão do capital cultural é, sem dúvida, a mais dissimulada forma de transmissão hereditária de capital (BOURDIEU, 1997, p. 86).

Sobre a forma objetivada, diversamente do anterior, é materialmente transferível a partir de um suporte físico, ficando claro tratar-se da transferência de uma propriedade legal, posto estar diretamente relacionada com o capital cultural incorporado, ou melhor, com as capacidades culturais que permitem o desfrute de bens culturais. Logo, o ‘capital cultural’ objetivado pode ser apropriado tanto materialmente (capital econômico) quanto simbolicamente (obra de arte, capital cultural).

Sobre a forma institucionalizada, por meio do título escolar ou acadêmico, outorga-se reconhecimento institucional ao capital cultural possuído por uma determinada pessoa.

3.4 As Redes Sociais

As redes são sistemas entrelaçados compostos por junções e conexões entre eles que, nas ciências sociais, são representados por sujeitos sociais (indivíduos, grupos, organizações etc.) que estão conectados por algum tipo de relação. A ideia que as relações sociais compõem um tecido que condiciona a ação dos indivíduos nele inseridos é do início do século XX.

Silva e Marteleto (2004) afirmam que as pessoas vivem em redes de dependência, difíceis de serem rompidas. Essas redes são diferentes em cada sociedade. O modo como o indivíduo se comporta é determinado por suas relações passadas ou atuais com as outras pessoas. E a interdependência das funções humanas sujeita e molda, de forma profunda, o indivíduo. Ainda com base em Marteleto (2004) as redes humanas têm uma ordem e leis diferentes daquelas planejadas e desejadas pelos indivíduos que a compõem. Implica-se neste fato a condição dos seres humanos não estarem tão presos, como outros animais, às determinações biológicas, e que o entrelaçamento das suas atividades dá origem a essas leis e estruturas de um tipo especial. Por este motivo, as redes possuem mecanismos intrínsecos de mudança e transformações históricas que independem da vontade dos seus componentes não sendo, no entanto, caóticas, mas sim sociais.

A construção de redes sociais e a consequente aquisição de capital social estão condicionadas por fatores culturais, políticos e sociais. Entender sua constituição pode levar à sua utilização, como mais um recurso, em favor do desenvolvimento e da inclusão social, especialmente das comunidades. Para isso, deve-se ter em mente que as redes se constituem em canais pelos quais passam informações e conhecimentos.

Apropriar-se dessas informações e utilizar esses conhecimentos pode favorecer a ressocialização, assim como ter facilitada a possibilidade de participar do sistema de saúde sendo incluso em programas, por exemplo, que possam promover a reabilitação motora, ou seja, a informação sendo a mola propulsora para a participação no sistema de saúde. Neste caso, em especial, os indivíduos que são acometidos por doenças agudas que se transformam em crônicas.

Para tanto, é necessário o conhecimento do efeito negativo que causa na sociedade a presença das doenças crônicas, especialmente, no universo masculino. As condições sociais adversas em que vivem algumas comunidades e a relação com as doenças crônicas.

3. 5 - Das Condições de Saúde até as Doenças Crônicas

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela. Ainda segundo Mendes (2007), tradicionalmente, trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa classificação é bastante utilizada, em especial pela epidemiologia. Tem sido muito útil para os estudos epidemiológicos, porém, ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde devido ao ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde.

Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas (VON KORFF *et all*, 1997; HOLMAN E LORIG, 2000) e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde (2003): as condições agudas e as condições crônicas.

Com o objetivo de esclarecer essa classificação deve-se ficar atento para a ocorrência de algumas variáveis-chave contidas no conceito de condição de saúde, sejam elas: o tempo de duração da condição de saúde, se breve ou longo; a forma de enfrentamento pelo sistema de atenção à saúde, se episódica, reativa e feita sobre a queixa principal, ou se contínua, proativa e realizada por meio de cuidados, mais ou menos permanentes, contidos num plano de cuidado elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias; e o modo como se estrutura o sistema de atenção à saúde, se fragmentado ou integrado.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde.³

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica, etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da

³ Grifo da autora. Os traumas agudos podem impactar no sistema de saúde caso não sejam tratados de forma eficaz.

saúde por ciclos de vida (puericultura, sericultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011).

Seguindo Louvison (2008), os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas.

A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde. Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado (LOUVISON, 2008).

3.5.1 Doenças Crônicas

As doenças crônicas e os distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e câncer. Até o ano 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As doenças crônicas determinam impactos fortes: apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá por que: as pessoas portadoras das doenças crônicas reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças; os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com os pobres resultados em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições (MENDES, 2011).

As relações entre condições crônicas e pobreza estão bem estabelecidas e compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza.

Diante disto, a atuação das profissões deve ser ajustada para o perfil de adoecimento da população. Entender o processo de adoecimento de uma população pode significar uma adequada forma na prestação dos serviços dos quais essa população necessite. Para tanto, a Fisioterapia tem como desafio a sua inserção neste processo e o reconhecimento da sua práxis profissional reformulada (MENDES, 2011).

3. 6 Fisioterapia e Doenças Crônicas: Novos Desafios

Para enfrentar os desafios apresentados pela sociedade com profundas mudanças na organização social, no quadro epidemiológico e na organização dos sistemas de saúde, é necessário que ocorra um redimensionamento do objeto de intervenção da Fisioterapia, que deveria neste momento aproximar-se do campo da promoção da saúde e da nova lógica de organização dos modelos assistenciais, sem, no entanto abandonar suas competências concernentes à reabilitação.

Esse redimensionamento do objeto de intervenção e da práxis profissional conduz às mudanças mais profundas, de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta (BISPO, 2007). Como em sua origem, a Fisioterapia ainda concentra seu foco na reabilitação de indivíduos vítimas de doenças ocupacionais, lesões por traumas e acidentes, sequelados de doenças isquêmicas ou cerebrovasculares e distúrbios do sistema nervoso central e periférico. Ainda de acordo com Bispo (2007), apesar da ampliação das possibilidades de atuação do profissional, ainda predomina uma atenção destinada à recuperação de distúrbios ortopédico-traumatológicos e neurológicos.

Frente a esses desafios e necessidades, surge a proposição do modelo da Fisioterapia coletiva como base para reorientação do foco de atenção e da prática profissional do fisioterapeuta. A Fisioterapia necessita romper com as barreiras do modelo biologicista-curativo em que sempre se apoiou e aproximar-se da saúde coletiva, que valoriza o social como categoria analítica do processo saúde-doença e propõe novas formas de organização do setor saúde (ALMEIDA, 2000).

Esta forma de pensar o papel da Fisioterapia na nova lógica de organização dos serviços de saúde transporta um grande potencial para a redefinição epistemológica do campo científico da profissão, tornando-a cientificamente mais fundamentada, sanitariamente mais contextualizada e socialmente mais comprometida (BISPO, 2007).

Os riscos a que está exposta a população podem ser de natureza comportamental, educacional, social, econômica, biológica, físico-química, dentre outros. Para a identificação destes, duas necessidades impõem-se ao profissional fisioterapeuta: atuação em equipe multidisciplinar e utilização de conhecimentos de outras áreas do saber, como a epidemiologia, a geografia e as ciências sociais.

3.7 Oferta de Serviços

Tendo como eixo central de reestruturação do modelo assistencial brasileiro a definição da atenção básica, atribuem uma nova lógica de organização dos serviços e uma redefinição na atuação dos profissionais de saúde. A implementação desse novo modelo procura desfazer com o curativismo do modelo vigente, reestruturando e articulando a assistência com ações de promoção da saúde, controle de risco e prevenção de doenças. Cabe ressaltar ainda o enfoque que deve ser dado às ações intersetoriais, vista a incapacidade do setor de saúde de reverter, isoladamente, os determinantes mais gerais e estruturais das condições de vida (BUSS, 2000).

Quanto ao modelo de prestação de serviços de saúde, esse deve ser descentralizado e hierarquizado, e organizado em níveis crescentes de complexidade (TEIXEIRA, 2005). Nesta lógica, para atingir a assistência integral, é necessário ampliar a capacidade do sistema, com garantia do acesso à atenção primária, secundária e terciária, sem perder de vista as ações promocionais e de controle de riscos.

A seguir, algumas ações, segundo Bispo (2007), que poderão ser desenvolvidas pela Fisioterapia nesta nova lógica de atenção, com atuação do fisioterapeuta à atenção primária.

3.7.1 Fisioterapia na Comunidade

Apesar do grande estímulo para a prática da Fisioterapia na comunidade, abordaremos aqui apenas o item que tem ligação com o objeto do nosso estudo, seja ele o capital social e cultura, como mola propulsora para a reinserção destes indivíduos na sociedade, bem como fomento para a busca de equipamento de saúde. Nesse sentido, levantamos alguns itens da proposta de Bispo Junior (2007):

Desenvolvimento da participação comunitária - O envolvimento e a participação da comunidade têm sido cada vez mais utilizados como instrumento para elevação dos níveis de saúde. Além disso, a participação comunitária propicia a valorização da **cidadania e elevação do capital social**.⁴ O ser humano é, em essência, um ser participativo e a prática da participação facilita o crescimento da consciência crítica, fortalece o poder de mobilização e interação para o entendimento e condução de sua vida social.

Desenvolvimento de ambientes saudáveis - Ações desenvolvidas junto aos indivíduos, as famílias e a comunidade, objetivando promover condições dignas de vida e saúde. Promover a conscientização e a mobilização da comunidade em defesa de moradias dignas e condições estruturais básicas, como abastecimento de água, esgotamento e tratamento dos dejetos sanitários, coleta de lixo e pavimentação de ruas; identificar barreiras arquitetônicas e mobilizar a comunidade para reversão dessas barreiras; sensibilizar a comunidade para defesa do meio ambiente, a exemplo de preservação de áreas verdes e mananciais, além de estar atento para os níveis de educação, lazer e condições de trabalho da população.

Incentivos a estilos de vida saudáveis - desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis tais como incentivo à prática da atividade física regular; adoção de hábitos alimentares saudáveis; combate ao tabaco, ao álcool e às drogas ilícitas; desestímulo à promiscuidade e estabelecimento de relações parentais estáveis; educação sexual para jovens e adultos; e incentivo à valorização e co-responsabilização da própria saúde e saúde da comunidade.

Esta lógica da atenção está sendo ampliada e a sua implementação tem sido lenta. Muitos profissionais ainda se distanciam da verdadeira realidade que assola grande parte da população e que já foi tratado no início do estudo: **as iniquidades do setor da saúde**⁵.

A demanda reprimida de deficientes e pessoas com limitações físico-motoras têm forte relação com a exclusão socioeconômica, em que, muitas vezes, as complicações dos

⁴ Grifo da autora.

⁵ Grifo da autora - Para destacar que as ações em saúde podem reduzir estas iniquidades tão presentes na população brasileira.

distúrbios musculoesqueléticos ou o agravamento de incapacidades relacionam-se ao desenvolvimento de hábitos não saudáveis ou apenas à impossibilidade de custear o transporte até o serviço de fisioterapia.

3.7.2 - Fisioterapia na Sociedade

A Prática da Fisioterapia na sociedade pode ser ofertada em locais específicos. O acesso da população com maior necessidade ainda é dificultado por razões já descritas anteriormente. Os serviços especializados não estão organizados de maneira a oferecer garantia ao acesso quando a população necessita, imperando nesse momento o modelo biomédico-curativista.

Nesse espaço, perpetua a lógica do poder do capital econômico, possibilitando acesso aos que podem pagar pelos serviços oferecidos sem qualquer interação com o sistema de saúde. Entendem-se aqui como serviços especializados aqueles que oferecem aporte maior de tecnologias e equipamentos, os quais poderão auxiliar no retorno da funcionalidade do indivíduo, no entanto o acesso a estes serviços só será possível se o indivíduo puder chegar até lá independente da sua incapacidade (seja física ou social).

Ao longo dos últimos anos, foram propostos alguns modelos para orientar as discussões e as pesquisas sobre o tema da incapacidade. Por incapacidade entende-se o(s) impacto(s) que as condições agudas e crônicas têm nas funções corporais e na habilidade de o indivíduo atuar de modo esperado e pessoalmente desejável na sociedade (JETTE, 1994).

Diante do já exposto e com base na percepção de que o indivíduo deve ser pensado de forma integral, apresentaremos o modelo da Organização Mundial da Saúde – OMS - que aborda a questão da inserção deste indivíduo doente em seu ambiente e quais as repercussões disto para a sua reabilitação/recuperação.

A utilização deste modelo tem sido alargada embora com lentidão entre os profissionais da Fisioterapia que estão compreendendo melhor a necessidade da visão integral do indivíduo e como consequência um melhor entendimento no processo de recuperação e/ou reabilitação deste indivíduo.

Alguns estudos apontam para uma crescente utilização da CIF entre os profissionais da Fisioterapia, embora Maia (2013) relate que esse modelo não seja capaz de produzir indicadores que possam ser utilizados nas formulações de políticas para o indivíduo com certa

deficiência ou incapacidade devido ao grande número de construtos que devem ser abordados tornando assim a CIF pouco exequível e com reduzida objetividade. Utilizou-se a CIF então não como modelo de gestão, mas com o intuito de melhor compreender e descrever o quanto os aspectos contextuais poderão impactar nas condições de saúde dos indivíduos. Entende-se que a possibilidade de visualizar o quanto o capital social e cultural presentes nos indivíduos são capazes de impactar na sua situação de saúde, optamos por utilizá-la como ferramenta de apoio teórico/metodológico.

Nesse momento, deve-se pensar que um ambiente acessível poderá romper com incapacidades antes descritas tanto pelos pacientes quanto pelos profissionais e que mudanças na sociedade podem transformar realidades.

Para tanto, abordaremos a seguir o modelo da OMS que mais se aproxima desse contexto social, com os avanços possíveis para uma transformação social.

3.8 - O Modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Uma das missões da OMS consiste na produção de Classificações Internacionais de Saúde que representam modelos consensuais a serem incorporados pelos Sistemas de Saúde, gestores e usuários, visando à utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde.

[...] Desde 2001, a CIF tem demonstrado uma visão mais ampla, mais moderna dos conceitos de "saúde" e "incapacidade", através do reconhecimento de que cada ser humano pode experimentar algum grau de deficiência em sua vida através de uma mudança na saúde ou em ambiente. A deficiência é uma experiência humana universal, às vezes permanente, às vezes transitória. Não é algo restrito a uma pequena parte da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION).

De acordo com a OMS, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF) propicia um olhar para além de uma conceituação puramente médica ou biológica da disfunção, ou seja, leva em consideração também que o processo de adoecimento tem outros aspectos críticos. Isto permite analisar e registrar o impacto do meio ambiente e de

outros fatores contextuais sobre o funcionamento de um indivíduo ou de uma população (FARIAS, 2005).

A importância em conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, ao longo do tempo, principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, torna-se cada vez mais necessário para a área da saúde. Identificar as causas de morte e as doenças mais frequentes, em época que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, pode já não ser mais suficiente para o planejamento de ações de saúde (FARIAS, 2005).

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Explica ainda Farias (2005) que a funcionalidade é usada no aspecto positivo e o aspecto negativo corresponde à incapacidade. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação.

Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: não é apenas uma consequência das condições de saúde/doença, missão determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação (FARIAS, 2005).

No quadro 01, podem-se verificar as divisões da CIF com o indicativo de cada parte. Cada item indica qual área poderá ser avaliada e analisada levando-se em consideração os componentes e domínios adequados para cada situação. Na parte 01, funcionalidades e incapacidades, e na parte 02, os fatores contextuais onde está inserido o componente fator ambiental. Esse componente avalia como os aspectos externos (mundo físico, social e ambiental) nos quais estão os sujeitos inseridos, podem influenciar na funcionalidade e incapacidade do indivíduo.

Quadro 1 – Visão Geral da CIF

	Parte 1 – Funcionalidades e incapacidades		Parte 2 – Fatores contextuais	
COMPONENTES	Funções estruturais do corpo	Atividade e participação	Fatores ambientais	Fatores pessoais
DOMINIOS	Funções do corpo estrutura do corpo	Áreas vitais (tarefas e ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
CONSTRUTOS	Mudanças nas funções do corpo (Fisiológicas). Mudanças nas estruturas do corpo (anatomicas)	Capacidade de execução de tarefas num ambiente padrão. Desempenho/execução de tarefas num ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador dos mundos físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa
ASPECTOS POSITIVOS	Integridade funcional e estrutural	Atividade participação	Facilitadores	Não aplicável
	FUNCIONALIDADE			
ASPECTOS NEGATIVOS	Deficiência	Limitação da atividade – restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	INCAPACIDADE			

Fonte adaptada: C.M Buchalla.OMS: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;. São Paulo: EDUSP; 2003

Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos. Além disso, ela permite avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas sociais (FARIAS 2005). Neste sentido, com a capacidade ampliada de não apenas possibilitar uma taxonomia para os agravos à saúde como também poder classificar o seu estado, a CIF, também pode ser utilizada por setores, tais como, seguros, segurança social, trabalho, educação, economia, política social, desenvolvimento de políticas e de legislação em geral e alterações ambientais. Por estes motivos foi aceita como uma das classificações sociais das Nações Unidas, sendo mencionada e estando incorporada nas normas padronizadas para a igualdade de oportunidades para pessoas com incapacidades (OMS, 2004).

Nessa pesquisa, optou-se em utilizar o modelo da CIF na parte 2, onde são apresentados os fatores contextuais, dentro destes fatores o item fatores ambientais apenas

para melhor compreender o quanto à questão social e à subjetividade do indivíduo pode trazer impactos a sua função motora. Abaixo no quadro 02, descrição dos itens que podem ser analisados e avaliados na parte 02 da CIF.

Quadro 02 – Parte 02 da CIF – Fatores Ambientais

Fatores Ambientais	Facilitadores	Barreiras
Aspectos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo e, como tal, têm um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Os fatores ambientais incluem o mundo físico e as suas características, o mundo físico criado pelo homem, as outras pessoas em diferentes relacionamentos e papéis, as atitudes e os valores, os serviços e os sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis.	Fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade de uma pessoa. Ambiente físico acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.	Fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e geram incapacidade. Ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

Fonte adaptada: C.M Buchalla.OMS: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;. São Paulo: EDUSP; 2003.

4. METODOLOGIA

A metodologia prevista refere-se ao estudo do tipo qualitativo. De acordo com o objeto dessa pesquisa, utilizamos a abordagem Etnográfica dentro do desenho de estudo de casos.

No campo é onde se constitui a relação de interação social entre o pesquisador e o pesquisado, através de confrontos de crenças, conceitos, percepções, sentimentos e ações. E essa interação é considerada por Minayo (1999) como essencial para a construção do estudo qualitativo.

A base da metodologia etnográfica é o processo de observação, que é chamada de estudo naturalista ou etnográfico no qual o pesquisador frequenta os locais onde os fenômenos acontecem naturalmente (FIORENTINI E LORENZATO, 2009).

O estudo de caso trata-se do desenho de investigação, especialmente adequado, quando procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos fatores.

No projeto de pesquisa, foram escolhidos como casos dois homens morando na mesma comunidade que tiveram um acidente vascular encefálico (AVE), apresentando as sequelas motoras características desse evento. Um homem de cor branca e o outro de cor negra com intuito de verificar se ocorrem os processos de promoção e reabilitação dentro de uma mesma comunidade. O que interessava a pesquisa era observar as visões de mundo dos dois homens, o capital social e cultural, bem como de suas famílias, e a existência das suas redes sociais.

Foram também escolhidas duas informantes para explicar melhor a construção da comunidade, assim como das relações existentes, contextualizando todo o desenvolvimento da localidade. Essas informantes foram escolhidas por conveniência. O critério foi que tivessem mais de 90 anos de idade, morassem a mais de 50 anos na comunidade, estivessem lúcidas e capazes de responder as perguntas da entrevista semiestruturada.

A metodologia possibilitada. Diante da situação vivenciada no campo, a metodologia teve que ser revista, pois de acordo com o previsto no projeto havia dois sujeitos com sequelas de AVE, um negro e um branco, mas durante a coleta dos dados, na fase de observação, o sujeito branco transferiu-se para outro bairro sem ter participado da entrevista. Sendo assim, houve a necessidade de modificar a escolha dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Nesse novo momento, surgiu a oportunidade de encontrar outro homem negro, utilizando para locomoção uma cadeira de roda (CR), mas por sequela motora de perfuração por arma de fogo (PAF) e não de AVE. Nessa nova fase da pesquisa, foi necessário que o Objetivo Geral e também os Objetivos Específicos sofressem alterações já descritas no item dos Objetivos.

Dessa forma, a amostra passou a ser dois homens que utilizam a cadeira de rodas como possibilidade de locomoção. O primeiro sujeito negro, já observado que utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção, devido à sequela de AVE, apresentando como alteração motora a hemiplegia (dificuldade de mobilização de um lado do corpo) e como consequência não consegue deambular e o outro sujeito que ainda não havia sido observado, também negro, mais jovem com sequela de trauma agudo (PAF), apresentando como alteração motora a paraplegia (ausência de movimentação do quadril para baixo) que também não consegue deambular e utiliza a cadeira de rodas como meio de locomoção.

O critério de inclusão adotado foi a utilização da cadeira de rodas. A impossibilidade na movimentação decorrida da condição crônica (sequela motora: hemiplegia ou paraplegia) independente da causa, quer seja sequela de AVE ou PAF, poderia melhor identificar a construção da rede social destes indivíduos na comunidade a que pertencem. Logo, a ausência de mobilidade, sendo um obstáculo comum aos dois sujeitos, independente da causa que levou a este estado de saúde.

Sobre a coleta dos dados, foram utilizadas as seguintes estratégias: diário de campo, observação direta, entrevista semiestruturada com as duas informantes (moradoras da comunidade e escolhidas por conveniência), entrevista semiestruturada com os dois sujeitos, entrevista com as famílias, entrevista com a agente comunitária.

O período da coleta de dados correspondeu a setembro a dezembro de 2014. Os resultados serão apresentados em relação ao tipo de sequela.

4.1 Etapas e Métodos Utilizados em Cada Fase da Pesquisa

- Para a gênese da pesquisa: Primeiramente, foi utilizado o diário de campo com todas as anotações realizadas desde o primeiro contato na comunidade. No momento seguinte, foi importante entender o significado da comunidade a qual pertencem os dois casos escolhidos: como esta comunidade foi construída socialmente e as influências desse processo nas

dinâmicas sociais atuais, nas interações sociais e distribuição de poder, nas instituições e recursos disponíveis na comunidade.

Empregaram-se, aqui, para a compreensão dessa comunidade, as entrevistas com as duas informantes. Essas entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com data e hora agendada pela agente de saúde local. Foram realizadas nas residências das informantes, por achar assim importante, uma vez que, mesmo com possibilidade de ir até o posto, estando na própria residência, elas poderiam agir e falar com mais naturalidade e assim poder contribuir com mais informações. Para a pesquisadora, esse momento possibilitou a ampliação da sua observação da dinâmica do local. A técnica utilizada foi a de entrevista semiestruturada, as perguntas utilizadas estão apresentadas no Apêndice II (ver p.57).

A história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa. Se quisermos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter essas informações através da própria voz da pessoa.

Esse método utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas, busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador. Para ampliar o objetivo da pesquisa, a história de vida será relacionadas às trajetórias dessas informantes através da construção da comunidade.

Em terceiro lugar, a pesquisadora, nutrida pelas informações e reflexões das informantes, observou a dinâmica da comunidade segundo abordagem etnográfica de observação, assim como no processo de imersão dos dois casos da pesquisa. O tipo de observação utilizado foi a observação sistemática ou observação direta.

Essa técnica é utilizada em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou o teste de hipóteses ou pressupostos teóricos e pode ocorrer em situações de campo ou de laboratório, neste caso, o campo. Para obter o sucesso na utilização dessa técnica, é recomendado ter conhecimento prévio do fenômeno a observar antes de iniciar o processo de observação, o que é o caso da autora que visita esta comunidade com estagiários em fisioterapia, nutrição e enfermagem.

Num quarto momento, foi utilizada novamente a técnica de entrevistas semiestruturadas, as perguntas utilizadas estão apresentadas no Apêndice III (ver p. 58), dessa vez com os sujeitos participantes da pesquisa. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com data e hora agendadas pela agente de saúde local. Foram realizadas nas próprias residências dos sujeitos e tiveram como intuito também observar o local de moradia e assim notar as influências externas e internas sobre a funcionalidade destes sujeitos. Estavam presentes, no momento da entrevista, a pesquisadora, o sujeito entrevistado e a agente comunitária. Nessa oportunidade, foi utilizado como instrumento de avaliação a CIF na sua parte 2, que considera o ambiente no qual este sujeito está inserido.

Em quinto lugar, foi utilizada a técnica de entrevistas semiestruturadas com as famílias dos dois sujeitos (ver p. 59) As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora com data e hora agendadas pela agente de saúde local.

O roteiro foi memorizado e utilizado ao final da entrevista para verificar com a pessoa entrevistada se todos os pontos foram abordados. Essa técnica de entrevista semiestruturada tem a vantagem de respeitar a autoridade do discurso do entrevistado e de assegurar que todos os pontos importantes para fins de comparação sejam coletados.

Em todas as entrevistas realizadas, com as duas informantes (aqui vamos chama-las de D. Didi e D. Dudu), com os dois sujeitos (que vamos chamar o sujeito nº1 de Keno e o sujeito nº2 de Ralfh), com a agente comunitária de saúde e com os respectivos familiares, a pesquisadora informou o intuito em realizá-la, a importância para a ciência e para a sociedade, bem como solicitou a todos a autorização para divulgação das suas respostas na sua fase de escrita e apresentação do trabalho. Foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a Autorização para participação e divulgação das respostas mantendo o anonimato (ver p. 52). Depois, foi entregue a todos os impressos, os quais foram assinados e entregues as vias da pesquisadora. Essa pesquisa foi elaborada utilizando os critérios adotados na Resolução 466, do Conselho Nacional de Saúde de 2012.

5. RESULTADOS

5.1 Conhecendo a Comunidade

O diário de campo possibilitou a observação do viver na comunidade. O local estudado, que será chamado aqui de Recanto Feliz, é uma localidade que surgiu ainda no século XIX. Esse bairro se originou, com a instalação da fábrica de tecidos São Brás. De acordo com as informantes, o nome do bairro teria surgido por conta da existência de uma balsa, que possibilitava a travessia marítima das pessoas entre o Recanto Feliz e a Ribeira, na época em que outros meios de transporte, como ônibus e trem, eram precários ou não existiam.

A implantação da estrada de ferro Calçada-Paripe deu início à expansão urbana rumo ao subúrbio ferroviário, sendo construída em localidade próxima a Estação de Trem Almeida Brandão. Esta linha de trem trouxe muitos benefícios à população do bairro – como o abastecimento da feira local com mercadorias que vinham do interior, a chegada da iluminação elétrica, a presença do transporte público e a instalação da fábrica de tecidos São Brás, que proporcionaram o povoamento do bairro e seu desenvolvimento econômico, segundo informações colhidas pelas informantes.

O bairro possui via de acesso facilitada pela urbanização recente da rua principal, o que facilita o deslocamento, bem como a valorização dos imóveis, ainda conforme as informantes. Na rua principal, observou-se a presença de várias escolas (públicas e privadas), pequenos comércios com as mais variadas opções de mercadorias e serviços, entretanto chama atenção a grande presença de lojas de roupas.

O transporte público presente ainda é frágil, pois, segundo as informantes, a demora é grande entre a passagem de um ônibus e outro. Porém, se puder ir para a avenida principal, lá existe uma variedade nos destinos, assim como maior rapidez entre a passagem de um ônibus e outro. Além do ônibus, é possível chegar ao Recanto Feliz, através de trem e de barco. A vista do terminal marítimo é digna de contemplação, principalmente no final da tarde.

Pode-se observar ainda a construção da orla, o que proporcionou ao bairro uma melhoria na qualidade de vida, pois antes, como disse as informantes, havia um acúmulo de lixo junto a margem do braço de mar que corta o bairro. Ainda é visível que a questão do descarte do lixo é um problema, pois em toda a caminhada pela rua principal, bem como pelas

ruas secundárias, verificou-se a presença do lixo na via pública. Questionando sobre a passagem do caminhão que recolhe o lixo, a pesquisadora foi informada de que passa diariamente. Adentrando-se no bairro foi verificada a arquitetura do local, observou-se a presença de construções geminadas e os famosos “puxadinhos”, ou seja, quando a família vai crescendo a construção do novo espaço de moradia vai sendo vertical, embaixo mora pai e mãe e, em cima, os filhos vão construindo as suas casas.

A pesquisadora pode observar ainda que no Recanto Feliz existem algumas estratégias de organização comunitárias identificadas através da sede da cooperativa dos pescadores e a sede da associação dos moradores. O bairro também possui um posto de saúde, construído em um terreno da associação dos moradores, que em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal propôs a permuta do terreno pela construção do posto de saúde favorecendo assim a população local no que diz respeito à atenção básica à saúde.

Como é uma localidade junto ao mar, tem forte a presença da pescaria na manutenção econômica. Não raramente visto, nas calçadas, redes de pescaria, bem como os pescadores realizando os seus ajustes e vendendo o produto das suas pescarias.

Ainda durante o período de observação, outro aspecto chamou atenção da pesquisadora, foi o clima de amizade e solidariedade entre os moradores. Era comum encontrar os vizinhos reunidos, no fim de tarde, nas portas das suas casas, para um bate-papo ou um joguinho de dominó. É natural que os filhos, ao se casarem, construam as suas casas bem próximas a dos seus pais. E é admirável o pacto de solidariedade que parece haver entre os moradores, uma vez que um vizinho está sempre disposto a ajudar o outro nos mais diversos aspectos. E foi justamente isso que estávamos a procura nesta localidade: as redes de relacionamento e o seu capital social e cultural interno e externo .

Recanto Feliz tem como ponto turístico um famoso restaurante e uma visão espetacular para a Baía de Todos os Santos.

5.2 O Viver na Comunidade

Passada a etapa da observação, o próximo passo foi a realização das entrevistas com as informantes para uma melhor compreensão do que é viver naquela localidade.

Como repostas às questões, as informantes puderam confirmar o que na fase de observação chamou atenção: a presença da solidariedade e o clima de amizade entre eles

embora, em algum momento dos seus discursos, relatam que as mudanças tanto geográficas como demográficas trouxeram impactos para aquela comunidade. D Didi afirmou:

[...] mas mesmo assim é um lugar bom de se viver. Eu não tenho o que dizer daqui, eu construí minha casa aqui..construí ..hoje não tô pagando imposto predial, porque o prefeito liberou, que já tinha 53 anos pagando imposto predial e esse ano fui liberada não vou pagar e não paguei, mas minha filha aqui é um lugar muito bom de se viver..não tem o que falar..ninguém tem o que falar daqui não porque quem criou os filhos antigamente eu e ela como nós criamos os nosso filhos... Todos os meninos decentes, bons, honestos, viu.

Sobre as mudanças geográficas e a chegada do progresso, falou D. Dudu:

[...] Mudou demais, minha filha, isso aqui. Aqui so tinha essas casinha aqui. Essa daqui é mais nova, aí na frente era tudo aí roça e aqui a minha casa aqui o fundo dava para o mangue e aí no fundo .não tinha nada, era mangue. A gente chegava enchia as vasilhas de marisco e peixe que botavam bomba. Que era tanto do peixe! Não tinha nada, nada... Era uma casa ou outra era casa de palha.

D. Didi:

[...] Água? A gente trazia um balde na cabeça... Lá adiante tinha uma fonte... Todos pegavam água lá. Quando a luz chegou foi uma festa e uma facilidade. Podíamos guardar comida e ter água gelada.

Ainda no que diz respeito à construção da comunidade, as informantes apontam o quanto o crescimento demográfico trouxe de alteração no estilo de vida em relação a produtividade. D. Didi disse:

[...] Aqui agente vivia ainda melhor, porque agente tinha a maré ai, viu? Tinha essa maré, tinha muito marisco, passava fome quem era preguiçoso. Quem não era, trabalhava, como eu e essa minha amiga trabalhava. Trabalhava numa fábrica... Quando a gente precisava de algo mais, a gente ia na maré, mariscava e pegava nossos mariscos. Fazia uma comida ligeira e levava a vida, né? E hoje não. Hoje não, se tem isso ai. Hoje tem invasão...

Acabaram com tudo, mas mesmo assim é um lugar bom de se viver. Eu não tenho o que dizer daqui. Eu construí minha casa aqui.

O crescimento demográfico trouxe junto a transformação geográfica observada na melhoria do acesso das vias públicas (ruas calçadas e asfaltadas), em contrapartida trouxe também as questões da modernidade: a falta de segurança, identificada na fala das informantes da seguinte forma. D. Didi:

[...] A vagabundagem que não tinha aqui. Não tinha. Quantas vezes eu acordei e levantava de manhã e a porta não tava trancada e ninguém empurrava a porta e ninguém pegava nada de ninguém. A roupa dormia no quardador. A gente botava a roupa na porta de casa, não tinha prefeitura, as grades é para evitar isso ai. As pessoas se sentem segura dentro da sua casa. A grade é pra isso.

D. Dudu:

[...] Mas não é como antigamente. Antigamente era uma maravilha, mas agora com esses assaltos, essas coisas que tá tendo aí... A gente não tem sossego aqui não tem. É assalto, de vez em quando estão assaltando as lojas por ai...

Apesar das fragilidades trazidas pela presença do progresso em relação à segurança pública na comunidade, as informantes confirmaram o que foi observado, na primeira fase, a pesquisa sobre a solidariedade e satisfação da moradia naquela comunidade. D. Didi falou:

[...] tenho certeza que se eu precisar de ajuda os vizinhos chegam para me ajudar... Tenho certeza que eles vêm me servir. [...] Meus vizinhos são bons. Não é que viva incomodando eles e todo mundo me respeita e não deixa ninguém mexer comigo. E eu também respeito todo mundo.

D. Dudu:

[...] Com certeza isso, com certeza, se uma sentisse qualquer coisa a outra sentia também.

Sobre a possibilidade de morar em outro local. D. Didi:

[...] Não. Não... não vou não...(enfática) já estou acostumada aqui, minha filha, daqui só saio para a minha morada eterna.

D. Dudu:

[...] Não tenho não... eu não acho um lugar melhor para eu morar que não seja aqui, porque já estou aqui plantada, acostumada... Mesmo com as poucas pessoas que tem, mas eu tô satisfeita.

As informações colhidas das entrevistas apresentam uma uniformidade no seu teor: o de que viver naquele local tem seus aspectos positivos os quais são maiores do que os negativos, apesar da exclusão social que os bairros das periferias sofrem. Há ausência das políticas públicas visivelmente em todos os indicadores: saúde, educação, saneamento básico, moradia, segurança, acessibilidade, transporte entre outros, porém na fala dos entrevistados a tessitura social presente mantém os laços fortalecidos e a coesão existente explica o desejo de todos em permanecer naquele local apesar das fragilidades apresentadas.

Esse caminho percorrido permitiu ouvir histórias de pessoas que lutam dia a dia para vencer a "vida difícil" na zona periférica da cidade (com o esquecimento por parte dos governantes e das políticas públicas) e que, ainda assim, nutrem uma enorme paixão pelo local onde nasceram e foram criados. Cada história contada proporcionou a pesquisadora, além de uma significativa experiência na pesquisa científica, o seu crescimento como ser humano.

5.3 Adoecer e Sobreviver

De posse das informações acerca da construção da comunidade e de como é viver nela, passamos para a terceira fase da pesquisa que foi a entrevista com os dois sujeitos.

Vamos chamar o primeiro sujeito de Kenu, 54 anos de idade, solteiro. Mora com a irmã e mais duas sobrinhas. Tem mais três irmãos. Ele é o mais novo da família. Estudou até a 8ª série. Profissão: pescador. Mora no Recanto Feliz desde que nasceu. Sofreu um AVE, em 2013. Já havia sido diagnosticado como hipertenso, mas mesmo assim não fazia o acompanhamento clínico necessário. Estava pescando sozinho desmaiou, passou um dia à deriva, foi encontrado inconsciente no seu barco, levado ao Hospital Geral do Estado, sendo diagnosticado AVE hemorrágico, com indicação de drenagem de hematoma sub-dural. Ficou hospitalizado por volta de um mês. Realizou fisioterapia enquanto estava internado. Teve alta, retornando para casa. No momento do retorno para casa, houve necessidade de adequação na distribuição dos quartos para que fossem facilitados os cuidados que seriam prestados a ele a partir daquele momento.

Como já mencionado na Metodologia, a entrevista foi agendada pela agente comunitária que estava presente o tempo todo. A entrevista foi realizada no período da manhã. A primeira impressão é de que o entrevistado parece lúcido e orientado. Iniciamos a entrevista perguntando como é morar no Recanto Feliz. O Sr. Kenu responde que gosta muito, porém, no decorrer da entrevista, as respostas ficaram sem sentido e monossilábicas, finalizando que está muito triste porque não pode mais andar. Que tem medo de sair de casa devido à possibilidade de bala perdida e não ter condições de se defender, ou seja, correr porque está na cadeira de rodas.

Mostrou-se com extrema dificuldade na transferência de sentado para ortostase ficando nesta posição por apenas poucos segundos e com grande apoio da pesquisadora e segurando na grade do terraço da casa (local da entrevista). Muito dependente para a realização das atividades de vida diária. Nesse caso, não aplicado escala que quantificam a independência mas utilizou-se da subjetividade do sujeito, quando ele relata que não tem condições para realizar nada sozinho. Necessita sempre de alguém para empurrar a cadeira de rodas. Relato da agente de saúde que ele não tem condições de realizar a fisioterapia fora da comunidade devido a pouco recurso financeiro (na comunidade não existe local de reabilitação motora) e às condições físicas que não facilitam a ida ao centro de referência próximo, por isso nunca fez fisioterapia depois da alta hospitalar.

A casa é de laje, permitindo uma boa mobilização da cadeira de rodas pelos seis cômodos. Tem um terraço grande onde permanece grande parte do dia. Para passar o tempo, costuma assistir televisão, o que o deixa mais solitário ainda.

Sobre capital social:

O estado de humor possibilitou fortalecimento de alguns laços na comunidade do Recanto Feliz, porém não foi capaz de possibilitar apoio para uma possível reabilitação motora e a ressocialização não aconteceu de maneira satisfatória, visto que, devido à impossibilidade de mover-se sozinho, ele se mantém bastante isolado, apesar da boa convivência que possuía com os moradores antes do adoecimento.

Sobre capital cultural:

Estudou até a 8ª série, mas não teve outra possibilidade de aporte acadêmico, resultando na profissão de pescador.

Sobre a rede social:

Tem amigos que o visitam pouco. Devido à impossibilidade em deambular se sentiu abandonado. Referiu que, antes do acidente, podia jogar bola e assim a convivência era melhor com os amigos pescadores. A agente comunitária informou que Sr Kenu está sempre bem humorado e que era bastante brincalhão (o que nos faz pensar em boa rede social). Possui boa relação com irmã. Após o acidente, deixou de receber sua produtividade. A família ajuda na provisão dos remédios e das fraldas que usa.

Aplicação da CIF:

Código identificador = e335+3 (tem uma cuidadora), e1201+3 (uso da cadeira de rodas como meio de locomoção), Facilitadores – Utilização da cadeira de rodas (CR) - a mobilidade é desempenhada na CR. Nesse caso, a cadeira de rodas aparece como um facilitador no desempenho da incapacidade que é a não deambulação. A casa apresenta espaço físico ideal para a mobilidade com a CR. A atitude positiva da irmã frente a nova condição de saúde enfrentada pelo sujeito aparece também como facilitador. A presença programada da agente de saúde garantindo o acesso a tecnologias de assistência á saúde é pontual e também pode ser considerado um facilitador.

Barreiras:

O ambiente fora da casa não proporciona a possibilidade de maior interação com a comunidade: presença de batentes na saída da casa, calçada sem regularidade no seu trajeto, rua de paralelepípedos que dificultam a passagem da CR, a ausência de serviço especializado para o acompanhamento apropriado da sequela e o sentimento de insegurança o qual refere o

sujeito fazendo com que fique cada vez mais isolado. Presença de sequela motora, impossibilitando de realizar, por si só, atividades.

Aqui, a lesão motora possibilitou o acréscimo no capital cultural da família, pois a irmã se viu na necessidade de ampliar os estudos para que pudesse ir em busca dos direitos sociais que foram negados ao seu irmão, enquanto cidadão. A presença da sociedade na sua recuperação não foi visível. Para tanto, a irmã do Sr Kenu estudou e passou no vestibular para a Faculdade de Direito e já estava exercendo o seu papel de cuidadora, utilizando das informações recebidas na faculdade, para providenciar a aposentadoria, bem como outros direitos sociais para o irmão.

Resultado pouco esperado de acréscimo no capital cultural em decorrência de trauma na família, principalmente, em se tratando de indivíduos moradores de bairros periféricos como já dito, excluídos das políticas públicas sociais. Em relação à função motora, não podemos afirmar, no entanto, que a falta da realização da fisioterapia teve impacto negativo no desempenho motor do Sr Kenu. O impacto neurológico nas funções motoras depende de vários fatores e o *déficit* motor identificado no momento da entrevista não pode ser indicativo apenas da não realização da fisioterapia.

O segundo sujeito será chamado de Ralfh, 25 anos, vítima de perfuração por arma de fogo há cinco anos. Conta que estava na rua com a namorada quando aconteceu de ser atingido por uma bala perdida. Foi levado para o Hospital Santo Antônio onde foi submetido a cirurgia para retirada do projétil e recuperação motora. Ficou internado por volta de dois meses por ter evoluído com infecção e abertura de úlcera de decúbito em região sacral. Relata que realizava fisioterapia e que esperava retornar a andar. Mora com a mãe.

A entrevista foi agendada pela agente com certa dificuldade, pois não gosta de acordar cedo. O encontro foi marcado para as 10h da manhã. Estavam presentes à entrevista a pesquisadora e a agente comunitária. Quando perguntado sobre como é morar no Recanto Feliz, respondeu que gosta muito, porém não conseguiu responder as demais perguntas devido à crise de choro. Neste momento, a entrevista foi interrompida. Percebeu-se que o adoecimento em indivíduos jovens traz muita tristeza e que essa condição necessita ser abordada e tratada de forma especial.

Quanto à locomoção realizada na cadeira de rodas, teve que adequar a casa para facilitar mobilização. Retirado todos os móveis da sala e trocado de quarto. Antes dormia na parte de cima da casa, agora dorme em baixo. É independente para a maioria das atividades da vida diária. Não necessita de ninguém para empurrar cadeira. Tem mobilidade e força

muscular em membros superiores (MMSS). Relata que não está mais realizando fisioterapia devido às condições financeiras. Precisa de carro para levar e trazer do centro de reabilitação.

Sobre rede social:

Tem grande quantidade de amigos. Gosta de sair à noite. Maior interação com mãe, tia e irmã.

Sobre capital social:

Apesar da rede social estendida, não consegue manter vínculos com sociedade para realização do processo de reabilitação, embora o processo de ressocialização esteja presente.

Sobre capital cultural:

Terminou Ensino Médio. A mãe sentiu necessidade de ampliar o pequeno negócio (tem comércio na porta de casa) com fabricação de refeições para os pescadores da região com intuito de aumentar renda e assim suprir as necessidades do filho.

Sr. Ralfh recebe auxílio deficiência, mas mesmo assim, segundo ele, não tem condições de sair da comunidade para a realização da fisioterapia.

Aplicação da CIF:

Código identificador = e330+3 (tem a mãe como cuidadora), e1201+3(uso da cadeira de rodas como meio de locomoção). Facilitadores – Utilização da cadeira de rodas (CR) - a locomoção é desempenhada na CR. Neste caso, a cadeira de rodas aparece como um facilitador no desempenho da mobilidade. A casa não apresenta espaço físico ideal para a mobilidade com a CR. Teve que ser adaptada, ou seja, retirado todos os móveis para a facilitação da passagem da CR. Apesar da tristeza identificada no momento da entrevista, esse sujeito apresenta uma atitude positiva em relação à nova condição de saúde uma vez que manteve a sua rede de relacionamentos dentro, como também, fora da comunidade. A atitude positiva da mãe frente a essa nova condição de saúde aparece também como facilitadora. A presença programada da agente de saúde garantindo o acesso a tecnologias de assistência á saúde pontual também pode ser considerada um facilitador.

Barreiras:

O ambiente fora da casa não proporciona a possibilidade de maior interação com a família: presença de batentes na saída da casa, calçada sem regularidade no seu trajeto, rua de

paralelepípedos que dificultam a passagem da CR, a ausência de serviço especializado para o acompanhamento apropriado da sequela.

Resultado aqui também pouco esperado que o acréscimo do capital cultural (empreendedorismo da mãe) pudesse ser alavancado devido à situação de agravo na família em se tratando de sujeitos moradores da região da periferia. Em relação à função motora podemos identificar que a não realização da fisioterapia retardou o processo de melhora da independência funcional visto que o mesmo relatou, no início, da entrevista que realizou o tratamento fisioterápico durante um período.

5.4 Analisando os Dados

Para a análise dos dados, a pesquisadora seguiu as recomendações de Erickson (1986) quando propõe fazer uma releitura de conjunto a fim de ter uma visão global do texto. O material foi gravado, transcrito, escutado e relido (as notas de observação serão também digitalizadas, assim como o conteúdo significativo do diário de campo) com atenção minuciosa por diversas vezes, tendo como objetivo adquirir uma visão de conjunto e bem como se familiarizar com as diferentes particularidades do texto, antecipando os possíveis tipos de dificuldades que poderiam se apresentar. Utilizou-se também da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2006).

Os resultados encontrados foram esclarecedores e confirmam o que os estudos prévios já traziam sobre as iniquidades na saúde principalmente para as comunidades carentes. Todavia, um resultado não esperado foi o aumento do capital cultural das duas pessoas mais próximas na rede social dos sujeitos estudados. O que faz pensar que mesmo quando o Estado não está presente no cumprimento de sua obrigação de cuidar das pessoas com doenças crônicas e de prover o acompanhamento (*Follow up*) desses indivíduos, a existência do capital social pode atenuar essa ausência e ainda contribuir para o crescimento do capital cultural, impulsionado pela carência de todas as seguridades sociais existentes. Ratificando a ausência da sociedade/Estado da vida destes dois cidadãos quando não possibilita a realização de tratamento o qual poderia alterar a qualidade de vida desses sujeitos.

6. DISCUSSÃO

As condições apresentadas ao longo da trajetória da vida podem representar o estado de saúde cada indivíduo. O desenvolvimento pessoal alcançado ao longo do tempo, configurados pela história de vida de cada um, a qual pode estar referida no contexto social, econômico e político nas quais tais trajetórias se desenvolveram. Assim, a moradia, bem como as relações sociais ali existentes, pode conferir ao sujeito o seu estado de saúde.

O observado, na pesquisa, confirma os estudos sobre as iniquidades em saúde e ausência do Estado principalmente no que tange às políticas de saúde para população de localidades periféricas, de acordo com Buss e Filho (2007). Em se tratando ainda de iniquidades, pode-se perceber que quanto mais desigual a sociedade menor a coesão social, a solidariedade e a participação na política para a sociedade em geral, porém, nas comunidades mais carentes, essa coesão está aumentada para a compensação da falta das políticas sociais. Aqui se faz necessário também chamar atenção para as proposições de Bourdieu (1980) em relação à presença do capital social, bem como das proposições de Coleman (1990) quando tratou da importância do capital cultural, verificado, nessa comunidade, através das relações existentes entre as famílias e os sujeitos entrevistados.

Bauman (2001) traduz que a comunidade pode ser um lugar cálido e com a segurança necessária para a manutenção dos valores que podem facilitar como também manter o estado de saúde daquela população.

É como um teto sob o qual nos abrigamos da chuva pesada, como uma lareira diante da qual esquentamos as mãos num dia gelado. Lá fora, na rua, toda sorte de perigo está à espreita; temos que estar alertas quando saímos prestar atenção com quem falamos e a quem nos fala, estar de prontidão a cada minuto. (BAUMAN, 2001, 7.)

A moradia nesta localidade reflete o que Bauman (2001) retrata quando se fala em segurança, é o que retratam as duas informantes quando dizem “que não há melhor lugar para viver e que só sairia dali para morada eterna”.

Sobre a saúde dos homens, pode-se identificar e confirmar o que os estudos sobre a saúde da população masculina retratam: a incipiente procura pelos serviços de saúde desta população pode afetar diretamente a sua saúde. Nesse caso, como já foi relatado, no que diz

respeito ao sujeito Kenu que, antes do evento do AVE, já havia sido diagnosticado como hipertenso e mesmo assim não fazia o acompanhamento clínico necessário. Para o sujeito Ralfh, essa proposição não se aplica devido ao fato da sua condição de saúde ter sido deflagrada por um evento agudo.

No que diz respeito às redes sociais, pode-se perceber ainda a importância da existência da rede social como fator de impacto para manutenção do estado de saúde. Confirmando o que alguns estudos já haviam identificado (BAUN, 2004). A reciprocidade, a ajuda mútua, o grau de confiança induzem ao estado de saúde identificado nas falas das informantes, bem como na situação vivenciada pelos dois sujeitos. A coesão social e a existência da confiança mútua promovem um estado de bem estar que pode suprir as carências das políticas públicas as quais a população da periferia está excluída.

Além da coesão social, estudos tratam que um aporte de atenção na saúde dos homens pode resultar em uma economia nos custos para o tratamento de doenças crônicas. Fazendo relação com o estudo Barthold (2013) no qual traz o impacto da redução de custos na saúde de homens quando comparado aos investimentos relacionados à saúde das mulheres. Na nossa pesquisa, evidenciamos a questão do custo elevado no momento em que esses dois sujeitos são privados de exercerem alguma produtividade e que agora o Estado deverá arcar com esta conta.

Bourdieu (2010) afirma que a presença do capital social, bem como do cultural, pode inferir em valores destacáveis numa comunidade, o que foi identificado no presente estudo onde a ausência do estado possibilitou o alavancar do capital cultural não dois sujeitos envolvidos, mas das suas redes sociais. Nessa proposição, a presença da família é de fundamental importância na manutenção das redes de apoio e assim exatamente o que foi encontrado no estudo tanto no momento da identificação da comunidade através das duas informantes, onde reforçam a importância da família quanto ao momento com os sujeitos onde foi observado que a ação da família foi essencial na proteção e ressocialização destes indivíduos. Ainda fazendo relação com Bourdieu (2010), onde discorre que a presença do capital cultural trará alguma forma de poder, pode-se identificar essa relação na forma de capital cultural institucionalizado nas ações das redes sociais dos dois sujeitos.

As possibilidades econômicas também foram evidenciadas neste estudo, confirmando o que Mendes (2011) apresenta sobre os custos com os indivíduos que desenvolveram condições crônicas de saúde, ou seja, quanto menos se investe na proteção e promoção da saúde mais gastos serão necessários para a manutenção do estado de saúde. Ainda conforme Mendes (2011), podem ser identificadas as diferenças entre doenças crônicas e condições

crônicas, bem delimitadas nos dois casos estudados: Um vítima de PAF (evento agudo que se transforma em crônico) e outra vítima de AVE (evento causado por uma condição crônica do indivíduo – hipertensão arterial sistêmica).

Em consonância com estes estudos, pode-se ainda verificar que a rede de assistência de fisioterapia não está acontecendo, pelo menos no que concerne a estes dois casos. As dificuldades encontradas ofereceram barreiras para a consolidação da proteção e dos cuidados com a saúde. A fisioterapia não aparece na atenção básica embora alguns esforços estejam sendo feitos a despeito do trabalho de Bispo Junior (2007). Em relação à rede de serviços especializados, a não possibilidade de acesso dos usuários de comunidades carentes a estes serviços foram confirmados nos resultados encontrados. A organização dos serviços de saúde deveria ser hierárquica, segundo o que retrata Teixeira (2005), e descentralizada levando-se em consideração a lógica do sistema de saúde vigente no país. No presente estudo, pode-se observar a total falta de hierarquia, tanto quanto de descentralização.

Para a confirmação da presença destas barreiras utilizou-se a CIF como modelo teórico. No entanto, conforme Maia (2011), a aplicação desta classificação apresenta uma dificuldade no seu emprego devido ao número elevado de construtos que dela fazem parte, transformando a classificação com pouca objetividade. Essa falta de objetividade na sua aplicação não foi detectada no presente estudo. A CIF foi utilizada apenas na parte 02, onde foi verificada a existência dos facilitadores e barreiras existentes na localidade estudada, que podem trazer certo impacto no estado de saúde da população estudada. A subjetividade permitida pela CIF foi utilizada aqui para avaliação das barreiras e facilitadores. Apurou-se o quanto de impacto na condição de saúde pode ser gerado pelo ambiente no qual o sujeito está inserido, bem como se relaciona com sua rede social.

6.1 Limites e Força do Estudo

O principal limite deste estudo foi o número pequeno de sujeitos, o que poderá não incluir todos os processos sociais em questão, mesmo assim, o número foi suficiente para detectar um processo não esperado no incremento do capital cultural. É bem provável que em outros estudos de desenho qualitativo possa-se aprofundar e analisar esses processos. Sendo assim, na possibilidade de aprofundamento, seria possível encontrar mais sujeitos e, desta forma, permitir que futuros estudos de modo quantitativo possam medir o tamanho desses

processos, bem como sua distribuição, realizados com amostras estatisticamente representativas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As iniquidades na saúde existem e possivelmente a sociedade não terá forças para fazer nada contra essa situação, que tanto aflige os sujeitos moradores de localidades onde a desigualdade social é tamanha. Nesse caso, aqui, no Brasil, mesmo com o esforço de alguns setores do governo ainda é presente a injustiça social.

Nesse estudo, mesmo com uma amostra reduzida, pode-se perceber o quanto o Estado está ausente das localidades periféricas. Que o programa de proteção e recuperação da saúde não acontece nas comunidades carentes e o quanto são exacerbados os laços e vínculos entre os seus moradores na perspectiva de seguridade e coesão social para assim poder transpor todas as adversidades ocorridas da moradia em uma comunidade periférica.

Esses vínculos são tão importantes quanto à presença deste Estado, o qual deveria estar presente fazendo valer a aplicação da política pública para a saúde onde na sua constituição define: “saúde é um dever do Estado e um direito do povo”.

Foi ainda visualizado que a presença do capital social transpõe as barreiras da escolaridade, que diante de situações que são adversas estes sujeitos incorporam as suas relações e usufruem o poder que emana dela para suavizar a ausência que o Estado faz. Nesta pesquisa, o mais importante foi perceber a estrutura social existente no universo empírico através das relações e, não apenas, os atributos individuais. A família foi realçada, em todos os momentos do estudo, fazendo acreditar que enquanto instituição de apoio social, a família é de extrema importância para o cotidiano da sociedade extrapolando aí a presença do Estado.

Pode-se inferir ainda que a rede de serviços ofertados pela sociedade não está dando conta de cuidar da população que mais precisa. Essa falta de cuidado impacta, cada vez mais, na ausência de serviços mais especializados e de maior custo. Esses serviços estão apenas disponíveis para outras classes sociais que têm condições básicas para seu acesso, reforçando, ainda mais as iniquidades no setor saúde.

Aos indivíduos moradores de localidades da periferia, apropriar-se dessas informações e utilizar esses conhecimentos, pode favorecer na ressocialização assim ter facilitada a possibilidade de participar do sistema de saúde sendo incluso em programas, por exemplo, que possam promover a reabilitação motora.

Além disso, deveriam ser instituídas formas inovadoras para aumentar o capital social e cultural destes sujeitos moradores de comunidades carentes, incrementando ações de informação e orientação em todos os níveis da vida coletiva. Permitindo que esse sujeito

possa ser um agente transformador na sua condição de saúde bem como de sua família e, assim, favorecer uma verdadeira cidadania, incluindo a proteção e a promoção da saúde, as quais estão ancoradas nos direitos básicos de toda a população brasileira.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAUJO, M C. 'D. **Capital Social**. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Zahar, 2010.
- BARATA, RB. **Desigualdades sociais e saúde**. In: Gastão WSC et all. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009
- BAUM FE, Z AM. **Glossary social capital**. J Epidemiol Community Health 2003; 57:320-3.
- BAUMAN,Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001
- _____. **Comunidade – A Busca por segurança no mundo atual**. ZygmuntBauman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 2003
- BENJAMIN, C, et. all. **A Opção Brasileira**. Rio de Janeiro: Contraponto. 1998
- BERTAUX, D. [1980]. **El enfoque biográfico: sua validez metodológica, sus potencialidades**. In **Proposiciones**. 29(4): 1-23. 1999
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília. 2009.
- BUSS PM. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciencia eSaude Coletiva,2000; 5(1):163-177.
- BUHALA, C.M..**OMS: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003.[WHO] World Health Organization.The WHO Family of International Classifications. Disponível em: <http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/> Acesso: Maio. 2014.
- CANCLINI, N. G. **Consumidores e Cidadãos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 1997
- CARVALHO, J M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. pp. 219-29.
- CARVALHO E F, et all. **O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: O caso dePernambuco**. Revista *Associação de Saúde Pública Piauí* 1998; 1: 107-19.
- COLEMAN, J S. **Foundations of social theory**. Harvard University Press, 1990.p.304.
- COSTA, R. **On a new community concept: social networks, personal communities, collective intelligence**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.17, p.235-48, mar/ago 2005.

DEMO, P. **Cidadania Tutelada e Cidadania assistida.** Autoresassociados. Campinas,SP,1995.

ERICKSON, F. **Qualitative methods in research on teaching.** Em Wittrock, M. C. (Dir.), *Handbook of research on teaching.* New York :Macmillan. 1986. p. 119-161.

FALCAO, I V et all . **Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.** *Revista Bras. Saúde Mater. Infan.*, Recife , v. 4, n. 1, Mar. 2004.

FARIAS, N. e BUCHALA, C.M.A **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** *Revista Brasileira Epidemiologia.* 2005; 8(2): 187-93

FERNANDES, Mesther. **História de vida: dos desafios de sua utilização.** *Revista Hospitalidade.* São Paulo, v. VII,n. 1, p. 15-31, jan.- jun. 2010.

FIORENTINI e LORENZATO, < <http://observacao5.pbworks.com/w/page/6860824>>. Acesso: Maio, 2014.

GOMES, R; NASCIMENTO, E F do; ARAUJO, F C de. *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 3, Mar. 2007

HUNTER, A & STAGGENBORG, S. **Local Communities and Organized Action.**In :Milofsky, C. *Community Organizations : Studies in Resource Mobilization and Exchange.* New York/Oxford : Oxford University Press, 243-276. 1988.

JETTE AM. **Physical disablement concepts for physical therapy research and practice.** *PhysTher* 1994; 74(5): 380-6.

LOUVISON, MCP et all. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde.** *Revista Saúde Pública* 2008;42(4):733-40.

MARSHALL,T.H. **Cidadania, Classe Social e Status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MARTELETO, R M. **Análise de redes sociais-aplicação nos estudos de transferência da informação.***Ci. Inf.*, Brasília, v. 30, n.1, p.71-81, jan.abr.2001

_____. **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.

MAIA, H F; SOUZA, C S de & OLIVEIRA, K G F de. **Os debates ancestrais e atuais acerca do queé a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: contribuições para compreensão das possibilidades de uma política nacional de saúde funcional.** *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, vol. 1, n. 1, pp. 1-11.2011.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NERI, M; SOARES, W. **Desigualdade social e saúde no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 2002.

OLIVEIRA AIC, SILVEIRA KRM. **Utilização da CIF em pacientes com sequelas de AVC**. *Revista Neurociências*, 2011;19(4):653-662.

PAIM, J.S. **Saúde e estrutura social: introdução ao estudo dos determinantes sociais da saúde**. In: Vieira da Silva, L.M. *Saúde Coletiva: textos didáticos*. – Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994 p. 35-45.

_____, J.S. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. CEPS-ISC, Salvador, 2002.447p.

_____, J.S. **Políticas de Saúde no Brasil**. In: Rouquayrol, MZ & Almeida Filho, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6a.ed. Rio de Janeiro, 2003b, p.587-603.

_____, J.S. **Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde**. In: Czeresnia, D. (org) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: editora Fio cruz, 2003c. p. 161-174.

_____, J.S & Almeida Filho, N. **Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista Saúde Pública*, 32(4):299-316, 1998.

PATUSSI MP, MOYSÉSSJ, J JR. **Capital Social e a agenda de pesquisa em epidemiologia**. *Caderno de saúde Publica* 2006; 22(8):1525-1546.

PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. – **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

RAMOS, M. S. **Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade**. In. GOLDENBERG, M. (org.). *Os novos desejos*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

RIBEIRO, N M da S, **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de acessibilidade para pessoas com deficiência física em locais de lazer**. São Paulo, 2008.

REBELATO JR. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e Perspectivas profissionais**. 2a ed. São Paulo: Manole; 1999.

SILVA, S S B da. **Capital humano e capital social: construir capacidades para o desenvolvimento dos territórios**. Disponível em< <http://hdl.handle.net/10451/379>>. Acesso: Maio 2014.

SOUZA E M e GRINDY E. **Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 0(5): 1354-1360 set - out, 2004.

TEIXEIRA, CF, P JS, VIASBOAS AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS 1998;** 7(2):7-28.

TEIXEIRA, CF, SOLLA JP. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas.** In: Lima NS, Gerschman S, Edler FC, Suárez, JM, organizadores. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

ZANCHETTA, M., PERREAULT, M., KASZAP, M & Viens, C. **Patterns in Information Strategies Used by Older Men to Understand and Deal with Prostate-Cancer- Related Information: An Application of the Modélisation Qualitative Research Design.** International Journal of Nursing Studies, 44, 961-972, ISSN: 0020-7489. 2007.

APENDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, Patricia Cunha, responsável pela pesquisa: **Barreiras, recursos e ressocialização na comunidade: Uma abordagem a luz daCIF**, estou fazendo um convite para você participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende descrever como os homens enfrentam os agravos a saúde e o seu processo de reabilitação e ressocialização na comunidade a qual pertence.

Acreditamos que ela seja importante porque vai revelar de que maneira os homens de uma determinada comunidade se percebem doentes e como se dá o acesso aos serviços de fisioterapia para estes homens.

Para sua realização será feito o seguinte: observação direta da dinâmica social dos dois sujeitos escolhidos para participar da pesquisa, entrevista semiestruturada após a observação deste sujeitos e a aquisição de informações a cerca da construção desta comunidade através de duas participantes que nos posicionarão a cerca de toda história desta comunidade revelando a sua própria história.

É possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos: não se sentir à vontade para responder às perguntas, sentir-se melindrado ao criticar ações que foram implantadas por determinado grupo político que, naquele momento, estava no poder. Os benefícios que esperamos alcançar com este estudo são: avaliação políticas públicas voltadas para a saúde em especial as pessoas com alteração na funcionalidade e assim buscar, junto ao poder público, implementações e/ou revisões a fim de melhorar a qualidade da saúde no país.

É importante esclarecer que, caso você decida não participar, a possibilidade de responder à entrevista por escrito, através de correio eletrônico, por exemplo, se essa opção for mais agradável.

Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, comigo (pesquisadora) ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa você terá direito à assistência gratuita que será prestada por mim (pesquisador), garantindo assim o acompanhamento e a assistência.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão, o que estabelece o princípio de voluntariedade. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, garantindo o princípio de confidencialidade. Serão, também, utilizadas imagens (fotos, filmagem).

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora (ressarcimento de despesas). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro, para mim, que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto exporro minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário (ou de seu representante legal) para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Dados da pesquisadora:

PATRICIA CUNHA

ENDEREÇO: Rua Marcio Baptista, 104/902, STIEP/ Salvador -Bahia

TELEFONE: 71 - 9136-2960

CORREIO ELETRÔNICO: patycunha18@gmail.com

Dados do CEP responsável pela autorização da pesquisa:

Endereço: Avenida Cardeal da Silva, Universidade Católica do Salvar – Federação Bahia
Brasil

Telefone:

Endereço eletrônico:

APÊNDICE II

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS COM INFORMANTES

Nome

Idade

Sexo

Endereço:

Voce pode falar há quanto tempo mora neste local ?

O Que mudou desde a sua chegada?

Como é viver aqui?

A comunidade se apóia?

Quer ir embora deste lugar?

APÊNDICE III

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS COM OS SUJEITOS

Nome

Idade

Sexo

Endereço:

Quanto tempo o senhor mora aqui?

O Que mudou desde a sua chegada?

Tem apoio aqui na comunidade?

Como era morar aqui antes do adoecimento?

Qual o sentimento depois do adoecimento

APÊNDICE IV

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS COM OS FAMILIARES

Nome

Idade

Sexo

Endereço:

Quanto tempo a senhora mora aqui?

O Que mudou desde a doença dele?

Tem rede de apoio aqui na comunidade?

Como se dá o processo de procura pelos serviços de saúde?

O que fez de diferente desde o adoecimento para suprir a necessidades?

Como ele realiza o tratamento?

APÊNDICE V
ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTAS COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nome

Idade

Sexo

Endereço:

Qual a estratégia utilizada pela equipe no cuidado deste

Eles fazem parte da visita mensal em sendo indivíduos com déficit crônico na locomoção?

Tem acompanhamento mensal pela equipe?

Quando há necessidade de alguma intervenção como é o processo?