

**ECONOMIA SOLIDÁRIA E SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE AS PERCPEÇÕES  
DE SAÚDE DE PARTICIPANTES EM UM EMPREENDIMENTO ECONÔMICO  
SOLIDÁRIO (EES) DE LAGES, SC<sup>1</sup>.**

Inea Giovana da Silva Arioli

E-mail: inea.giovana@gmail.com

Universidade do Planalto Catarinense

Flávia Zanotto

E-mail: flavia-zanotto@hotmail.com

Universidade do Planalto Catarinense

Mário Vitor de Sousa Arruda

E-mail: mvsarruda@gmail.com

Universidade do Planalto Catarinense

Área temática: Desenvolvimento social, economia solidária e políticas públicas.

**Resumo:** O presente estudo teve como propósito colaborar com a investigação sobre a economia solidária em sua interface com a saúde. Teve como objetivo geral compreender os conceitos e práticas de saúde dos participantes de um grupo de economia solidária situado em um bairro da periferia da cidade de Lages- SC. Seus objetivos específicos referem-se a investigar as características do conceito de saúde para os participantes do grupo; caracterizar as condições de saúde da comunidade onde o grupo está inserido e verificar a ocorrência de ações de saúde nas atividades do grupo de economia solidária. Configura-se em um estudo qualitativo e de caráter exploratório. Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro partícipes de um grupo de economia solidária, por meio de amostra intencional. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser participante do grupo de economia solidária há no mínimo 2 anos e concordar em participar. A análise de dados foi realizada por meio de análise de conteúdo. Este estudo possibilitou através dos dados coletados e do olhar dos pesquisadores compreender os conceitos de saúde presentes na fala dos pesquisados: conceito biomédico (saúde como ausência de doença), conceito ampliando (SUS e OMS) e o conceito de saúde numa visão de bem estar psicológico. As condições de saúde dos participantes demonstram-se precárias e evidenciam também dificuldade de acesso pleno aos bens e serviços de saúde. As práticas de saúde dos participantes do grupo de economia solidária se mostram a partir de ações internas do próprio grupo e na comunidade estas ações acontecem em parceria com a Pastoral da Criança. Espera-se colaborar com a investigação sobre a economia solidária e os aspectos relacionados à concepção de saúde, incentivando a realização de novas pesquisas, na medida em que levante questionamentos sobre a temática.

Palavras-chave: Economia Solidária. Saúde. Comunidade.

<sup>1</sup>. O presente artigo é fruto do trabalho de conclusão de Curso submetido à avaliação da Banca Examinadora para a obtenção parcial do título de Psicólogo(a). Orientadora: Profa. Msc. Inea Giovana da Silva Arioli.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se atualmente que o conceito de saúde é construído socialmente, e que a sua forma mais ampla leva em consideração todo o contexto social, cultural, econômico e político, abrangendo uma totalidade de processos, o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual diz que para cada sujeito o conceito de saúde parte da ideia de que, enquanto aspecto social, político, econômico e cultural, é resultante das condições/questões de trabalho, educação, acesso e posse da terra, meio ambiente, lazer, alimentação, segurança pública, assistência social, acesso a serviços de saúde, habitação, transporte, renda, emprego e liberdade.

A saúde é compreendida como um modo de levar a vida e a sociedade espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, através de ações individuais e coletivas. E assim, na medida em que a saúde tem sido reconhecida como vinculada as condições concretas de vida e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade. Dessa forma, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, bem como a formação profissional faz parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde.

Sabendo disso, pensa-se em uma saúde coletiva, comunitária, onde hajam reflexões coletivas e construções de saberes sobre o processo saúde/doença. Nesse sentido promover saúde é reduzir riscos de vulnerabilidade social, acesso aos serviços de saúde, bem como promover autonomia dos sujeitos diante dos seus processos de saúde e doença, bem como a autonomia dos sujeitos em seu contexto social e de trabalho e renda. Aliando a comunidade em todo seu processo de saberes e fazeres, na construção de um pensamento em Saúde comunitária, Góis (2008) afirma que, Saúde comunitária é voltada para a experiência de vida das pessoas presentes na comunidade buscando trabalhar o significado dos vários contextos que envolvem a saúde e que afeta a comunidade em seus constituintes ecológicos, sociais, orgânicos e psicológicos.

Interessa, a partir desse contexto, discussões sobre ações e conceito(s) em relação à saúde na comunidade, relacionando-os aos patamares principais da Economia Solidária e ao conceito de saúde. Segundo Martin & Ângelo (1998) compreender a saúde na visão do outro é um grande desafio. Ouvir esse outro e permitir que este se mostre, significa mais do que um confronto de conceitos, mas a possibilidade de ampliá-los a partir da incorporação do saber contido no mesmo.

O diálogo entre saúde e o ideal da economia solidária evidencia pontos convergentes, partindo da ideia de que ambos os conceitos permeiam, enquanto aspecto social, político e econômico, questões de trabalho, educação, acesso à moradia, meio ambiente, lazer, segurança pública, assistência social, entre outros. As iniciativas de Economia Solidária estão relacionadas a situações de exclusão socioeconômica e do trabalho precário. Essa proposta surge de um conjunto de políticas e reflexões de combate ao desemprego, e inclusive é um movimento iniciado no século XIX, a partir do cooperativismo e dos socialistas utópicos (BENINI, 2003 *apud* CASTANHEIRA; PEREIRA, 2008). A economia solidária tem como ponto de vista o combate à exclusão social para oportunizar a difusão de valores de igualdade. Segundo Wanderley (1999), o modo como se concebe o combate à exclusão no trabalho tem que impulsionar o exercício da cidadania facilitando a independência na vida dos cidadãos. Como consequência separar a questão de subordinação, discriminação e a subalternidade em nosso país é um dos muitos desafios colocados.

Ao abordar a economia solidária em sua interface com a saúde comunitária, esse texto enquanto resultado de uma pesquisa, pode contribuir para outras áreas, com um novo olhar sobre os fatores que também podem influenciar no comportamento humano e no ambiente de trabalho, para melhor posicionamento diante da realidade e compreensão sobre a economia solidária e suas consequências no processo saúde/doença.

A visão aqui trabalhada traz a economia solidária com finalidades sociais, políticas, culturais, ambientais e outras, como alude França Filho (2007, p.162): “[...] Trata-se, evidentemente, do fomento a uma política do cotidiano nos bairros e comunidades, que incita os cidadãos a agir”. Esse caminho pode nos levar ao diálogo com o processo de autonomia, cidadania, solidariedade e cooperativismo, que deveriam direcionar nossas práticas diárias e os processos coletivos engajados nesses ideais.

O objetivo geral do texto apresentado foi compreender os conceitos e práticas de saúde dos participantes de um grupo de economia solidária. Já os objetivos específicos referem-se à intenção de investigar as percepções do conceito de saúde para os participantes do grupo; caracterizar as condições de saúde da comunidade onde o grupo está inserido e verificar a ocorrência de ações de saúde nas atividades do grupo de economia solidária. Mas ressalta-se que para além de seus objetivos, essa pesquisa poderá incentivar a realização de novas pesquisas, na medida em que levante questionamentos sobre a temática, visto que passamos por mudanças econômicas e sociais.

## 1 BUSCANDO DELIMITAR UM ESTADO DA ARTE

Para ampliarmos a discussão do tema em estudo realizamos uma revisão de literatura, feita no site da Biblioteca Virtual da Saúde – BVS no dia 16 de setembro de 2014 às 13h30min, com os descritores “Economia Solidária” e “Saúde”, foram encontrados dezesseis produções publicadas entre os anos de 2005 a 2013 referentes a essa temática, que foram submetidos a um processo de refinamento. Os critérios de inclusão foram: (1) ter sido publicado entre 2005 e 2013; (2) permitir acesso *online* gratuito ao texto completo; (3) ter como foco a interface da Economia Solidária e Saúde; e, (4) não aparecer de forma repetida. Como resultados foram selecionados apenas dez das dezesseis produções.

Dos textos encontrados, um deles é do tipo relato de experiência, três são do tipo estudos teóricos, no qual dois deles evidenciam-se como revisão de literatura, outras cinco publicações são pesquisas qualitativas, no qual uma delas é do tipo pesquisa quali/quantitativa e por fim, apenas uma é do tipo pesquisa de cunho quantitativo, totalizando dez produções.

Encontramos sete entre as dez publicações a articulação dos campos da saúde mental e economia solidária. As três publicações restantes abordam a questão da inclusão social pelo trabalho, trazem à tona argumentações baseadas na Reforma Psiquiátrica Brasileira e procuram a criação de políticas públicas que promovam a articulação entre saúde mental e economia solidária, onde uma delas traz a inclusão social da família também nesse processo.

Uma pesquisa que se destaca também articula esses dois campos, saúde mental e economia solidária e trabalha a questão da dependência química, a reabilitação vocacional e a inclusão social pelo trabalho pautada pela cooperatividade na proposta da economia solidária, levando em consideração as diretrizes da Política de Saúde Brasileira. Esta pesquisa tem o propósito de articular a saúde do trabalhador e a proposta de economia solidária no que se refere à área do trabalho e a reorganização de novos modos de vivenciar o trabalho (BONADIO e SILVEIRA, 2013).

Outra pesquisa que articula a saúde mental e a proposta de economia solidária busca levantar a questão do suporte do consumo de álcool em trabalhadores desempregados e sua recolocação no campo de trabalho (RIBEIRO, 2008). Já o estudo da qualidade de vida de indivíduos que trabalham em cooperativas com a filosofia da economia solidária é o foco do estudo de Baffi (2008).

## 1.1 ECONOMIA SOLIDÁRIA

A economia solidária propõe analisar as relações de desigualdade que encontramos na sociedade e tem como ponto central reconhecer a importância do ser humano e sua característica específica de comprar, vender, trocar e produzir de modo não exploratório. Para Nascimento (2006), o ponto central da economia solidária está voltado às necessidades sociais da população, representando um instrumento de combate à exclusão social, conforme apresenta uma alternativa viável para a geração de trabalho e renda e satisfazendo diretamente as necessidades humanas, de maneira que elimina as desigualdades materiais e a difusão de valores da solidariedade e da ética.

Conforme o Ministério do Trabalho e Emprego (2004) a economia solidária mostra nos últimos anos, a iniciativa de trabalho e questões salariais a favor da inclusão social a partir dos seguintes princípios:

[...] valores comuns tais como a valorização social do trabalho humano, a promoção das necessidades como eixo da atividade econômica, comercial e financeira, o reconhecimento do lugar privilegiado da mulher e do feminino numa economia fundada na solidariedade, a busca de uma relação de colaboração respeitosa com a natureza e a prática da cooperação, da reciprocidade, da partilha e da solidariedade. (ARRUDA, 2003 *apud* SOUZA; BEATRIZ, 2011, p.4).

Enquanto política pública a economia solidária possui algumas particularidades descritas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (2004):

▪ **Cooperação:** É a forma de ajudar as pessoas a atingirem seus interesses e objetivos comuns, a união dos esforços, capacidades responsabilidades solidárias.

▪ **Autogestão:** As práticas participativas da autogestão sobre questões econômicas e solidárias no processo de trabalho colocam estratégias do empreendimento no comando e organização nos diferentes interesses.

▪ **Dimensão Econômica:** produção, benefício, comercialização e consumo. Esforços e recursos pessoais de organizações sendo uma das bases de motivação.

▪ **Solidariedade:** Além da responsabilidade recíproca no empreendimento o caráter solidário está ligado em diferentes contextos como: respeito aos direitos e o bem estar dos/as trabalhadores/as e consumidores/as, condição de vida dos participantes.

Segundo Singer (2009) a Economia Solidária, em sua prática se dá por cooperativas, associações e redes auxiliadoras entre trabalhadores e consumidores. E a mesma refere-se às novas práticas de produção e consumo, priorizando o preço justo e a associação entre os trabalhadores.

A economia solidária é uma prática de apoio à construção de cidadania, já que o aspecto principal é identificação e inclusão de grupos na comunidade e região com o principal objetivo de melhorar as condições de vida e dignidade por meio do trabalho. A cidadania é a relação do indivíduo e sociedade sobre os posicionamentos nas questões sociais representadas no cotidiano, que está vinculada com a política (BORBA *et al.*, 2010).

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social. (DALLARI, 1998 *apud* BORBA *et al.*, 2010, p.4).

Segundo este autor, o significado de cidadania envolve pensar na singularidade de cada sujeito e a sua relação nas questões sociais, políticas e econômicas que fazem parte do cotidiano diante de seus posicionamentos. É através da convivência que a cidadania se torna coletiva e com isso tem um impacto importante nas práticas da economia solidária.

Atualmente a cidadania reivindica questões de trabalho, educação e melhor qualidade de vida objetivando que todos os cidadãos participem igualmente em manifestações para que a sociedade civil desenvolva soluções, por exemplo, na prática econômica.

Nas décadas de setenta do século passado o desemprego se fez presente na vida dos trabalhadores, ocorrendo uma mudança nos países que tinham a economia avançada e excluindo o campo de trabalho formal. Os sindicatos pararam de reivindicar os direitos trabalhistas. Dentro desse contexto a economia solidária se desenvolveu em grande parte dos países. O que teve a diferença de um novo cooperativismo e seus valores associados ao empreendimento para a autogestão NASCIMENTO (2004). A economia solidária como uma prática social se mostra como algo construído socialmente em coletivos, buscando novas formas de produção e mercado, visando o bem estar dos grupos e o crescimento em prol de melhorias na qualidade de vida e na sua forma de gerir o processo de trabalho.

Dessa forma, ao se pensar qualidade de vida e melhorias para os envolvidos, não só na questão do trabalho humano, mas também de todo o contexto em que os mesmo estão presentes, é possível observar a relação de todo esse processo no que compete à saúde de cada um, levando em conta o contexto e meio onde estão inseridos.

## **1.2 SAÚDE**

Saúde é produção social e está voltada para a experiência concreta de vida de cada sujeito e das pessoas presentes na comunidade buscando trabalhar essa relação e implica atentar para o significado dos vários contextos que envolvem a saúde e que afetam a comunidade em seus constituintes ecológicos, econômicos, sociais, culturais, orgânicos e subjetivos. (BRASIL, 2009; GÓIS, 2008).

A chamada Reforma Sanitária foi um movimento organizado em todo o Brasil entre os anos de 1976 e 1988, com a participação de médicos, psicólogos e professores, movimento popular de saúde, entre outros, o qual viabiliza os questionamentos para a construção e a consolidação de um Sistema Único de Saúde - SUS no Brasil, sendo um sistema único, público e com a lógica do conceito ampliado e coletivo de saúde (DA ROS, 2006; 2011).

O SUS, enquanto proposta de serviços, ações e formação em saúde, parte da premissa da saúde enquanto um direito, a partir das reivindicações sociais históricas no Brasil. Assim, enquanto um direito social, a saúde é inerente à condição de cidadão e cabe ao poder público garanti-lo. Através da criação de um sistema unificado de saúde, aprimora-se o conceito ampliado de saúde e da participação social, sendo um processo fundamental para consolidar o SUS. (DA ROS, 2006; 2011; BRASIL, 2010).

Anteriormente ao surgimento do SUS, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga em uma carta de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde) o conceito de saúde implicando o direito a saúde e do dever do Estado em sua promoção e proteção à mesma, afirmando a saúde como o estado completo de bem estar físico, mental e social, questionando o conceito anteriormente pensado por Christopher Boorse, que refere a saúde como ausência de doença (SCLIAR, 2007). E assim, na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade (PAIM, 2009).

Sob a ideia do conceito ampliado de saúde torna-se mais importante cuidar da vida, reduzindo as vulnerabilidades de adoecimento, de sofrimento e de morte prematura dos sujeitos e da população dos territórios. Podemos pensar a condição de vulnerabilidade social enquanto a tendência à condição de adoecimento e sofrimento como resultante de um conjunto de aspectos, não somente individuais, mas contextuais, sociais e dependentes dos recursos que as comunidades e os territórios possuem para produzirem novas formas de subjetivação e aprimoramento da qualidade de vida. (AYRES *et al.*, 2003).

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), é importante que o fortalecimento da Saúde Pública perpassa as ações comunitárias, no sentido de proporcionar possibilidade de empoderamento individual e comunitário e o uso dos espaços públicos, além

disso, é importante estimular a corresponsabilidade entre os principais atores sociais dos processos, a partir de novas lógicas de integração, cooperação e solidariedade, fundamentais para a efetivação das ações de promoção da saúde, participação social e redução das condições de vulnerabilidade.

A saúde resulta, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) na capacidade da população em produzir regras e modo de viver, que prevaleçam o interesse e bem estar comum. O conceito de saúde nessa perspectiva parte da ideia de que, enquanto aspecto social, político, econômico e cultural, é resultante das condições/questões de trabalho, educação, acesso e posse da terra, meio ambiente, lazer, alimentação, segurança pública, assistência social, acesso a serviços de saúde, habitação, transporte, renda, emprego e liberdade (BRASIL, 1986).

Podemos definir então que saúde é algo construído socialmente, é subjetivo e individual de cada um. Não apenas a herança genética, a biologia do ser humano e fatores ambientais que determinam socialmente a saúde, os fatores políticos, econômicos e culturais são bases mais sólidas, que evidenciam a forte relação entre estilos de vida, as posições sociais e econômicas vivenciadas pelas pessoas configurando as condições de vida e o estado de saúde (BUSS, 2009).

A economia solidária, e está implicada na análise dos processos sociais da desigualdade buscando compreender a importância do sujeito e suas características no modo de produção, de compra, venda, troca, de modo não exploratório. E como instrumento para a geração de renda e trabalho de uma maneira mais viável, representa um instrumento de combate à exclusão social satisfazendo as necessidades da população, eliminando as desigualdades materiais difundindo valores de solidariedade e ética. Da mesma forma a saúde também surge da produção social e a mesma volta-se para a experiência concreta de vida de cada um e das pessoas que fazem parte da comunidade buscando trabalhar as problemáticas cotidianas e os possíveis direcionamentos nas práticas, visando à qualidade de vida e bem estar social.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

Considerando o objetivo desta pesquisa, o presente estudo apresenta-se como de caráter exploratório, que segundo Gil (2002) tem como objetivo proporcionar maior familiaridade sobre o assunto, visando a construção de hipóteses. A abordagem é qualitativa que acredita em uma relação dinâmica entre a realidade e o sujeito e parte de uma fundamentação onde



existe uma interdependência entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

A presente pesquisa configura-se em um estudo de campo. Neste sentido de acordo com Gonsalves (2001 *apud* PIANA, 2009).

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...].

Gil (2002) indica que as etapas a serem seguidas não podem ser definidas *a priori* em todas as pesquisas desse tipo, pois as características específicas de cada estudo ditam suas próprias peculiaridades, dessa forma, a seleção dos informantes e as estratégias a serem utilizadas para a coleta de dados, normalmente são definidas, depois de prévia exploração.

A presente pesquisa foi realizada em um EES (Empreendimento Econômico Solidário) composto por cerca de dezoito pessoas associadas e não assalariadas, organizadas em um grupo de Economia Solidária, auxiliadas em seu processo de gestão pela Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares – ITCP UNIPLAC. Foram entrevistadas quatro participantes do referido grupo (sendo apenas um dos quatro entrevistados de sexo masculino), por meio de amostra intencional e a partir da disponibilidade de tempo de cada um em participar da pesquisa. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: ser participante do grupo de economia solidária há no mínimo 2 anos e concordar em participar da pesquisa.

Vale ressaltar que ao pesquisar um EES incubado pela ITCP UNIPLAC, projeto que vincula professores e alunos do mestrado e graduação da universidade ao qual este estudo está vinculado, se amplia o alcance das ações propostas, no sentido de buscar um dos objetivos maiores da universidade, ou seja, a articulação “ensino-pesquisa-extensão”.

O bairro onde acontecem as reuniões, produções e onde aconteceram as entrevistas situa-se distante do centro da cidade, e a situação econômica da população caracteriza-se como de baixa renda. Cerca de 230 famílias compõem o bairro, totalizando aproximadamente mil moradores.

Na coleta de dados foi empregada a entrevista semiestruturada norteada por perguntas abertas e de forma verbal com uma ordem elaborada pelos entrevistadores. Tais questões giram em torno do tema Saúde. A entrevista estruturada tem como instrumento de auxílio um roteiro com perguntas fechadas que seguem um padrão para colher as informações. De acordo com May (2004, p.2) é essa forma que diferencia a entrevista semiestruturada: o modo com

que são feitas as perguntas de forma “aberta”, o que permite ao entrevistado responder as perguntas conforme o seu ponto de vista, o que não quer dizer que pode deixar o entrevistado falar livremente. O pesquisador não pode perder o foco da entrevista.

As entrevistas aconteceram no Centro Comunitário onde o EES realiza suas reuniões. Foram efetuadas em três encontros marcados com os membros do grupo conforme a sua disponibilidade, no mesmo dia e período que acontecem as reuniões semanais, para facilitar a participação. Os pesquisadores mantiveram uma atitude ética, buscando despojar-se sempre de (pré) conceitos.

Considerando a preparação por parte dos entrevistadores e também a aplicação do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), elaborado conforme a exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que garante as referências básicas da bioética e visa garantir os direitos e deveres à comunidade científica, ressalta-se que foram cumpridas todas as exigências da referida Resolução e do Comitê de Ética em Saúde da UNIPLAC.

Os dados coletados foram gravados em áudio e transcritos, com a autorização dos entrevistados. Este tipo de recurso auxilia na coleta de dados, pois possibilita o melhor acesso as informações subjetivas.

Em relação a análise, foi realizada a análise qualitativa dos dados que, segundo Minayo (2003), trabalha com o universo de significados, valores, crenças, aspirações, motivos e atitudes. Isso corresponde a uma observação mais profunda das relações, desses processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Inicialmente foi realizada a análise de conteúdo agrupando os seus elementos, as unidades de registro, tendo como objetivo explicar as suas especialidades e sentidos. Em outro momento foram elaboradas as categorias, a partir do agrupamento das unidades de registro. As categorias foram construídas por análise de sentido, ou seja, as unidades de registro que tiveram significados parecidos foram analisadas na mesma categoria. A seguir foram articulados os dados coletados com a literatura disponível, para buscar a produção de novos conhecimentos.

É importante ressaltar que esta pesquisa apresentou risco mínimo de desconforto e não ofereceu riscos físicos aos partícipes e as entrevistas foram realizadas em um ambiente adequado para coletar as informações necessárias. Essa pesquisa não intencionou lucros e a sua participação foi voluntária.

### 3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os sujeitos desta pesquisa foram quatro membros de um grupo de economia solidária com idade mínima de trinta e dois anos e máxima de sessenta e três, sendo três entrevistados do sexo feminino e um do sexo masculino, que titularemos de E1; E2; E3 e E4, conforme observa-se no quadro a seguir.

**TABELA 1 – Público alvo**

<b>Entrevistados</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
Idade	36 anos	63 anos	37 anos	39 anos
Tempo que mora no bairro	13 anos	32 anos	13 anos	13 anos
Tempo que participa do grupo	2 anos	2 anos	2 anos	5 anos
Dias por semana que se dedicam ao grupo	3 dias	3 dias	3 dias	2 dias

Nota: Dados primários.

Fonte: Os pesquisadores, 2014.

Dos quatro entrevistados três residem no bairro há mais de treze anos e participam do grupo há dois anos e três se dedicam três vezes na semana ao grupo de economia solidária realizando atividade de produção de alimentos e artesanato.

Para facilitar na discussão dos dados obtidos, foram construídas três categorias norteadoras, sendo elas: Conceito de saúde, Condições de Saúde, Ações e práticas de saúde.

#### 3.1 CONCEITO DE SAÚDE

Na presente categoria, apresentaremos algumas percepções seguidas da análise por parte dos pesquisadores no que diz respeito aos conceitos de saúde apresentados pelos participantes da pesquisa. Em alguns relatos notamos a caracterização de saúde que remete para este conceito no viés biomédico:

*[E2] – “Ah quem tem saúde é quem tem uma saúde boa né, quem não sente nada, não se clama, é isso né? [...] Ah a gente tem que marcar encontro, médico né, cuidar da saúde né. Procurar o serviço de atendimento”.*

[E2] – “Eu tenho assim né, eu já tive né, boas condições de saúde. Mais esse ano pra cá foi bem né, eu trabalhava direto, agora eu não posso né, não pude. Às vezes a “Fulana” precisava de mim eu não podia vir. Dores nos ossos, tenho bronquite, problema de coração, nos ossos, no pulmão também, então tô em tratamento né”.

A participante relaciona as condições de saúde a existência ou não de doenças, evidenciando desta forma seu conceito de saúde. Ou seja, a fala da entrevistada E2 retrata a saúde como ausência de doença. Essa noção de saúde é identificada apenas pela ausência de doença e a importância do médico na sua relação com o processo saúde/doença é reforçada quando leva em consideração o não sentir nada, ou ter de sentir algo para que não haja mais saúde, e a necessidade da procura de um especialista (médico) quando algo lhe incomoda.

Assim o olhar biomédico para a questão saúde não contempla a noção holística do homem, deixando de lado a questão psicossocial do sujeito e sua relação social, levando em consideração apenas as questões biológicas.

Segundo Orley *et al.* (1998), devemos considerar que as diferentes áreas da medicina sempre priorizam o estudo da doença e as formas de avaliar, tanto sua frequência quanto intensidade, afirmando assim a tentativa de quantificar e/ou objetivar a causa da ausência, ou não de doença.

Nas palavras de Czeresnia (2009, p.46): “O discurso médico-científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar; não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer”. Já Carvalho (1996) citado por Czeresnia, (2009, p.50) evidencia o reconhecimento dos limites do modelo sanitário, ressaltando a importância da integração de outras dimensões.

Segundo Zurba (2011) desde o século XVIII, com o surgimento da chamada “medicina social”, a população vem discutindo o fato das doenças e produções de sintomas não ter uma única causa definitiva. Sendo evidente que a saúde é produzida a partir dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade, para além de questões individuais e análise dos sintomas (BASTOS, 2013; REZENDE, 1986; SPINK, 2010).

Sendo assim, após a divulgação da Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmando a saúde como o estado completo de bem estar físico, mental e social, questiona o conceito anteriormente pensado por Christopher Boorse, que refere a saúde como ausência de doença (SCLIAR, 2007). E então busca-se a visão biopsicossocial, proporcionando uma visão integral do sujeito e do seu adoecer compreendendo as dimensões física, psíquica e social, , apesar de ser necessário ressaltar que este conceito mostra-se vago e que evidencia um ideal

difícil de ser alcançado. Apesar disto, é possível analisar questões que levam em consideração a noção mais ampla de saúde para além de questões médicas e fragmentadas, como trazem os entrevistados E2, E3 e E4:

[E3] – *“Saúde é tudo na minha vida e das outras pessoas”*.

[E4] - *“Saúde pra mim é tudo [...] como pessoa se eu tiver saúde nada vai perder o brilhantismo do dia [...] tendo saúde pra mim, eu tenho tudo. Eu pra mim é uma coisa assim fundamental [...] mas a saúde para mim é, assim, se eu levantar de manhã e tiver com saúde, ‘tando vivo pra mim é a coisa mais importante”*.

[E2] – *“Isso é questão de saúde pra mim, tem que estar tudo alinhado, a mente, o corpo, a condição daquilo que você faz pensando no bem estar”*.

É perceptível que os participantes trazem a questão de saúde como existência, como a presença ou o sentimento de saúde na relação com o “estar vivo”, percebendo a saúde não só como sobrevivência, mas como um “todo” para isso. Santos (1987) citado por Czeresnia (2009, p.52) fala: “buscar saúde é questão não só de sobrevivência, mas de qualificação da existência”. Ressaltando a importância da saúde como algo fundamental à vitalidade, à existência individual e coletiva, como apontada anteriormente nas falas.

E a questão saúde vai além disso: “é algo que remete à dimensão social, existencial e ética, a uma trajetória própria referida a situações concretas, ao engajamento e comprometimento a serviço do que não é conhecido na busca da verdade que emerge na experiência vivida” (BADIOU, 1995 *apud* CZERESNIA, 2009, p.52). E nesse sentido, constata-se a presença da vivência de cada um no que compete ao entendimento de saúde para os participantes E3 e E4 como mostram nas suas falas:

[E3] – *“[...] procuramos comer produtos que não tem agrotóxico (verduras e saladas).”*

[E4] – *“Pra mim é isso, uma educação assim de tudo, alimentar, psicológica, físico, interagir tudo isso você vai ter uma saúde [...] É uma sintonia do corpo, da mente, espiritual também, a gente tem uma religião, acredita em algum deus, alguma coisa. Pra mim tudo isso tem que estar interligado e isso é questão de saúde né [...] tem que estar aqui ó de corpo, de mente e feliz [...] Você ter uma alimentação balanceada, você comer aquilo que teu corpo necessita nada de exagerado ter uma boa educação física, praticar atividade física”*.

Essas percepções relacionam a saúde com uma alimentação equilibrada e com atividades físicas, neste sentido podemos inferir que contemplam à noção do conceito de

saúde ampliado. O conceito de saúde na perspectiva do Sistema Único de Saúde – SUS parte da ideia de que, enquanto aspecto social, político, econômico e cultural, é resultante das condições/questões de trabalho, educação, acesso e posse da terra, meio ambiente, lazer, alimentação, segurança pública, assistência social, acesso a serviços de saúde, habitação, transporte, renda, emprego e liberdade (BRASIL, 1986). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) a ampliação do conceito de saúde deixando de ser apenas a ausência de doença foi um ponto importante na luta e construção do SUS. Já o conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS também introduz a ampliação da conceituação do referido termo.

Ambos os conceitos não definem de fato o que é saúde, pois tanto o completo bem-estar físico, social e emocional quanto às condições necessárias para abranger o conceito ampliado segundo o SUS são questões determinadas no social. A discussão do termo está vinculada às condições cotidianas de vida, que implica mais do que o aspecto biológico.

Segundo Czeresnia (2009) a argumentação científica, a especialidade e a forma institucional das práticas em saúde abrangem conceitos objetivos de doença e não de saúde. A doença tem dotes próprios, anteriores as alterações concretas do corpo dos doentes. Há tendências de práticas de saúde que não levem em consideração a distância entre os conceitos de doença, saúde mental, adoecer e experiências de vida, dessa forma substituindo um pelo outro. O conceito de doença é empregado como se fosse o adoecer concreto, e também, a efetivar práticas concretas capazes de representar e responder toda a sua totalidade.

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, pode-se levar em consideração questões mais amplas que a saúde dos sujeitos individualmente, como a questão da saúde coletiva relacionando o cuidado com o meio ambiente e a preocupação com o meio onde se vive, como bem mostra em suas palavras um dos participantes da pesquisa:

*[E4] – “[...] e eu acredito que isso é saúde pública, quando se limpa, deixa tua casa arejada e bonitinha. Tu cuida lá do teu lixo, separa, não deixo o lixo jogado. Isso é questão de saúde, e esse trabalho também da questão da higiene pessoal delas, questão de doenças.”*

E é na construção coletiva que o processo saúde/doença se dá, através de características peculiares de cada lugar. Para pensarmos nas problemáticas cotidianas e nos possíveis direcionamentos das práticas, é importante termos ações que visam a qualidade de vida e bem estar social. Nesse sentido, pensa-se bem estar como saúde, dessa forma não há um direcionamento único e determinado de doença ou enfermidade e sim a ideia de pensar promoção de saúde como aumento da saúde e bem estar geral.

Ao se pensar melhores condições de vida para as pessoas e buscar isso por vontade própria nota-se a questão da autonomia e autogestão dentro do grupo, como relata o participante E4:

[E4] – *“Né foi uma provocação, a gente desafiou as entidades que tinham muito o lado assistencialista”*.

[E4] – *“[...] a gente provocou ampliar projeto de melhorar a vida das pessoas”*.

[E4] – *“Ai a gente desafiou as entidades, perai né, vamos desenvolver projeto que as pessoas consigam caminhar com as próprias pernas né”*.

Pudemos perceber no relato do entrevistado o entendimento da formação do grupo de economia solidária relacionado à autonomia e autogestão, que para Castoriadis (2000, p.123):

O conceito de autonomia surge pelo restabelecimento dos processos psíquicos podendo assim dizer que estabelece um modo relacionado ao pensamento do outro, podemos então descrever que para ser autônomo precisamos inventar as nossas próprias ideias de acordo com a nossa realidade social, cultural e econômica em que vivemos, mas não necessariamente excluímos totalmente o posicionamento do outro, até porque de acordo com o autor isso não seria possível, mas estabelece uma nova percepção em relação ao pensamento do outro.

Nascimento (2004) coloca que a autogestão como é uma prática social e política própria da forma de produção socialista, que ocorre na produção capitalista dentro de uma estratégia política para uma perspectiva imediata de trabalhadores e cidadãos nesta linha.

Dessa forma podemos relacionar o processo de autonomia no grupo e a busca de melhoria na vida das pessoas a questão da promoção de saúde, pois entendemos que a autonomia está diretamente ligada ao conceito de promoção de saúde. É necessário ressaltar que o participante não afirma a autonomia como promoção de saúde, esta compreensão parte dos pesquisadores.

Conforme Czeresnia (2009) que traz a concepção de promoção de saúde para além do fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, ela diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com a noção de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos. Ou seja, pensar em promoção de saúde envolve autonomia e o processo de escolha do próprio sujeito e/ou coletivo.

Porém, segundo Paim (2009) a sociedade, de alguma forma espera que o setor saúde cuide das pessoas e das populações, através de ações individuais e coletivas. A partir de 1980 torna-se uma proposta governamental a ampliação do enfrentamento dos problemas

relacionados à saúde pública para além de uma ação exclusivamente médica (CZERESNIA, 2009).

Pensar saúde em uma perspectiva mais complexa não diz respeito somente a superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos. Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico (CZERESNIA, 2009, p.44).

E assim, na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, o propósito almejado é que as pessoas possam ter uma vida com qualidade (PAIM, 2009). Nessa perspectiva, ao ser questionado sobre “o que é saúde para você?” um dos participantes trouxe a questão da qualidade de vida vinculada a sua saúde:

*[E4] – “Qualidade de vida, tem que ver que tipo de qualidade de vida, cada um tem um tipo de qualidade de vida né. Pra mim qualidade de vida é questão de cada momento pra mim é único, o dia mais importante na minha vida é o hoje, ontem já foi e o de amanhã não sei se vai existir, então é agora, esse momento”.*

O sujeito identifica a questão de qualidade de vida como saúde, e que a mesma varia de pessoa para pessoa. Como bem frisa Scliar (2007), saúde não representa o mesmo para todos, dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas, e o mesmo pode ser dito das doenças, pois aquilo que é considerado doença varia muito.

Na sequência, apresentamos a questão de saúde vinculada ao estado mental, ou seja, as pessoas trazem a saúde como um estado psicológico saudável que os entrevistados trouxeram através da entrevista:

*[E1] - “A gente aprendeu aqui no curso que primeiro a mente tem que estar bem [...]. Estar bem com a gente mesmo”.*

*[E3] - “Saúde eu digo que é o estado psicológico” [...] precisa estar bem. No meu caso eu preciso estar bem com o grupo se eu estiver bem com o grupo na produção de comida eu estou bem de saúde se não estiver bem eu não estou bem de saúde, eu estou estressada e nervosa”.*

*[E4] “E saúde mental, corpo, se sentir bem com o teu corpo, é você se sentir bem com a tua mente, você estar bem [...] Ter uma boa educação, eu pra mim educação mental [...] Se você esta focando em problemas, problemas, e você vê você como um problema, e você*



*enxerga você como o último dos últimos isso já é uma doença, uma doença psicológica, ainda no começo é psicológica, depois um psiquiatra, e daqui a pouco é depressão”.*

Os entrevistados trazem a questão do conceito de saúde relacionado ao estado psicológico e a importância da saúde mental. Sendo que a saúde mental não está desvinculada da saúde física, ou seja, a saúde mental e a saúde física estão interligadas e são interdependentes, tornando-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, principalmente ao considerarmos o conceito ampliado de saúde.

O Ministério da Saúde através da portaria 189 de 19/11/1991 destaca as oficinas de geração de renda como sendo atividade que contribuem com o exercício da cidadania no que se refere a reinserção e a reabilitação psicossocial através das atividades grupais que possibilita de certa forma a projeção de conflitos internos externos através do espaço de socialização relacionado com a economia solidária (BRASIL, 2009).

Nota-se, dessa forma, que as pessoas ao participarem do grupo referem ampliar seu bem estar psicológico, pois a sensação de pertencimento ao grupo mostra-se como fator que promove saúde mental. Evidencia-se nestes dados um aspecto levantado pela revisão de literatura: a potência da articulação entre economia solidária e saúde mental.

Nessa categoria observamos também que o processo saúde/doença é caracterizado pelas vivências dos sujeitos pesquisados, sendo notável a saúde entendida como algo subjetivo e individual de cada um. Bastos (2013) traz como exemplo que, ao perguntarmos as pessoas o que é saúde para elas escutaremos diversas explicações, e que não necessariamente estarão erradas, pois o que é saúde para mim não é necessariamente o que é saúde para você, porém precisamos definir um conceito para direcionar nossa prática e lembrar-se de não engessar esse conceito.

O processo saúde/doença e as ações desenvolvidas para a preservação da saúde e para o combate às doenças irão ser guiados, segundo Bastos (2013), Rezende (1986) e Spink (2010) pela ideologia dominante, nos contextos, social, político, econômico e cultural de uma determinada época da história do homem, veiculada, ou não, pelo saber oficial, essa determinação se modifica de acordo com o processo histórico da humanidade e o desenvolvimento científico.

### 3.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Na presente categoria serão apresentadas características das condições de saúde dos participantes, tanto individual, quanto em relação à comunidade, questões sociais em que estão inseridos, no que se refere ao acesso e ao direito às condições mínimas de saúde para todos.

Segundo Czeresnia (2009), uma situação de saúde é definida pelas considerações das opções dos próprios atores sociais envolvidos no processo, ou seja, segundo Castellanos (1997, p.61) citado por Czeresnia (2009, p.52) “a mesma não pode ser compreendida fora da intencionalidade do sujeito que a analisa e interpreta”, como mostra em suas palavras o entrevistado E4:

*[E4] - “[...] não temos a saúde, que a gente possa chegar e dizer que quer um check up. Por exemplo, estão trabalhando o novembro azul para os homens, só que você vai lá, e precisa de um exame não dá. O que que adianta só ir lá ver a diabete? Claro que é importante, mas seria bom poder fazer um check up. Nas condições que nós vivemos aqui hoje, não”.*

Podemos perceber a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, segundo a Associação Paulista de Medicina (2010) a saúde é direito de todos e o Estado tem o dever de cumpri-la, no qual o Poder Público Estadual e Municipal, em uma de suas atribuições, devem garantir o direito ao acesso universal e o atendimento integral do indivíduo, no que se refere a abrangência à promoção, preservação e recuperação de sua saúde. Isso significa, segundo Paim (2009) que todos podem (ou ao menos deveriam) alcançar qualquer ação ou serviço de saúde sempre que necessário sem qualquer barreira de acesso.

Mostra-se, dessa maneira, a dificuldade de efetivação de fato dos serviços de saúde, que segundo Paim (2009) deve-se a distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde, o número de estabelecimentos e a quantidade de trabalhadores, incluindo as restrições de financiamento que não acompanham o crescimento da população e nem as demandas dos serviços.

Seguindo a questão da efetivação dos serviços de saúde, a fala a seguir remete a falta de informação aos usuários:

*[E2] – “A gente não estudava muito, mas não quer dizer. Falta informação, estudo”.*

Nota-se a necessidade de informação aos usuários do serviço de saúde. A produção de saúde tem como função promover um trabalho de promoção de saúde de forma a repassar informações necessárias para a sociedade de modo geral. No qual o Poder Público e Municipal, em outra atribuição sua deve garantir o direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como atividades desenvolvidas pelo sistema (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2010).

*[E2] – “As crianças, essas crianças aqui desse bairro eu sei que passam falta... você não entende. ...se queixar. A criancinha que eu peguei no colo, meu netinho chega em casa, e conta que as crianças na creche dele chegam chorando de fome ele tem cinco aninhos ainda. E tem mãe que não cuida, nem trocam as crianças, não sei se eu posso expressar isso né.”*

A compreensão das condições de saúde como condições concretas de vida, neste caso a situação de fome e falta de cuidados materno. É ressaltada a falta de condições dignas de vida para as pessoas que vivem na comunidade.

Sob a ideia do conceito ampliado de saúde torna-se mais importante cuidar da vida, reduzindo as vulnerabilidades de adoecimento, de sofrimento e de morte prematura dos sujeitos e da população dos territórios. Pode-se pensar a condição de vulnerabilidade social enquanto a tendência à condição de adoecimento e sofrimento como resultante de um conjunto de aspectos não somente individuais, mas contextuais, sociais e dependentes dos recursos que as comunidades e os territórios possuem para produzirem novas formas de subjetivação e aprimoramento da qualidade de vida. (AYRES *et al.*, 2003).

*[E4] - “[...] nós precisamos arrumar o esgoto largado no rio, questão de saúde. Nós precisamos ter o esgoto tratado isso é questão de saúde pública [...] Por exemplo, estamos trabalhando para fazer o saneamento básico que acredito que aí vamos ter uma produção melhor. Não temos uma condição ideal de saúde [...] Falta água, e sabemos que nossa água, por mais que digam que é bom e que ela tem qualidade, mas você toma cloro, tem o ph alto, o ideal seria poder tomar água filtrada [...] Se a gente tomar uma água tratada, ou filtrada, assim teríamos uma condição melhor de saúde”.*

E mais uma vez se faz presente o não acesso pleno aos bens e serviços de saúde, lembrando que a Saúde é Direito de todos e de dever do Estado, onde o Poder Público Estadual e Municipal deve formular e garantir a execução de políticas econômicas e sociais, que visem a redução de riscos e agravos à saúde e estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação,

tendo como fatores determinantes e condicionantes, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais à saúde, sendo assim, os níveis de saúde da população expressos através da organização social e econômica do país (Associação Paulista de Medicina, 2010; PAIM, 2009).

A importância da concepção de saúde para além de questões biológicas e ecológicas. Sabe-se que as ações em saúde do SUS vão além das unidades de assistência à saúde, e o SUS é, segundo Paim (2009) uma das respostas sociais aos problemas e as necessidades da população, e ao seu lado é de fundamental importância a relação com outras políticas, como as políticas ambientais, que na fala acima é citada no que se refere ao tratamento de água.

No entanto as falas dos entrevistados nesta pesquisa evidenciam as condições precárias que alguns grupos vivenciam em nosso país e os desafios presentes para a melhoria das condições de saúde.

### 3.3 AÇÕES E PRÁTICAS DE SAÚDE

Na presente categoria, apresentam-se as ações coletivas que fornecem assistência básica de saúde às crianças e gestantes do bairro. Sendo assim os entrevistados apresentam como ações de saúde a atividade que realizam no empreendimento econômico solidário (EES) a partir da Pastoral da Criança, com gestantes e crianças juntamente com profissionais do serviço social:

*[E1] – “Realizamos a parte da pastoral da criança, que a gente acompanha as gestantes, crianças, e temos a parte de serviço social que a gente acompanha as famílias. Já tivemos casos que a gente não resolve e aí a gente procura ajuda [...]Tem o projeto de apadrinhamento das crianças (trinta e seis crianças) que são apadrinhado pelo Estados Unidos que se vem benefícios para eles, daí sim tem condições de educação e saúde. Tem outros projetos, a horta comunitária que envolve crianças. A gente trabalha mais com as crianças aqui, gestante e a família”.*

*[Pesquisador] - Em sua opinião o grupo de economia solidária do qual é integrante realiza ações de saúde? Quais?*

*[E4] – “É, ele é feito. A gente traz palestras, procura a participação, como no Outubro Rosa, a gente procura conversar com as mulheres. Por exemplo, trabalha a Pastoral da*

*Criança, uma das integrantes que faz parte do grupo trabalha na Pastoral da Criança, que é o acompanhamento das gestantes e das crianças. Eles têm 35 crianças cadastradas. Se a criança está com baixo peso, e encaminha para o posto (de saúde), vê o que está acontecendo.”*

*[E3] – “O que nós fizemos foi aqui né, durante ações da pastoral [...] Sim, A pastoral da criança acompanha crianças e gestantes e eu faço esse acompanhamento junto com eles inclusive de apadrinhamento. Tem escolinhas de futebol e jovens adolescentes seguros”.*

A questão do trabalho em conjunto, visando a saúde da população específica, principalmente no que se refere às ações básicas de saúde, como a questão da nutrição e acompanhamento de gestantes. Dessa forma nota-se a importância de termos ações que visem a qualidade de vida e o bem estar dos sujeitos para se pensar em ações e direcionamentos às problemáticas do dia a dia.

E1 e E4 relacionam o Serviço Social às atividades de saúde, aliadas as ações da Pastoral. A Pastoral da Criança é uma organização social que assume o papel de orientar e acompanhar as famílias em ações básicas de saúde, educação, nutrição e cidadania buscando o desenvolvimento integral da família. Em suas práticas visando ações de saúde e melhoria na qualidade de vida da população dialoga e entende a saúde como sendo uma grande ação social da cidadania, buscando um ambiente de ações coletivas.

Dessa forma , segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010), o trabalho em rede a partir da lógica da promoção de saúde, da realidade das comunidades e da atuação das instituições de formação é essencial para a efetivação das ações em saúde. Assim, é inerente à efetivação de ações em Saúde na perspectiva ampliada a participação popular. É importante que o fortalecimento da Saúde Pública perpassa as ações comunitárias, no sentido de proporcionar possibilidade de empoderamento individual e comunitário e o uso dos espaços públicos, além disso, é importante estimular a corresponsabilidade entre os principais atores sociais dos processos, a partir de novas lógicas de integração, cooperação e solidariedade, fundamentais para a efetivação das ações de promoção da saúde, participação social e redução das condições de vulnerabilidade.

É importante ressaltar que a concepção de saúde, como sendo uma consequência histórica da sociedade no seu modo de produção e que é cobrada na coletividade compõem os avanços das demandas clínicas pelo fato de se romper o modelo utilizado em ações medicas curativas e biologicista de saúde, e coloca o estado como tendo uma grande responsabilidade por uma política de saúde associada as demais políticas sociais e econômicas, garantindo a

sua realização e a universalidade do acesso da população as condições mínimas de vida e bem estar. (BRASIL, 2010).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como propósito analisar as percepções acerca da saúde dos participantes de um empreendimento econômico solidário (EES) situado em um bairro periférico da cidade de Lages- SC. Possibilitou, através dos dados coletados, compreender os conceitos, condições e práticas de saúde dos participantes do grupo de economia solidária.

Comparando os resultados das entrevistas, verificou-se a caracterização do conceito de saúde remetendo a questão do conceito de saúde no viés biomédico (saúde como ausência de doença), relacionando as condições de saúde à existência ou não de doenças o qual não contempla a noção holística do homem, deixando de lado a questão psicossocial do sujeito e sua relação social, levando em consideração apenas as questões biológicas.

Identificou-se também a questão de saúde como existência, como a presença ou o sentimento de saúde na relação com o “estar vivo”, percebendo a saúde não só como sobrevivência, mas como um “todo” para isso. Ressaltando a importância da saúde como algo fundamental à vitalidade, à existência individual e coletiva. Constatou-se a presença da vivência de cada um no que compete ao entendimento de saúde para os participantes também nas falas que relacionaram a saúde com uma alimentação equilibrada e com atividades físicas, neste sentido podemos inferir que contemplam à noção do conceito ampliado de saúde.

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, pode-se levar em consideração questões mais amplas que a saúde dos sujeitos, como a questão da saúde coletiva relacionando o cuidado com o meio ambiente e a preocupação com o meio onde se vive, presente também na fala de um dos participantes da pesquisa. Identificamos também a percepção de saúde vinculada a questão da qualidade de vida, sendo colocada que a mesma é variável de pessoa para pessoa.

Apresentou-se a questão de saúde vinculada ao estado mental, ou seja, as pessoas trouxeram a saúde como um estado psicológico e a importância da saúde mental. Sendo que a saúde mental não está desvinculada da saúde física, ou seja, a saúde mental e a saúde física estão interligadas e são interdependentes, tornando-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos.

Existe a compreensão por parte dos entrevistados das condições de saúde como condições concretas de vida. Se fazendo presente a importância das condições ambientais para a saúde da população e a falta de condições dignas de vida para as pessoas que vivem na comunidade.

Os entrevistados apresentam como ações de saúde a atividade que realizam no grupo a partir da Pastoral da Criança, com gestantes e crianças juntamente com profissionais do serviço social.

Faz-se presente a importância de termos ações que visem à qualidade de vida e o bem estar dos sujeitos para se pensar em ações e direcionamentos às problemáticas do dia a dia. Para pensarmos nas problemáticas cotidianas e nos possíveis direcionamentos nas práticas, é importante termos ações que visam a qualidade de vida e bem estar social.

Concluimos essa pesquisa deixando aberto para novas possibilidades de pesquisa, visto que esse tema tem muitos aspectos relevantes a serem pesquisados. Indica-se como sugestão de novas pesquisas com o foco na percepção de saúde dos profissionais envolvidos nos EES, como por exemplo, as assistentes sociais e psicólogas (os), entre outros. Outra possibilidade potente é a investigação da relação entre Economia Solidária e Saúde Mental, que traz luz a contribuição do modo de viver a partir de EES e suas consequência na produção da subjetividade dos sujeitos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-139.

BAFFI, Sandra Maria de Oliveira. **Qualidade de vida de participantes de programas de economia solidária**. São Bernardo do Campo, SP. Dissertação de Mestrado, UMESP, 2008.

BASTOS, Jota. Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde. In: **Revista da Coordenação de Educação em Saúde – DENEM**, n.1, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 2009.

BORBA, Erika Loureiro; ZWICK, Elisa; TORRES, Kelly Aparecida; *et al.* **Economia solidária e cidadania.** Disponível em: <[http://www.aedb.br/seget/artigos10/203\\_Economia%20solidaria.pdf](http://www.aedb.br/seget/artigos10/203_Economia%20solidaria.pdf)>. Acesso em: 22/04/2014.

BONADIO, Alessandra Nagamini. SILVEIRA, Cassio. Economia Solidária e Reabilitação Vocacional no Campo da Drogadição: possibilidades e limites das práticas atuais. In: **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.99-108, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final.** Brasília. Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 22/04/2014.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CASTANHEIRA, Maria Eugênia M.; PEREIRA, José R. Ação coletiva no âmbito da economia solidária e da autogestão. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.11, n.1, Jun. 2008. CASTORIADIS, Cornelius. **A Instituição Imaginária da Sociedade.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 2009.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de saúde no Brasil In: DA ROS, M. A. **A Saúde em Debate na Educação Física.** v.2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

DA ROS, M. A. Prefácio. In: ZURBA, M. C. (Org.). **Psicologia e Saúde Coletiva.** Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida.** Campinas: Autores Associados, 1995.

FRANÇA FILHO, Genauto Carvalho de. Teoria e prática em economia solidária: problemática, desafios e vocação. In: **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v.7, n.1, jan.-jun. 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. GÓIS, C. W. de L. **Saúde comunitária: pensar e fazer.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social. In: **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.45-51, dez. 1998.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 288p.



MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

NASCIMENTO, Edson Ronaldo. **Princípios da Economia Solidária**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.editoraferreira.com.br/publique/media/edson\\_toque7.pdf](http://www.editoraferreira.com.br/publique/media/edson_toque7.pdf)>. Acesso em: 22/04/2014.

NASCIMENTO, Cláudio. **A Autogestão e o “Novo Cooperativismo”**. Ministério do Trabalho e Emprego, 2004. Disponível em: <[www.trabalho.gov.br/temas/EconomiaSolidaria/textosDiscussão/Conteúdo](http://www.trabalho.gov.br/temas/EconomiaSolidaria/textosDiscussão/Conteúdo)>. Acesso em: 13/05/2014.

ORLEY, J.; SAXENA, S.; HERMAN, H. Quality of life and mental illness. In: **Br J Psychiatry**, 1998, v.172, p.291-293.

PAIM, J. S. **O Que É O SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PIANA, M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 22/04/2014.

REZENDE, A. L. M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1986.

RIBEIRO, Mônica Bezerra. **Percepção de suporte social e consumo de álcool em desempregados**. São Bernardo do Campo, SP. Dissertação de Mestrado, UEMESP, 2008.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 7.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. In: **Physis**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, Apr. 2007.

SINGER, P. **O impacto da crise no Brasil é “brutal”**. 2009. Disponível em: <<http://terramagazine.terra.com.br/interna/0,,OI3609755-EI6579,00Paul+Singer+Impacto+da+crise+no+Brasil+e+brutal.html>>. Acesso em: 22/04/2014.

SOUZA, Ligia Maria Gubert; BEATRIZ, Marilene Zazula. **A inclusão pelo trabalho: a contribuição da Psicologia na formação das feirantes de empreendimentos Econômicos**. Trabalho premiado na 5ª edição do Prêmio Silvia Lane, da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – ABEP, 2011. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fcrppr.org.br%2Fdownload%2F254.pdf&ei=Mir7U4LHGmfHiwKW7IGABA>>. Acesso em: 22/04/2014.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 4.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

ZURBA, M. C. (Org.). **Psicologia e Saúde Coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2011.