

# La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo

## The perception of the social determinants of health in Brasil according to users and professionals: a qualitative study

Rodrigo de Oliveira Machado<sup>1</sup>; Katia B. Rocha<sup>2</sup>; Adolfo Pizzinato<sup>3</sup>, João P. Cé<sup>4</sup>

<sup>1</sup> MSc. Psicología, Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul. Correo electrónico: rodrigo.psicopuc@gmail.com

<sup>2</sup> PhD. Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona, España, Profesora Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, Brasil. Correo electrónico: katiabonesrocha@yahoo.com.br

<sup>3</sup> PhD. Psicología de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona, España, profesor adjunto Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, Brasil. Correo electrónico: adolfo.pizzinato@puccrs.br

<sup>4</sup> Estudiante en Psicología, Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, Brasil. Correo electrónico: joaopedroce@yahoo.com.br.

Recibido: 10 de octubre 2012. Aprobado: 23 de Marzo 2013.

---

Oliveira-Machado R, Rocha KB, Pizzinato A, Cé JP. La percepción de determinantes sociales de la salud en Brasil según usuarios y profesionales: un estudio cualitativo Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (Supl 1): S160-S169.

---

### Resumen

**Objetivo:** el presente estudio tiene como objetivo analizar la percepción de profesionales y usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, de un distrito sanitario de la ciudad de Porto Alegre, en relación con los determinantes sociales de la salud (DSS). **Metodología:** la investigación fue desarrollada con 34 profesionales de salud y con 64 usuarios del SUS. Los profesionales respondieron a una entrevista semiestructurada y los usuarios participaron de grupos focales. En ambos casos se investigó sobre la percepción de usuarios y profesionales en relación con los DSS. Se realizó un análisis de contenido transeccional. **Resultados:** los resultados demostraron que hay cinco categorías prominentes, tanto para los profesionales

como para los usuarios: acceso/calidad de la alimentación, condiciones de la comunidad, violencia, salud mental, servicios de salud. En las categorías se apuntaron divergencias y similitudes entre los distintos actores, profesionales y usuarios, en relación con el proceso de cuidado en salud, necesidades de la población y formas de intervención. **Conclusiones:** los análisis ampliaron la comprensión de los DSS y reforzaron la importancia de que se implementen otras políticas sociales en esas comunidades.

-----**Palabras clave:** determinantes sociales de la salud, sistema único de salud (SUS), profesionales de salud, usuarios

### Abstract

**Objective:** this study aims to analyze the perception that the users of the Brazilian Unified Health System (SUS) and the healthcare professionals have of the social determinants of health (SDH) in a health district of the city of Porto Alegre. **Methodology:** the research was conducted with 34 healthcare professionals and 64 users of the SUS. The professionals participated in a semi-structured interview, while the health system users were assessed via focus groups. In both cases we analyzed the perception of users and professionals regarding the SDH. Similarly, we conducted an intersectional content analysis. **Results:** the results demonstrated that there are

five categories that are prominent for both the healthcare professionals and the health system users: food access/quality, community conditions, violence, mental health and healthcare services. In the categories, differences and similarities emerged between the different actors (professionals and users) regarding the healthcare process, the needs of the population and the forms of intervention. **Conclusions:** the analysis expanded the understanding of the SDH and reinforced the importance of implementing other social policies in those communities.

-----**Keywords:** social determinants of health; unified health system (SUS), healthcare professionals, health system users

---

## Introducción

El Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil es un sistema público, de acceso universal y financiado a través de impuestos. Su formato es resultado de la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986) y de los movimientos de crítica y de reforma del sistema sanitario que lograron que sus ideales fuesen incluidos en la Constitución Federal de 1988. Esto proporcionó la adopción de una visión amplia de la salud que no se reducía a la esfera biológica.

Entre las directrices y principios del SUS se destaca su carácter universal, de modo que todos los brasileños tienen derecho a acceder a los servicios. La equidad en la atención garantiza que todos los usuarios deben ser atendidos según su necesidad en los diferentes niveles de complejidad, además de la integralidad en la atención a la salud, que tiene como objetivo comprender el usuario en su ámbito biopsicosocial y no de forma fragmentada. Los principios del SUS se basan en el concepto de salud desarrollado en la convención de Alma-Ata (1978), que entiende la salud como un proceso biológico, pero, también, constituido por procesos socioeconómicos, políticos y culturales a los cuales el sujeto está expuesto.

Siguiendo esta perspectiva, se entiende que el nivel de la atención primaria de salud es la puerta de entrada al SUS. A través de la atención primaria se articulan acciones guiadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades en un determinado territorio. El Ministerio de la Salud (MS) preconiza intervenciones en atención primaria como el Programa de Salud de la Familia, ahora Estrategia Salud de la Familia (ESF), que inició en 1994. El equipo de la ESF está compuesto por médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y los agente de salud comunitarios (ASC).

Esa perspectiva entra en consonancia con una visión más social de la salud. No solamente en Brasil, sino en diferentes países del mundo, se vienen desarrollando estudios en el área de los determinantes sociales de la salud (DSS) como resultado de esta misma perspectiva. Estos estudios ganaron mayor fuerza y visibilidad a partir de 2005 con la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y generaron una toma de conciencia de los gobiernos y la sociedad civil sobre la importancia de los DSS [1].

En el 2006, Brasil creó su Comisión Nacional sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que responde a la tradición del movimiento sanitario brasileño para profundizar la comprensión de la relación entre los factores socioeconómicos y el estado de salud y promover acciones concretas basadas en este conocimiento [1].

Las desigualdades en salud están relacionadas con las oportunidades y los recursos relativos a la salud que tienen las personas de diferente clase social, sexo, etnia o territorio. Whitehead contribuye en esta discusión a

diferenciar las disparidades de las iniquidades en salud. Según la autora, las iniquidades se caracterizan por desigualdades en salud que son evitables; de esta manera, la existencia de algo que es perjudicial, a la vez que es evitable, torna la iniquidad en una forma de injusticia [2]. Krieger también destaca que las desigualdades en salud se refieren a desigualdades dentro del mismo país o entre países, que se consideran como desleales, injustas, evitables e innecesarias. Los factores sociales están relacionados y son determinantes del desarrollo de los problemas de salud física y mental en la población [3].

Existen distintos modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud. En este estudio, se utilizó el modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), adaptación de los modelos propuestos por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [4, 5]. El modelo está dividido en *determinantes estructurales* y *determinantes intermedios* de las desigualdades en salud.

Los *determinantes estructurales* están compuestos por el contexto socioeconómico y político. Se refieren a factores que afectan a la estructura social y determinan la distribución de poder y recursos dentro de ella misma. En este sentido, el Gobierno en su aspecto amplio (tradicción política, corrupción, políticas fiscales, el poder sindical), así como en los factores económicos y sociales, como por ejemplo las grandes corporaciones que determinan las políticas macroeconómicas. Otras políticas son las políticas sociales, las que afectan el mercado de trabajo, el estado de bienestar (educación, atención sanitaria, etc.). Además, se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y jerarquías.

La estructura social determina las desigualdades en los factores o *determinantes intermedios*, los que a su vez condicionan las desigualdades en salud. Entre estos factores están los recursos materiales, como las condiciones de empleo (situación laboral y precariedad) y el trabajo (riesgos físicos, ergonómicos, organización y entorno psicosocial); la carga de trabajo no remunerado, el nivel de ingresos, la situación económica y patrimonial, la calidad de la vivienda y sus equipamientos y el barrio de residencia y sus características [4, 5].

Los recursos materiales influyen en los procesos psicosociales como la falta de control, de apoyo social, la exposición a situaciones de estrés (acontecimientos vitales estresantes), y también en las conductas que influyen la salud y los procesos biológicos que de todo ello derivan, como por ejemplo las conductas que dañan la salud [6].

A partir de esta revisión, queda claro que los principales determinantes de la salud de la población son sociales [4, 7]. Aunque los servicios sanitarios contribuyan menos a las desigualdades de salud cuando se comparan con los factores sociales, el menor acceso a ellos y su menor ca-

lidad para las personas de clase social menos favorecida constituyen una vulneración de los derechos humanos [8].

Así, se observa la relevancia de analizar los determinantes de las desigualdades en salud, especialmente en el poco explorado contexto brasileño. En este sentido, este estudio difiere de la mayoría de los estudios del área, basados en datos epidemiológicos y cuantitativos. Este, en particular, buscó investigar cómo los diferentes actores, profesionales de la salud y usuarios perciben la asociación entre los determinantes sociales de la salud. La idea es dar voz a los diferentes actores que participan del proceso salud/enfermedad/cuidado, analizando su percepción en relación con los determinantes sociales de la salud.

## Metodología

La investigación obedece a un estudio cualitativo realizado a partir de entrevistas y grupos focales realizados en Porto Alegre (Brasil). Esas estrategias estaban integradas en un proyecto de investigación mayor\* que empezó en el 2010 y terminó en el 2011.

El municipio de Porto Alegre se organiza en 16 áreas de salud, los mismos del comité participativo (organización social de las entidades civiles y personas de la comunidad para guiar las inversiones públicas). El territorio de la investigación abarca aproximadamente 57.000 personas que tienen su atención sanitaria básica en ocho unidades de salud. Del total de personas, cerca de 52% son mujeres, y la población en su mayoría está entre los 20 y los 39 años (aproximadamente el 33%). Según indicadores de la alcaldía de Porto Alegre, es una población vulnerable, con altas tasas de mortalidad por causa violenta y dificultades habitacionales y de movilidad urbana [9]. Los datos del 2010 apuntan que 32,36% de los domicilios son pobres, con ingresos per cápita de hasta medio salario mínimo; y 9,60% se encuentran en estado de indigencia, con un cuarto de salario mínimo por persona. El índice de desarrollo humano en la ciudad de Porto Alegre, según el censo del 2000, fue de 0,865, mientras que en el distrito de salud del noreste fue de 0,726, el cual ocupaba el último lugar entre los 16 distritos sanitarios que conforman la ciudad [9].

Durante la investigación, los profesionales de las diferentes áreas que constituyen el campo del cuidado en salud fueron entrevistados a través de entrevistas semidirigidas. Los participantes fueron 34 profesionales (siete médicos, ocho enfermeros, ocho técnicos de enfermería, siete agentes comunitarios de salud, dos auxiliar odontológica, un odontólogo, un asistente de limpieza), distribuidos representativamente entre las ocho unidades de salud que componen el territorio. La toma

de datos con la población de usuarios, por otro lado, se desarrolló a través de ocho grupos focales, atendiendo los mismos criterios de proporcionalidad. Los grupos focales se realizaron en las ocho unidades con duración de hora y media. Cada grupo tenía un promedio de ocho participantes, un moderador con formación en salud y un observador. La mayoría de los participantes eran mujeres (85%), amas de casa, con menos de 8 años de escolaridad (70%) y con edad entre 18 a 60 años. La selección de participantes se dio a través de los servicios que indicaron “personas clave” de la comunidad que eran atendidas en las unidades. Las entrevistas y los grupos fueron grabados y transcritos para el análisis.

Las preguntas que guiaron los grupos focales y las entrevistas tuvieron como base los conceptos de acceso a los servicios de salud, calidad del servicio, condiciones sociales de la comunidad y sugerencias acerca de mejoras en los servicios. Estos dos enfoques permitieron la apertura necesaria para que las evaluaciones de usuarios y profesionales surgieran de manera profunda. La percepción se comprende en este artículo como la evaluación subjetiva de los participantes, centrados en sus experiencias, sentimientos y relaciones establecidas en el contacto con aquel entorno.

Se realizó un análisis de contenido de carácter transeccional, que propicia la comparación de textos de diferentes contextos acerca de un mismo fenómeno [10]. Así, se formularon ejes *a priori*, vinculados a los determinantes sociales intermedios de salud (por su carácter comunitario, conforme lo anteriormente expuesto), y se buscó correspondencia entre ellos y los contenidos de las verbalizaciones, dentro de la discusión teórica mayor sobre los determinantes sociales de la salud. Para esa categorización teórica, en los ejes fue fundamental la categorización discursiva del habla de los participantes. Luego de este recorte en el texto, se evidenciaron las diferencias y similitudes de las percepciones de profesionales y usuarios, posteriormente discutidas.

## Resultados

Después del análisis del material recogido, emergieron cinco categorías que representan la caracterización de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/cuidado, presentes en los dos grupos (profesionales y usuarios). Las cinco categorías teóricas se presentan en la tabla 1, de acuerdo con el modelo propuesto por la CDSS.

El acceso y la calidad de la alimentación quedaron apuntados por el personal sanitario, como estresores del proceso salud/enfermedad/cuidado vividos por la población. El énfasis en esa temática se localizó en tres

\* Diagnóstico de Salud del Distrito Nordeste de Porto Alegre, aprobado por la Comisión de Ética en investigación de la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Porto Alegre.

Tabla 1. Categorías de análisis

Categorías teóricas	Categorías discursivas
1. Acceso/calidad de la alimentación	- dificultad financiera; - calidad de los productos disponibles; - influencia de la cultura local.
2. Condiciones de la comunidad	- espacios de ocio; - colecta de la basura; - agua y alcantarillado.
3. Violencia	- violencia en la comunidad; - violencia hacia los profesionales sanitarios.
4. Salud mental	- problemas de salud mental - drogadicción
5. Servicios de salud	- espacios apropiados para atención en los servicios; - falta de profesionales de la salud.

subcategorías: a) dificultad financiera de los usuarios para conseguir alimentación adecuada; b) calidad de los productos disponibles para el consumo; c) influencia de la cultura local y de la prensa en la alimentación. Entretanto, los usuarios de los servicios sanitarios destacan que la dificultad financiera es la principal razón para que haya una alimentación inadecuada.

La categoría condiciones estructurales y de servicio abarca diversas deficiencias/faltas presentadas en la comunidad. Estas ausencias, en los relatos de los profesionales, se forman en las subcategorías: a) espacios de ocio; b) colecta de basura y c) agua y alcantarillado. La colecta de basura y alcantarillado también figuran como subcategorías del discurso de los usuarios, pero con menor énfasis.

La violencia se configuró como tema común a través de las verbalizaciones de los profesionales y usuarios; este determinante se dividió en las subcategorías: a) violencia en la comunidad; b) violencia dirigida hacia el personal sanitario.

La categoría salud mental quedó dividida en problemas de salud mental y drogadicción. Los profesionales destacaron principalmente la cercanía entre drogadicción y violencia.

La categoría servicio de salud la represen, para los profesionales, dos subcategorías: a) espacios apropiados para la atención en los servicios y b) falta de personal. Los usuarios, a su vez, señalaron el déficit de personal.

## Discusión

La comparación entre los discursos de profesionales y usuarios propicia analizar una serie de encuentros y desencuentros en relación con la visión de estos sobre los determinantes de salud. Las comprensiones en relación con el proceso salud/enfermedad/cuidado y los DSS fueron homogéneas en muchos aspectos; sin embargo, también muestran divergencias que elucidan cómo cada proceso está representado por los distintos actores del sector sa-

lud - profesionales y usuarios. A continuación se discuten estos resultados a partir de las categorías teóricas.

### Alimentación

Esta es la categoría que tiene mayor cohesión discursiva entre usuarios y profesionales. Las dificultades financieras emergen como un factor que afecta la calidad de vida de la población y que resulta en una fuerte implicación emocional por parte de los profesionales. Estos refieren que desarrollan un trabajo paliativo, y que necesita de otras estrategias y políticas sociales conjuntas, poniendo de manifiesto la consternación acerca de la efectividad de las acciones que promueven. Un agente comunitario refiere: “Lo que no funciona es esto; si la asistencia social funcionara, ¡cuántas cosas se podrían resolver, mejoraría mucho nuestro servicio!”. Algunos casos extremos se presentan como ejemplos de la movilización del equipo en función de la falta de recursos adecuados para la alimentación:

“...tienen niños que llegan acá con hambre. Otro día un niño estaba comiendo papel, luego le di una galleta. Se notaba que estaba con hambre. Otra madre estaba dando la teta a tres niños a la vez porque no tenía qué darles de comer” (médico).

Otra profesional destaca la importancia de los espacios como la escuela para que los niños tengan comida: “Estoy hablando de la clase pobre, bien pobre, ya que reciben comida en la escuela; si no, no tendría ningún interés en estudiar...” (encargada de limpieza).

En la misma dirección, los usuarios describen que la dificultad financiera es el principal marcador de la mala nutrición de la población: “La cuestión de comer adecuadamente no es fácil porque las personas tienen bastante dificultad financiera, entonces ellos comen lo que pueden comprar”. Por otra parte, los usuarios también destacan la incongruencia entre su realidad social y algunas prescripciones que les indican los profesionales: “El coste financiero también contribuye [...] tener una dieta equilibrada es muy caro. Las personas optan por algo más barato y

asequible; no resulta tener una dieta dada por los nutriólogos si tú no la puedes seguir” (usuario).

También se destacó la calidad del alimento y la influencia de la cultura local en el consumo. En esta, pese a la precariedad en la cantidad y calidad de los alimentos, también está presente el consumo de refrescos y comidas industrializados en lugar de verduras, frutas y otros alimentos sanos. La relación de la población con estos productos la refieren los profesionales como el resultado de la influencia de los medios de comunicación, de los anuncios. Por otra parte, los usuarios refieren que no consumen ciertos alimentos (verduras, frutas y otros) debido a su escasez en la zona. A modo de ejemplo, incluimos el testimonio de una enfermera:

“Creo que una de las mayores dificultades es el consumo de refrescos, comidas rápida. Es algo que comienza en la cuna. Lo intentamos, pero es difícil. Tiene toda una cultura involucrada y yo diría que los medios no nos ayudan en absoluto. Yo diría que hoy en día la mayoría de la gente no sabe usar la cocina, y lo utilizan solamente para hacer comida de mala calidad, freír”.

Algunos estudios investigan la asociación entre el acceso a alimentos sanos y las características de la región. Muestran que la oferta de productos sanos es mayor en las zonas en que los residentes son blancos y con mayores ingresos. Mientras tanto, los residentes de las regiones más pobres tienen una mayor oferta de alimentos industrializados, menos saludables y menor acceso a frutas y verduras [11, 12]. Uno de los participantes refiere: “la calidad de la carne es mala; llevas una carne rojita a la casa y queda terrible”. En la misma dirección, el técnico de enfermería señala: “Las personas solo viven con comidas rápidas. En los bares de aquí cerca, usted no compra una manzana o col. Ya sabemos que aquí en la región no hay. Entonces usted puede comer una comida rápida, una lechuga, un repollo, ocasionalmente encontrará un plátano que está a punto de descomponerse”.

En relación con los medios de comunicación, estos contribuyen para el consumo de alimentos con baja calidad nutricional. Estudios confirman esta hipótesis y concluyen con la necesidad de una mayor regulación en el ámbito de la publicidad alimentaria, especialmente para los niños. En un estudio multicéntrico realizado en 13 países, entre ellos Brasil, se evaluaron los anuncios de los tres canales de televisión más vistos en cada país. Los datos mostraron que todos tenían gran volumen de anuncios en horarios en que los niños estaban viéndola. Por otra parte, se observó que en todos los países, la mayoría de los anuncios eran de productos no saludables y que utilizaban técnicas de mercadeo persuasivo dirigidas a los niños [13]. Este estudio corrobora lo que han mencionado usuarios y profesionales que señalan la incidencia de los medios de comunicación en la alimentación de los niños. En este sentido, uno de los usuarios,

cuando se le preguntó si sus hijos contaban con alimentación de calidad, respondió:

“No, incluso porque si tuvieran una buena alimentación no estarían con anemia. Es una pelea para que coman un vegetal, una fruta. Siempre quieren galleta y ni siempre yo tengo una fruta para dar, si compro mucho se pasa porque ellos no comen”.

Stuckler señala cinco factores que demuestran la relación entre los medios de comunicación y la creación de hábitos menos saludables, principalmente en los países en vías de desarrollo: la institución de una dieta globalizada y dependiente, la inversión extranjera en las economías que promueven el consumo de productos poco saludables, la agresiva influencia del *marketing*, que estimula a las personas de países pobres a consumir productos occidentales, el cambio tecnológico que estimula la adopción de estilos de vida más sedentario y que desplaza el consumo de las comidas para fuera de casa [14].

### Condiciones de la comunidad

En relación con las condiciones de la comunidad, la estructura y la calidad de los servicios que se le prestan a esta quedaron anotados, sobre todo por parte de los profesionales. El enfoque de esta categoría es la ausencia de espacios como parques y plazas, conforme lo expresa la auxiliar de odontología:

“¡Aquí es el *shopping* para ellos! Aquí no hay cuadra de deporte, aquí no hay otro lugar para que ellos se muevan; acá es que ellos se encuentran. Creo que aquí no hay un refugio para ellos. ¡Es todo!”.

También constituye esta categoría la colecta de basura, el tratamiento adecuado del agua y el saneamiento. Un profesional relata:

“es difícil para los usuarios de aquí: algunos no tienen ni agua corriente, no tiene nada; es difícil porque ¿cómo se puede orientar a una persona a hervir el agua si la persona no tiene una cocina?”.

Sin embargo, los usuarios hablaron más sobre el agua y el saneamiento sin mencionar la ausencia de parques, plazas y otros espacios de recreación como elementos a ser reivindicados. Uno de los usuarios refiere el impacto negativo en la salud porque no existe alcantarilla y se tienen residuos de basura que circulan al aire libre por la comunidad: “está la cuestión del canal en que desaguan los residuos de las casas por el medio de la comunidad, que perjudica mucho” (usuario). Otro usuario añade que hay colecta de la basura, pero que las personas no siempre utilizan este servicio adecuadamente:

“Uno viene y lanza las basuras dentro del canal, donde circulan los residuos; otro lanza la basura en otro sitio, una cosa incomprensible; y si tiene basura, hay ratones, hay pulgas, hay gallina, hay cerdos... y siempre hay niños con enfermedad de piel, con sarna; los perros están

siempre sarnosos, no se tiene cuidado con los perros, no se les vacuna, y todo esto es un ciclo” (usuario).

Los problemas del entorno residencial pueden afectar diversos aspectos de la salud. Estos factores pueden entenderse a partir de la perspectiva psicosocial. Las peores condiciones del entorno residencial, tales como la falta de recursos, el ruido excesivo, la violencia, la mala calidad del agua potable, el mal olor y la falta de espacios verdes, son factores que generan estrés, lo que aumenta la vulnerabilidad de las personas para enfermarse [15, 16]. Un usuario relata:

“Hay montón de perros, de animales muertos, incluso los caballos. Tiene un montón de locales, que ellos van allí y hacen un pequeño agujero y entierran a los animales o incluso juegan en las esquinas; esto perjudica la salud”.

## Violencia

El territorio en que se encuentra el distrito es un cinturón de pobreza que presenta la violencia como una característica general. La violencia se manifiesta de diferentes maneras, pero la más frecuente, referida por los profesionales de salud y usuarios, es de las muertes causadas por el tráfico de drogas. Esta severidad se expresa en la historia de un agente comunitario: “La violencia es bastante terrible aquí en esta comunidad porque ahora, hace poco tiempo, tuvimos varias muertes en función del tráfico”.

Los profesionales destacan la violencia como desencadenante de un ambiente peligroso de trabajo y, sobre todo, sin muchas posibilidades de afrontarlo. La violencia atraviesa el ámbito cotidiano de la comunidad y los residentes están expuestos a riesgos que impactan la calidad de vida y las tasas de mortalidad por causas externas, como el homicidio. La relación de cuidado, cuando se analiza como estrategia de prevención de la violencia, es escasa y demuestra la fragilidad que los profesionales sienten. Un ejemplo es el testimonio de un agente comunitario cuando cuenta que miembros de una determinada facción no buscan ayuda de los profesionales porque están “amenazados de muerte en aquella zona”. El relato de una enfermera muestra la gravedad de la violencia: “[...] luego vino un tipo que había recibido un golpe de revólver y un montón de patadas; estaba todo quebrado, diciendo que quería tratamiento, y le dije que no era el lugar para hacerlo porque necesitaba puntos de sutura. Salió del servicio de salud y lo mataron”.

Ese relato representa la complejidad de la situación. Además, queda claro que las demandas de los usuarios apenas se atienden parcialmente. El entendimiento de las situaciones de violencia como generadoras de agravios de la calidad de vida de los sujetos es común a todos los entrevistados; entre tanto, las conductas que se dan en la atención, para afrontarlas, son exiguas. En gran

parte, esa vacilación para afrontarlas se debe al miedo de posibles represalias por parte de los delincuentes.

La agresividad hacia los profesionales también se destaca en las entrevistas. Una trabajadora refiere: “Me siento sobrecargada. El campo de la salud es un área muy difícil. En la sanidad todos piden, todos agarran... Es muy difícil trabajar en un sitio que no tiene muchas condiciones y que la comunidad no cuida de los recursos. Hoy mismo quebraron todos los cristales de la UBS... Ya soy cliente de la comisaría”. Los trabajadores relatan que las dificultades surgen en el ambiente cotidiano de los servicios, tales como el retraso en las citas o derivaciones para especialistas y producen conductas agresivas. Esa agresividad es vista por la población como algo que aleja al personal sanitario de la comunidad, y que lo llevan a huir de los servicios, según este ejemplo: “Porque no resulta querer traer especialistas al servicio y no tener seguridad... por los barrios donde vivimos, donde estamos, hasta los expertos se alejan. Dicen que por acá hay muchos delincuentes; es muy peligroso” (usuaria).

La manifestación de la relación entre violencia y salud no es exclusiva de ese territorio. La violencia es una preocupación de la OMS y sus investigaciones han generado distintos informes. La OMS divide la violencia en tres categorías: autoinfligida (casos de suicidios y conductas derivadas), interpersonal (con los familiares, parejas y otros miembros de la comunidad) y la violencia colectiva (de carácter económico, social y político) [17]. Cuando se comparan estas definiciones con los relatos de los profesionales y usuarios, es posible percibir la relevancia de la violencia interpersonal. Aunque los datos de esa categoría sean expresivos, se destaca que poco se ha hablado de temáticas clave, como la violencia de género y contra niños y ancianos, que se consideran poblaciones de mayor vulnerabilidad, conforme a la literatura del área.

La búsqueda por resultados que disminuyan el impacto de la violencia en la salud está interpelada por las condiciones estructurales de la comunidad y por acciones intersectoriales. En este punto, los determinantes estructurales tienen una importancia significativa en la implementación de nuevas estrategias para combatir a la violencia. En los últimos años, el gobierno de Brasil ha propuesto algunos cambios, entre los cuales se destaca los beneficios de prestación continuada, como el programa Bolsa Familia, que ayuda financieramente a las familias con bajos ingresos y que vincula el acceso al programa a que los hijos asistan a la escuela. Otra estrategia es la presencia de la Fuerza Nacional de Seguridad Pública en comunidades con altos índices de criminalidad [18].

La violencia en las relaciones interpersonales con los trabajadores de la salud también se aprecia en el siguiente apartado de la entrevista con una enfermera: “En el sentido más amplio, es intentar construir una relación

de solidaridad con el usuario para que no manifiesten hostilidad hacia nosotros; ya sabes: porque hay mucha violencia. Tenemos que construir una buena relación con la comunidad para que seamos preservados aquí”. Según Deslandes, el Plan Nacional de Humanización (PNH) sostiene la humanización como oposición a la violencia e intenta establecer nuevas formas de atención que no estén solamente basadas en el rigor científico y en el aislamiento del usuario enfermo de su familia, como se designó en el modelo hospitalario. La idea es que se incluyan en el proceso de cuidado la comunicación, el diálogo y el conflicto como factores indispensables en las prácticas [19]. Las estrategias de acogida y la inclusión de los agentes comunitarios de salud en el proceso de atención se presentan como potenciadores de esta nueva forma de relación con el usuario.

A partir de esta afirmación de un usuario: “El problema más grave de la comunidad sería la violencia; si se pudiera resolver este problema para nosotros... La policía se hace la ciega; se tapa los ojos para no ver lo que se sucede”, se percibe que los usuarios consideran la violencia como también una responsabilidad de la salud. La violencia no se considera un problema apenas policial y se incluye en una noción de salud ampliada. A pesar de que esta observación refleja el reconocimiento de los servicios como cuidadores en potencia, también se asocia a la ausencia de otros órganos de acción del Estado. El equipo de salud se percibe en una relación de apoyo para estas cuestiones.

### Salud mental

La salud mental ha sido una de las categorías citadas con mayor frecuencia por los profesionales como una demanda de los usuarios, explícita o implícita. En ese sentido, los médicos y técnicos refieren, respectivamente:

“La salud mental, porque pacientes que sufren de diabetes, hipertensión, en el fondo tú descubres que tienen una depresión” y “la mayor demanda es el estado general de salud de la mujer, salud mental y crisis, muchas crisis”.

Varios estudios demuestran que poblaciones y comunidades con peor situación financiera, de trabajo y estudios tienen peor salud física y mental [20, 21]. La pobreza es un factor de riesgo para muchas enfermedades, incluidas depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y trastorno antisocial. La asociación entre la pobreza en la zona de residencia y una mayor prevalencia de los trastornos mentales se verifica en estudios longitudinales [21]. En un estudio cualitativo, se establecieron relaciones entre enfermedad mental y la pobreza; además del uso de drogas, vinculadas a la proximidad de tráfico como una posible “carrera” de trabajo [22].

Dentro de la categoría salud mental, el problema con drogas se observa como aspecto muy frecuente en

la comunidad. La asociación entre el usuario de drogas, tráfico y violencia puede poner en riesgo la prestación de servicios y cuidados, pues se tiende a categorizar al consumidor de drogas como alguien diferente de los otros enfermos, considerándolo “no merecedor” de los cuidados, razón por la que el servicio de salud no se responsabiliza. Las dificultades para encontrar estrategias para afrontar este problema son recurrentes:

“Nosotros intentamos, pero no hay como nosotros resolver el problema de la violencia. Lo que hacemos es tratar de ayudar a sanar, escuchar los dependientes químicos, para tratar que estas personas después no causen ningún problema. Nosotros intentamos referenciar a la red de servicios, pero creo que no hay forma de ir en contra de la violencia.” (técnica en enfermería).

Los usuarios también perciben el problema de las drogas como un factor que deben cuidar los profesionales de salud, pero suponen que la violencia puede ser desencadenante de una inactividad en el sector: “Yo tengo un familiar que consumió *crack*, pero que se convirtió evangélico. Ahora es un nuevo hombre, pero sigue muy agresivo, muy desconfiado, persona que usó...”. Esta asociación entre utilización de drogas y violencia puede generar una creencia de que estas personas tienen una identidad agresiva, es decir, se rechaza el ámbito social, la importancia que le corresponde en la construcción de esta realidad y se atribuye a la “esencia” individual de estos individuos. Esta asociación y noción de sujeto tiende a generar prácticas de salud individualizadas y fragmentadas en las diversas disciplinas del conocimiento [23].

### Servicios de salud

Por último, la categoría de servicios de salud describe problemas estructurales, como falta de un espacio físico adecuado y equipamientos y también la falta de recursos humanos, de profesionales de la salud. Lo apuntado a seguir muestra necesidades de mejoría en el sistema para una mejor atención a los problemas de salud. El siguiente ejemplo muestra el descontento por parte de una usuaria en función del reducido número de médicos para atender a una gran población: “Faltan médicos porque dos médicos para cuidar de la comunidad es complicado. En breve llegará el invierno y hay un montón de niños enfermos”.

La falta de un espacio físico adecuado para realizar la acogida fue mencionada por usuarios y profesionales. Como lo expresa un usuario: “Aumentar el centro de salud para que nosotros tengamos un poco más de comodidad. En el invierno, en un día de lluvia, tienes que venir a la cola al aire libre a las seis de la mañana”. La falta de espacios para desarrollar intervenciones grupales también se destaca como una necesidad de los servicios de atención primaria, que a menudo tienen un espacio limitado y poco adecuado para realizar estas prácticas de

salud. Esta dificultad posibilita la continuidad en el tema de la humanización del cuidado, como la necesidad de desarrollar nuevas tecnologías de cuidado que incluyan la planificación de la estructura de los edificios, teniendo en cuenta los dispositivos técnicos y las opiniones de los usuarios. La opinión de estos subraya la noción de alteridad en el cuidado y la apropiación del usuario de los servicios y sus procesos de atención [19].

Mientras el número de profesionales no satisfaga la demanda de los usuarios, este discurso seguirá vigente, percepción que atañe tanto a usuarios como a profesionales, y que se presenta de diferentes maneras. Los profesionales refieren desgaste emocional y otras cuestiones relacionadas con salud ocupacional, articulada a la acumulación de tareas y sobrecarga de horarios, puesto que, el estar 40 horas genera mucha aproximación a los conflictos vividos por la comunidad [24].

Las quejas de los usuarios se relacionan principalmente con el número de citas médicas y de especialidades disponibles. Esto revela, en parte, la no asimilación de los principios que rigen la atención primaria en Brasil, como la promoción y prevención de los problemas de salud. Un agente comunitario lo expresa:

“Poca atención médica, porque dos médicos para una comunidad de este tamaño... si realiza la acogida por la enfermera y no pasa al médico, ellos salen reclamando, peleando puerta afuera”; y “ellos reclaman principalmente del personal médico; hemos visto que un médico es insuficiente para esta población”.

Los servicios de salud en general, incluida la atención primaria, son insuficientes para mitigar las desigualdades en salud. La necesidad de adoptar políticas de bienestar social como en países desarrollados es indispensable para garantizar una mejor calidad de vida. Determinantes estructurales de orden político, económico, social y ambiental son fundamentales en este proceso [25].

En el análisis de los discursos de los usuarios y profesionales, queda claro cuándo los aspectos comunitarios acaban por influenciar la percepción de su calidad de vida y salud, y reflejan una vez más el impacto de los determinantes estructurales en los determinantes intermediarios. Destacase en el territorio investigado el empobrecimiento y las dificultades que él genera, o sea, cuestiones como la falta de alimento, la violencia y la precariedad laboral, son factores presentes en la vida cotidiana de estas personas, y son centrales en la discusión acerca de la salud. Si se analiza la presión de estos determinantes estructurales en la sociedad, no puede dejarse de pensar en la fuerza que ejerce el régimen político de Brasil. Aunque los logros sociales de los últimos años sean evidentes, Brasil mantiene como ideología fundadora de sus acciones la preeminencia del capitalismo. Este compromiso histórico de los gobiernos brasileños con el capital fomenta el enriquecimiento de una parte

de la población dejando a la mayoría anclada en un juego donde su fuerza de trabajo es explotada, a la vez que se les enseña a ser voraces consumidores y así mantener el sistema. Entre tanto, los que no consiguen entrar en el juego económico está sometidos más a una exclusión.

El régimen político en general, por tensión popular, también negocia y se mueve en el sentido de posibilitar algunos beneficios que antes se negaban a la población. Un ejemplo en Brasil son los principios que rigen al SUS, fruto de la lucha de varios sectores de la sociedad en la década de los ochenta, que han aportado empoderamiento ciudadano, y concibe al ciudadano como miembro activo de su proceso de salud y de la sociedad en que vive. Cabe resaltar que estos principios siguen en conflicto con el *ethos* de la sociedad contemporánea, que individualiza y silencia a sus contrarios.

## Conclusiones

Los resultados analizados a partir de los discursos de los profesionales y usuarios mostraron que algunos determinantes de la salud los percibidos ambos con significados semejantes. Por ejemplo, la asociación entre la alimentación y la salud, las características sociodemográficas de la comunidad o la percepción de la violencia como instancia que atraviesa la relación entre profesionales y usuarios. Estas similitudes pueden comprenderse a partir de la aproximación entre los equipos de salud y el territorio de los usuarios. Así se confirma la importancia del reconocimiento de las especificidades de la comunidad y de sus usuarios, lo que permite el desarrollo de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades conforme a lo postulado por el Ministerio de Salud de Brasil.

A pesar de la aparente armonía entre los discursos de los profesionales y de los usuarios en relación con el sistema de salud y los DSS, es importante señalar que esta confluencia se enmarca en un tono desanimado: por parte de los profesionales de la atención primaria esto puede estar asociado a la falta de estrategias para afrontar la complejidad de los problemas en este nivel de atención.

Por otro lado, cabe destacar que el Sistema Único de Salud de Brasil (SUS) es un avance en la búsqueda de una mayor equidad en un país tan desigual. En los 20 años del SUS son muchos los avances, en especial, la salud concebida como un derecho de todos los ciudadanos, a pesar de los desafíos. Uno de ellos es el establecimiento de una nueva cultura de cuidado en salud y de la relación con el usuario, quien pasa a asumirse como el protagonista en las decisiones con respecto a su salud y no más como un individuo pasivo.

En el análisis de la construcción discursiva de los diferentes actores (profesionales y usuarios), es evidente que se ha avanzado en el acceso a la atención a la salud; sin embargo, es evidente también que este acceso no es



suficiente para reducir las desigualdades en la salud. En este sentido, se destaca la importancia de otros programas sociales que ya existen, como el caso de la Bolsa Familia y, al mismo tiempo, la necesidad de aumentar las políticas sociales encaminadas a reducir las desigualdades sociales en el país. Retomando a Whitehead [2], se verifica que las iniquidades en salud se presentaron de forma expresiva en el contexto investigado. Evitar las disparidades y promover el rescate de la justicia para esa población, y tantas otras, solamente podrá construirse a partir de políticas públicas más efectivas.

Considerando los principios de igualdad, equidad y universalidad del sistema sanitario brasileño, se verifica la subutilización de espacios que podrían potenciar tales supuestos de ciudadanía. Los Consejos Locales de Salud, por ejemplo, son asambleas de usuarios y profesionales que podrían ocupar este lugar y pautar cuáles son las necesidades de la comunidad y regir las acciones adecuadas a sus soluciones, para ir más allá de las discusiones puntuales acerca de la atención directa a la salud.

Las políticas de Estado que se ofrecen a la población de menos ingresos no se limitan al campo de la salud. Se destacan también programas que buscan el ingreso y permanencia de niños y jóvenes en la red de enseñanza, además de la reinserción de adultos en este espacio y, especialmente los programas de ayudas económicas para familias con ingresos mínimos.

Programas como el “Bolsa Familia”, a la vez que provee ayuda económica a las familias, exige que estas mantengan a sus niños en la escuela y lejos del trabajo infantil. En el ámbito de la enseñanza superior, el programa “Universidade para Todos” (Proni), es una beca que permite el ingreso en universidades privadas a alumnos con menos recursos económicos. Todos estos casos tienden a verse como una evolución en la igualdad social y reflejan directamente la calidad y las expectativas de vida de esas poblaciones. Pero la mejora financiera no siempre se refleja en la disminución de las desigualdades sociales. Muchas veces los recursos, que son escasos, no llegan para los que están en situación de mayor vulnerabilidad de la sociedad, como por ejemplo, la población que vive en las calles.

Uno de los principales desafíos de las políticas sociales, donde la sanidad es parte importante, es unificar la lucha por condiciones más dignas para la población. Tal enfrentamiento está en sintonía con los movimientos de liberación popular, proclamados en los años 1970, por Martín-Baró como necesidad clave en Latinoamérica. De acuerdo con estos movimientos, las políticas sociales que busquen incrementar la calidad de vida y promover una sociedad más igualitaria también necesitan concienciar al pueblo.

A pesar de que se trata de un región relativamente pequeña de una capital brasileña, creemos que este estudio puede contribuir a la discusión sobre la comprensión

de los determinantes de los procesos de salud y enfermedad, tanto en términos de la población de usuarios de los sistemas de salud como de los profesionales de salud, como suele ocurrir con las investigaciones cualitativas. Esta reflexión es pertinente puesto que muchas de las acciones idealizadas o desarrolladas dentro de los sistemas de salud por parte de los usuarios y de profesionales se obstaculiza con los determinantes estructurales, que, en última instancia, dificultan la credibilidad de las acciones en su contexto.

## Referencias

- 1 Pellegrini A, Vettore MV. Brazilian Studies on Social Determinants of Health Inequities. *Cadernos de Saúde Pública* 2011, 27: 132-133.
- 2 Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.
- 3 Krieger N. Genders, sexes and health: What are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003, 32(4): 652-657.
- 4 Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Comission on Social Determinantes of Health*. Geneva: WHO; 2007.
- 5 Navarro V. The political and social contexts of health. Amityville: Baywood Publishing; 2004.
- 6 Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- 7 Borrell C, Artazcoz L. Políticas to reduce health inequalities. *Gaceta Sanitaria/ S.E.S.P.A.S*, 2008, 22(5): 465-473.
- 8 Hsiao WC, Liu Y. Health Care Financing: Assessing its Relationship to Health Equity. En: Evans T, editor. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 260-275.
- 9 Observatório da Cidade de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: Observatorio [acesso 20 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>.
- 10 Bauer MW. Análise de conteúdo classica: uma revisão. En: Bauer MW Gaskell G, editores. 5ªed. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um guia prático*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p.189-218.
- 11 Moore VL, Diez VA. Associations of Neighborhood Characteristics With the Location and Type of Food Stores. *American Journal of Public Health* 2006; 96(2): 325-331.
- 12 Larson IN, Story MT, Nelson MC. Neighborhood Environments Disparities in Access to Healthy Foods in the U.S. *Am J Prev Med* 2009; 36(1): 74–81.
- 13 Kelly B, Halford JC, Boyland EJ, Chapman K, Bautista-Castaño I, Berg C, *et al*. Television Food Advertising to Children: A Global Perspective. *American Journal of Public Health* 2010, 100(9): 1730-1736.
- 14 Stuckler D. Population Causes and Consequences of Leading Chronic Diseases: A Comparative Analysis of Prevailing Explanations. *The Milbank Quarterly* 2008; 86(2): 273–326.
- 15 Mair C, Diez Roux AV, Shen M, Shea S, Seeman T, Echeverria S. *et al*. Cross-sectional and longitudinal associations of neighborhood cohesion and stressors with depressive symptoms in the multiethnic study od atherosclerosis. *Annals of Epidemiology*, 2009; 19(1): 49-57.

- 16 Molarius A, Berglund K, Eriksson Ch, Eriksson H, Lindén M, Nordström E, *et. al.* Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors –a population based study in Sweden. *BMC Public Health*, 2009, 9(302): 1-9.
- 17 World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Geneva: who; 2010.
- 18 Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello Jorge MHP, da Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet* 2011; 377(9781): 1962–1975.
- 19 Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 7-14.
- 20 Fryers T, Melzer D, Jenkins, R. Social inequalities and the common mental disorders: A systematic review of the evidence. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 2003; 38(5): 229-237.
- 21 Muntaner C, Borrell C, Chung H, Benach J. Class Exploitation and psychiatric disorders. En: Hofrichter R, Bhatia R, editores. *Tackling health inequalities through public health action – Theory to action*. New York: Oxford; 2010. p. 179-195.
- 22 Scisleski ACC, Maraschin C, Silva RNA. Manicômio em circuito: o percurso dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública* 2008; 24: 342-352.
- 23 Guareschi, NMF, Weber A, Nardi L, Nardini M. Discussões sobre violência: trabalhando a produção de sentidos. *Psicol. Reflex. Crit* 2006; (1): 122-130.
- 24 Carlotto MS, Pizzinato A, Barcinski M, Oliveira-Machado R. Síndrome de Burnout em médicos e enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde. *Pessoas & Sintomas*; 15, 24-30.
- 25 De Sousa MF, Merchán E, Machado AV. El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2011; 30(1): 66-74.