



FAEMA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

JULIANA BARBOSA FRAMIL

**OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE SOB
A PERSPECTIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM
ÊNFASE NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

ARIQUEMES-RO
2012

Juliana Barbosa Framil

**OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE SOB
A PERSPECTIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM
ÊNFASE NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem
da Faculdade de Educação e Meio Ambiente
como requisito à obtenção do grau de Bacharel.

Profª Orientadora: Dra. Helena Meika Uesugui

Ariquemes-RO

2012

**Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Elaine de Oliveira Machado CRB11/848,
na Biblioteca “Júlio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA
em Ariquemes/RO.**

610.7214
F813o

FRAMIL, Juliana Barbosa .

Os determinantes sociais da saúde sob a perspectiva de políticas públicas com ênfase na participação social / Juliana Barbosa Framil. – Ariquemes: [s.n], 2012.

52 f.il .; 30cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Orientador: Prof.^a Dra. Helena Meika Uesugui

1. Promoção da saúde 2. Participação social 3. Políticas públicas. 4. Sistema Único de Saúde. I. FRAMIL, Juliana Barbosa. II. Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. III. Os determinantes sociais da saúde sob a perspectiva de políticas públicas com ênfase na participação social.

Juliana Barbosa Framil

**OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE SOB
A PERSPECTIVA DE POLÍTICAS PÚBLICAS COM
ÊNFASE NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Trabalho apresentado ao curso de
Enfermagem da Faculdade de Educação e
Meio Ambiente como requisito à obtenção do
grau de Bacharel.

Profª Orientadora: Drª. Helena Meika Uesugui

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora Dra. Helena Meika Uesugui
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profª. Esp. Sharon M. Fernandes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 12 de Junho de 2012

A Deus por me permitir o dom da vida.
À minha família, a base de tudo: Anna
Clara, Arildo, Gustavo e Salete.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Orientadora Dra. Helena Meika, pela aceitação em me orientar e pela credibilidade e incentivo que sempre demonstrou.

Aos meus pais, Arildo e Salete, pela educação e carinho recebidos, razão de estar concluindo mais uma etapa em minha vida com vitória.

À minha filha Anna Clara por quem tenho amor incondicional.

Ao meu irmão Gustavo pelo apoio irrestrito, apesar das muitas brigas.

À minha família e aos amigos feitos nas Minas Gerais, pela torcida e incentivo mesmo que distantes.

Às professoras Rosani Alves e Sônia Batini, pelo exemplo como profissionais e docentes, sendo verdadeiras referências.

Às professoras enfermeiras que compartilharam seus conhecimentos na busca por uma enfermagem científica e humanizada.

Aos amigos feitos na faculdade pelas experiências e dificuldades vivenciadas.

Em especial ao meu grupo, Alzenir, Elza, Pedro e Renilson, pelos momentos de preocupação e alegria durante os diversos períodos de estágio.

A todos que de alguma forma se fizeram presentes na consolidação deste trabalho.

“A ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”.

Rudolf Virchow

RESUMO

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são compreendidos como as condições nas quais a vida de uma pessoa transcorre. Nas últimas décadas os DSS tem assumido destaque devido à difusão das cartas de promoção da saúde e à compreensão da saúde como um processo sinérgico decorrente da realidade socioeconômica e cultural. Na Carta de Ottawa propõe-se a autonomia do indivíduo ao definir que o potencial de saúde não pode ser conquistado se não houver controle sobre os determinantes de sua própria saúde. A efetiva participação popular em saúde e o desenvolvimento de políticas públicas promotoras de saúde direcionadas aos DSS são de grande relevância, pois podem modificar o perfil de morbi-mortalidade de uma comunidade. Este estudo objetivou destacar a importância da participação social e de políticas públicas frente aos DSS. Para análise desta temática realizou-se estudo de revisão bibliográfica em portais específicos dos DSS, Biblioteca Júlio Bordignon e na Biblioteca Virtual em Saúde com os Descritores em Ciências da Saúde: determinantes sociais da saúde, participação social, promoção da saúde e políticas públicas. O desenvolvimento de políticas públicas com ênfase na promoção da saúde relaciona-se intrinsecamente com a participação social, devendo os sujeitos envolvidos estarem capacitados para tomar decisões correlatas. Somente a partir da sensibilização do indivíduo como co-responsável pela sua saúde as políticas públicas podem resultar em mudança de comportamento e qualidade de vida.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Participação social, Políticas públicas, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Social Determinants of Health (SDH) are understood as the conditions which a life of a person goes. On the last decades, the SDH assumes a big importance due to the diffusion of the letters from the health promotion and the understanding of the health as a synergistic process from the social, economical and cultural reality. In Ottawa letter is proposed an individual autonomy when it sets that the health potential cannot be conquered if it does not have control on the determinants of its own health. The effective popular participation in health and the development of the public politics promoters of health addressed to SDH are great relevance, because they can change morbimortality profile of one community. This research had the goal of highlighting the importance from the social participation and the public politics ahead of SDH. To analyze this theme it was done bibliographical review research in specific portals from SDH, Julio Bordignon Library and in Health of Virtual Library with the Descriptors in Health Science: social determinants of the health, social participation, health promotion and public politics. The public politics development with emphasis on health promotion is related to social participation, being that the involved people are able to take decisions related. Only from the person's awareness as a co-responsible by own health is that the public politics result in changes of habits and quality of life.

Keywords: Health promotion, Social participation, Public politics, Unified System of Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead	26
Figura 2 - História Natural da Doença e Níveis de Prevenção	11
Figura 3 - Como obter a participação popular na elaboração de políticas públicas	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GOBI	Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding e Immunization
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MOPS	Movimento Popular de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PIB	Produto Interno Bruto
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 COMPROMISSO MUNDIAL COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
4.2 SAÚDE E DOENÇA NO CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO.....	19
4.2.1 História Natural da Doença	19
4.2.2 Fatores de Risco ou Determinantes Sociais da Saúde	21
4.2.3 Níveis de Prevenção	27
4.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS	29
4.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR: INSTRUMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	32
4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS COM ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	38
4.6 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	47

INTRODUÇÃO

A reorganização dos serviços de saúde sob a perspectiva da promoção da saúde é amplamente debatida desde a divulgação da Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, verdadeiros marcos para a aceitação da determinação social da saúde e doença por definirem que o estado de saúde de toda pessoa está relacionado às condições nas quais se desenvolvem, como moradia, lazer, trabalho, renda, paz, saneamento, entre outros. (BRASIL, 2002).

A publicação de diversas declarações relacionadas à promoção da saúde coloca cada vez mais em voga o debate sobre as condições sociais e sua relação com o estado de saúde do indivíduo evidenciando os fatores relacionados ao desenvolvimento do processo saúde-doença, ou seja, os determinantes sociais de saúde. (SANT'ANNA et al., 2010).

A compreensão do processo saúde-doença vinculado ao meio em que determinada pessoa vive e desenvolve suas atividades relaciona-se a criação do modelo epidemiológico da História Natural da Doença, o qual representa esquematicamente os níveis de desenvolvimento de uma patologia e os fatores correlatos. O conhecimento deste modelo permite inferir os elementos de maior relevância e requerem intervenção para modificar o desenvolvimento da doença. Assim, é possível a definição e adoção de medidas preventivas de acordo com o progresso da doença e a realidade dos sujeitos envolvidos. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

Nesta vertente, a Constituição Brasileira de 1988 define a saúde como “direito de todos e dever do estado”. (BRASIL, 2010, p. 33). Dessa forma, consolidam-se as bases para se implantar o Sistema Único de Saúde em 1990 em conformidade com a Lei n. 8080, regido por seus princípios doutrinários – universalidade, equidade e integralidade. O novo sistema de saúde prevê também a participação social como mecanismo necessário para o fortalecimento das práticas promotoras de saúde. A participação social é regulamentada pela Lei n. 8142 de 1990, que dispõe sobre a organização e funcionamento dos conselhos e conferências de saúde. (MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

A implantação do Sistema Único de Saúde como sistema de acesso universal, efetivo e adequado às necessidades e anseios da população visando promover saúde requer uma participação popular efetiva, com expressão de seus desejos, sendo de fundamental importância o envolvimento dos demais setores da sociedade. Deve-se reconhecer que para disseminar práticas promotoras de saúde, propostas neste novo modelo, é imprescindível desenvolver ações multisetoriais em parceria com outros segmentos da sociedade, como educação, desenvolvimento e segurança. Segundo Kliksberg (2011), estudos da Organização Mundial de Saúde demonstram que o investimento em saúde, se bem gerenciado, podem gerar grande rentabilidade, com retorno de até 600%, evidenciando que um estado de saúde satisfatório é fundamental para o desenvolvimento das nações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância da participação social e políticas públicas frente aos determinantes sociais de saúde na promoção da saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo saúde-doença no contexto epidemiológico;
- Relacionar os determinantes sociais de saúde;
- Citar o histórico da criação do Sistema Único de Saúde;
- Evidenciar a necessidade de políticas públicas direcionadas aos determinantes sociais de saúde.

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado no período de março a junho de 2012 através de revisão bibliográfica de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – que compreende a SciELO (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Acervo da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), Sistema de Informação da OMS (Organização Mundial de Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Biblioteca Cochrane e a utilização de documentos de referência dispostos em portais específicos relacionados aos determinantes sociais de saúde, como a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e área temática dos sites da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Também foi utilizado acervo pessoal e da biblioteca Júlio Bordignon que estavam relacionados ao tema abordado e aos objetivos pretendidos. Ao todo foram utilizadas 50 referências, sendo 47 (94%) escritas em língua portuguesa, 2 (4%) em língua inglesa e 1 (2%) em língua espanhola. Dentre as 50 referências utilizadas, 18 (36%) são periódicos nacionais, 12 (24%) são livros, 8 (16%) são publicações do Ministério da Saúde, 6 (12%) são publicações da Organização Mundial de Saúde, 3 (6%) são publicações da Organização Pan-Americana de Saúde, 2 (4%) foram obtidas no portal da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde e 1 (2%) foi retirada da Revista Veja.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: determinantes sociais da saúde, participação social, promoção da saúde, políticas públicas e enfermagem. O delineamento temporal foi definido entre os anos de 1995 e 2012, devido à existência de obras de referência cuja publicação é mais antiga.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 COMPROMISSO MUNDIAL COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nas últimas décadas, tem ocorrido um direcionamento do estudo do processo saúde-doença a partir de uma perspectiva holística englobando aspectos biológicos, socioeconômicos e políticos, especialmente nos países denominados emergentes. (ALMEIDA-FILHO, 2010). Sendo assim, é fundamental o conhecimento dos determinantes sociais de saúde, definidos como as condições nas quais a vida de uma pessoa transcorre. Os determinantes sociais de saúde estão intrinsecamente relacionados ao conceito de iniquidades em saúde, as desigualdades resultantes do contexto socioeconômico e cultural no qual grupos e/ou famílias interagem. As iniquidades em saúde são “consequências injustas, evitáveis e desnecessárias”, expressas em números que denotam a dificuldade de acesso à saúde e bens de consumo. (WHITEHEAD, 2000, p. 5). Segundo Kliksberg (2011) um milhão e novecentas mil pessoas morrem anualmente por falta de água e, estima-se que a falta de energia faça com que 2700 milhões de pessoas preparem sua alimentação de modo semi-primitivo, o que favorece a contaminação e desenvolvimento de doenças que poderiam ser evitadas com medidas simples de higiene. Portanto, desenvolver ações sobre os determinantes sociais de saúde é relevante sob a ótica da promoção da saúde e redução de iniquidades. (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Na Declaração de Alma Ata, publicada em 1978, a saúde é definida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidades – é um direito humano fundamental”. (BRASIL, 2002, p. 8). Evoca-se a responsabilidade de diversos setores bem como a importância do desenvolvimento socioeconômico para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Enfatiza também o direito e dever da população em participar na elaboração e execução da assistência que receberá. Preconiza a realização de cuidados primários de saúde como essenciais, fundamentados cientificamente e passíveis de aceitação da comunidade, sendo de alcance universal e custo acessível, constituindo-se como o primeiro contato entre profissionais de saúde e população. Dessa

forma, os cuidados primários advêm das necessidades populacionais e visam modificá-las. (BRASIL, 2002).

Na Carta de Ottawa em 1986, define-se promoção da saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BRASIL, 2002, p. 11). No mesmo documento, ainda são determinados os pré-requisitos necessários para se obter um estado satisfatório de saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Faz-se menção ao empoderamento e à participação social ao considerar impossível atingir o potencial de saúde se não houver controle sobre os determinantes da própria saúde. São definidos cinco campos para atuação: elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes propícios à saúde, desenvolvimento de habilidades, ênfase na ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde. (BRASIL, 2002). Para se promover a saúde é necessária a integração de diferentes setores, através de alianças intersetoriais e ações múltiplas. Porém, é fundamental que se tenha ciência de que estas parcerias devem visar às necessidades da população e não às demandas e pressões nacionais e internacionais do mercado. (SILVA et al., 2008).

Na Declaração de Adelaide, redigida em 1988, os princípios estabelecidos na Conferência de Ottawa são retomados, porém, é reconhecida a importância das políticas públicas voltadas à saúde e a necessidade de se estabelecer ações prioritárias para os grupos mais expostos e vulneráveis como garantia do acesso a bens e serviços de saúde. Enfatiza-se a responsabilidade do setor público pela saúde populacional e são sugeridas algumas áreas centrais para formulação de políticas públicas:

- Apoio à saúde da mulher: propõe-se a igualdade de direitos na divisão de trabalho, realização de partos de acordo com preferências e necessidades das mulheres.
- Alimentação e nutrição: garantia de acesso à alimentação mais saudável e dieta mais rica em nutrientes.
- Tabaco e álcool: investimentos na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool devido aos malefícios que podem causar à saúde, especialmente em crianças e adolescentes.

- Ambientes saudáveis: a população humana deve ser vista como parte do ecossistema universal e, portanto, o uso dos recursos disponíveis para melhorar condições de vida devem ser avaliados criteriosamente, uma vez que as consequências ambientais repercutem em toda sociedade. (BRASIL, 2002).

Em 1991, foi realizada a Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde com a publicação da Declaração de Sundsvall, definindo a importância de se manter ambientes saudáveis para atingir um estado de bem estar. Relata também a existência de um contexto socioeconômico com grandes desigualdades sociais e em um espaço físico cada vez mais deteriorado, resultando em inúmeros problemas de saúde cujas soluções remetem à ação social e à mobilização para criar ambientes propícios à saúde. São preconizados quatro aspectos para um ambiente favorável e capaz de promover saúde, a dimensão social, política, econômica e o reconhecimento da capacidade feminina para promover tal ambiente, norteados por dois princípios básicos para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” – a efetivação da equidade como prioridade básica na criação de ambientes saudáveis e a relação de interdependência entre todos os seres vivos. (BRASIL, 2002).

Posteriormente, em 1992, a Declaração de Bogotá resultou do debate entre nações da América Latina, com ênfase em problemas específicos. A dificuldade de se atingir saúde para todos devido à deterioração das condições de vida é assumida, como a exposição à enfermidades infecto-contagiosas endêmicas ou reemergentes, aumento de doenças crônico-degenerativas e, ainda, o surgimento de doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outras resultantes das precárias condições ambientais. Neste contexto, destaca-se a necessidade da promoção da saúde e da participação das pessoas para que haja mudanças nos hábitos de vida com melhorias sanitárias. De modo geral, retomaram-se os princípios propostos na Carta de Ottawa, porém, sob a óptica de países em desenvolvimento com características peculiares. (BRASIL, 2002).

Em 1997, a Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, considerando os requisitos para a saúde, afirma que a pobreza constitui o maior risco à saúde enfatizando os novos problemas demográficos e, por conseguinte, os desdobramentos sobre a promoção da

saúde no século. Em reconhecimento a estes problemas foram estabelecidas as prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

1. Promover a responsabilidade social para com a saúde;
 2. Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
 3. Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde;
 4. Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
 5. Conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.
- (BRASIL, 2002, p. 33-34).

Visando causar um maior impacto na saúde mundial formou-se uma parceria entre os países mais populosos, Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América. A estimativa era de que no ano 2000 a soma dessas populações corresponderia a 60% da população mundial originando a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, em Genebra, no ano de 1998. Por serem países desenvolvidos e em desenvolvimento, há diversos padrões de morbidade e mortalidade, tornando o trabalho conjunto mais poderoso na promoção da saúde. Devido ao período de globalização muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos por um único país e as consequências advindas da modernização e globalização perpassam as áreas econômicas, socioculturais, políticas e ambientais. Dessa forma, é importante unir esforços dos megapaíses para enfrentar os problemas de saúde e obter resultados mais satisfatórios. (BRASIL, 2002).

Seguindo a cronologia das conferências internacionais, no ano 2000 ocorreu a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no México, na qual foram discutidos os avanços atingidos na promoção de saúde e os obstáculos ainda persistentes, onde enfatizou-se a realização de políticas públicas voltadas às questões prioritárias. Todos esses documentos têm sido utilizados nos diferentes países como norteadores na elaboração e desenvolvimento de ações públicas que resultem em melhorias das condições de vida da população. (BRASIL, 2002).

4.2 SAÚDE E DOENÇA NO CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

4.2.1 História Natural da Doença

A epidemiologia é um dos eixos centrais da saúde pública e visa estudar os fatores que interferem direta e indiretamente no processo saúde-doença de modo que possa intervir no perfil de morbimortalidade da população. Para tal, a epidemiologia utiliza principalmente o modelo da História Natural da Doença, proposto por Leavel e Clark em 1976, que representa o conjunto de interações entre agente, susceptível e ambiente e as consequências resultantes, as quais podem ser de diferentes níveis de gravidade. (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Este modelo considera a existência de dois meios em que há a determinação da doença, o meio externo, onde se situam os determinantes e os agentes e o meio interno, no qual a doença se manifesta. No meio externo ou meio ambiente ocorrem todas as situações indispensáveis à ocorrência de uma doença e incluem-se também os fatores externos de ordem física, biológica e sócio-político-cultural. O meio interno corresponde ao *locus* em que ocorrem mudanças bioquímicas, fisiológicas e histológicas, de acordo com a moléstia; neste meio atuam elementos de origem intrínseca, como os fatores hereditários ou congênitos e especificidades orgânicas do indivíduo. (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

O desenvolvimento da enfermidade ocorre em dois períodos complementares e consecutivos, sendo eles:

Período pré-patogênese: Não há manifestações fisiopatológicas e ocorrem as relações de todos os fatores que condicionam o surgimento de uma moléstia no organismo saudável. Os elementos que influenciam de modo indireto formam o meio gerador da doença. Entretanto, os fatores que agem diretamente sobre o funcionamento fisiológico com alterações interferindo negativamente e produzindo danos são definidos como agentes patogênicos e transmitem uma patologia surgida e desencadeada no meio em que o indivíduo vive. Estes agentes tem natureza variada, que pode ser física, química, biológica, nutricional ou genética, e nenhum deles é suficientemente capaz de desenvolver uma doença isoladamente, portanto, o processo saúde-doença

depende da interação de diversos fatores que juntos geram um estímulo patológico de maior ou menor força. (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Período de patogênese: Neste estágio surgem as primeiras alterações provocadas pelos agentes patogênicos no indivíduo que anteriormente estava sadio. As alterações iniciam-se a partir de um menor grau de complexidade, em nível celular, evoluem atingindo tecidos, órgãos e sistemas, produzindo a doença, e posteriormente, de acordo com a gravidade, podem resultar em sequelas, cronicidade, morte ou cura. A doença propriamente dita possui quatro níveis de evolução definidos como:

a. Interação agente-sujeito: determinados fatores atuam propiciando a outros patógenos a ação sobre o organismo, como as concentrações elevadas de colesterol que favorecem o aparecimento da doença coronariana ou o déficit nutricional facilitando a ação do bacilo da tuberculose;

b. Alterações bioquímicas, histológicas e fisiológicas: as alterações ocorridas são imperceptíveis em nível clínico, porém podem ser detectadas com exames específicos. Corresponde ao período de latência, a doença está instalada, mas o indivíduo ainda não identificou modificações da normalidade em seu organismo. Devido à patogenicidade dos agentes atuantes e do estado de saúde, a doença pode produzir maiores perturbações causando sinais e sintomas; pode regredir espontaneamente sem causar maiores impactos ou ainda permanecer vários períodos em latência até produzir danos perceptíveis.

c. Sinais e sintomas: definido como estágio clínico, surgem sinais e sintomas evidenciando a ruptura da normalidade do organismo.

d. Cronicidade: após o estágio clínico, o doente evolui para um período de cronicidade ou a um determinado nível de incapacidade que o impede de exercer suas tarefas cotidianas normalmente. Deste momento, a doença evolui para cura, invalidez ou morte. (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Para Almeida-Filho e Rouquayrol (2006), a análise da doença sob a perspectiva do modelo de história natural da doença reconhece o inter-relacionamento múltiplo e recíproco de diferentes e complexos fatores que atuam na determinação da doença. Para estes autores, considerando a relevância que se dá ao caráter histórico e social neste modelo, o termo mais adequado seria “história social da saúde”, ampliando o espectro de análise das

modificações e processos de saúde-doença para uma abordagem mais ampla e sistêmica.

4.2.2 Fatores de Risco ou Determinantes Sociais da Saúde

A partir do conhecimento da história natural da doença e, em especial, do período pré-patogênese pode-se estabelecer ações que resultem em um estilo de vida saudável e com participação real dos indivíduos envolvidos. Rouquayrol e Goldbaum (2003) discorrem sobre dois tipos de agentes que atuam no período pré-patogênese:

- Fatores sociais: a doença origina-se de processos sociais e evolui com relações ambientais e ecológicas inadequadas, até atingir o homem diretamente, através de agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, os quais deflagram a patologia no indivíduo suscetível dotado de condições genéticas ou somáticas desfavoráveis. Didaticamente, o fator social é subdividido, porém, não se pretende definir os limites de cada um, o que é impossível na prática, mas sim conhecer a relação de cada um com o processo saúde-doença.

- Fatores socioeconômicos: Relacionam-se às diferenças do perfil de morbimortalidade de grupos sociais distintos. Como exemplo, pode-se citar a ocorrência de desnutrição, parasitoses intestinais, nanismo, entre outras, como doenças presentes nos grupos menos favorecidos da sociedade. Cohen et al (2011) relatam sobre a precariedade habitacional e como as populações pobres e vulneráveis são mais afetados, como menores de cinco anos, portadores de doenças crônicas, deficientes e idosos, devido à permanência prolongada em seus domicílios. A epidemiologia tem duas vertentes em relação ao estudo dos determinantes, a primeira delimita e isola fatores socioeconômicos como renda e escolaridade e os associa com indicadores de saúde-doença. A segunda vertente apregoa que para a prevenção ser de fato eficiente devem ocorrer mudanças socioeconômicas estruturais, resultando na alteração de todos os fatores sociais envolvidos, porém, é difícil sua operacionalização devido à magnitude que representa. Considerando estas abordagens da epidemiologia é necessário entender que isoladamente

programas de transferência de renda ou de incentivo à alfabetização não modificam padrões de saúde e doença de uma comunidade.

- Fatores sociopolíticos: Os fatores políticos interferem no nível social sob alguns pontos principais, como instrumentação jurídico-legal, decisão e higidez política, participação consentida e cidadania, participação comunitária e transparência das ações e acesso à informação. De acordo com Kliksberg (2011), no ano de 2007 os países que menos investiam na saúde pública eram ditaduras, como Mianmar e Guiné Equatorial, que investiram respectivamente, 1,9% e 2,1% do seu produto interno bruto em saúde. Estes dois países aparecem também com umas das piores taxas de mortalidade infantil no mundo, ocorrendo 90,1 mortes a cada 1000 nascidos vivos na Guiné Equatorial e 63,4 em Myanmar. Outros países produtores de petróleo acompanham este ranking, mas, estas nações não investem em saúde por questões políticas e desvalorização dos cidadãos, mesmo havendo recursos financeiros em abundância. A concepção de que a saúde é determinada socialmente, sendo a política um fator fundamental no ordenamento social, pressupõe-se, então, a determinação social da saúde como uma questão política. (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010).

- Fatores socioculturais: Os preconceitos, hábitos culturais, crenças, comportamentos e valores atuam como fatores pré-patogênicos na propagação de doenças. Um exemplo clássico é o hábito de populações rurais de regiões subdesenvolvidas no Brasil e na África utilizarem a superfície do solo para defecar, o que facilita a existência da esquistossomose em áreas endêmicas sustentada pela pobreza e inexistência de saneamento. O aumento de doenças sexualmente transmissíveis entre jovens também é resultante de fatores sociais, já que a liberdade sexual ocorrida nas últimas décadas tem sido assimilada pelos jovens como permissão à promiscuidade. Há ainda fatores sociais que devido à ação distante e mais abrangente possuem impacto maior e menos previsível, a exemplo dos comportamentos coletivos, como o pensar e o fazer de toda uma comunidade. Estes comportamentos podem relacionar-se a passividade diante do poder exercido inadequadamente, alienação quanto aos direitos e deveres da cidadania, transferência da responsabilidade social para políticos, aceitação passiva de políticas paternalistas e essencialmente

assistencialistas, incapacidade e/ou desinteresse para organizar reivindicações, entre outros.

- Fatores psicossociais: Refere-se aos comportamentos gerados por situações vivenciadas anteriormente ou não que resultam em consequências somáticas e mentais prejudiciais ao indivíduo e à coletividade. Marginalidade, ausência de relações familiares saudáveis, desconexão em relação à cultura de origem, condições de trabalho insalubres e extenuantes, promiscuidade, desordens econômicas, sociais ou pessoais, carência afetiva, competitividade desenfreada, comportamento agressivos em grandes centros urbanos, são alguns dos muitos fatores psicossociais.

- Fatores ambientais: O ambiente deve ser considerado como conjunto de todos os fatores que interagem entre agente etiológico e suscetível e todas as relações possíveis desencadeadas por essas interações. Os agressores ambientais são considerados agentes de ação imediata que mantem contato direto com o indivíduo suscetível, presentes no meio habitualmente, convivendo de forma natural ou tradicional com o ser humano, mas que devido a alterações repentinas no estilo de vida, tornam-se perceptíveis. Existem ainda os agentes que surgem em situações anormais de grande dimensão, como nos desastres naturais. Situações ecológicas impróprias geram fatores químicos, físicos e biológicos que têm acesso ao meio interno de seres vivos e, portanto, podem atuar como agentes patogênicos. Tais modificações decorrem de alterações no ambiente físico, mas há também o ambiente humano, em que comportamentos de risco interferem negativamente, como o consumo inadvertido de drogas que provocam alterações fetais. Dentre os fatores ambientais, mencionam-se os fatores genéticos, que determinam a maior ou menor capacidade de resposta dos indivíduos aos estímulos recebidos do meio ambiente para desencadear ou não uma doença. O fator genético explica por que em certas situações várias pessoas são expostas a um agente agressor e nem todas desenvolvem a patologia. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

Buss (2007) relata as consequências que a globalização trouxe além de resultados econômicos desiguais, impactos de ordem social, ambiental e sanitário relevantes. Segundo o autor, as atividades que produzem maiores riscos ambientais foram deslocadas para países em desenvolvimento, onde as leis de proteção ao ambiente e ao trabalhador são mais tolerantes. O padrão

de urbanização e industrialização dos países ricos tem uma ação negativa sobre o ambiente, em especial o clima, com aumento do aquecimento global. As consequências são visíveis, com danos à produção de alimentos, desertificação, poluição de diferentes meios físicos, destruição de florestas e perda da biodiversidade. Essas mudanças no ambiente físico propiciam mudanças no perfil de adoecimento, aumentando a incidência e prevalência de doenças cardiovasculares, pulmonares, respiratórias e carcinogênicas.

Os fatores de risco também são nomeados como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como é mais utilizado hoje, inclusive pela Organização Mundial de Saúde.

Segundo Sant'anna et al. (2010) os determinantes sociais de saúde são fatores que interferem nas especificidades do indivíduo e do coletivo com reflexos no processo saúde-doença. Estes determinantes são divididos em três tipos, entretanto esta divisão é apenas teórica, ocorrendo uma interação múltipla e recíproca desses determinantes na prática:

- Proximais: referente às características individuais, como fatores genéticos, idade e sexo;
- Intermediários: relacionados aos aspectos comportamentais de vários grupos, como as redes sociais, comunitárias e de saúde;
- Distais: considera as características mais gerais, como condições de moradia, trabalho e fatores socioeconômicos, culturais e ambientais.

Todos estes fatores ou determinantes sociais de saúde interagem na produção de saúde ou doença de uma população. Faz-se necessário enfatizar que nenhum deles por si só é capaz de propiciar uma patologia, portanto, é fundamental que as medidas preventivas sejam baseadas em mais de um fator para que se tenha êxito. (SANT'ANNA et al., 2010).

Conforme Buss e Pellegrini-Filho (2006) há dois fatores relevantes no que diz respeito ao modo como os DSS interferem na situação de saúde das pessoas: a maneira como a renda *per capita* se distribui entre uma determinada população e as relações de solidariedade e confiança entre as pessoas e redes sociais. Segundo estes autores atingido um determinado nível de Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, o que mais influencia a situação de saúde de uma determinada população não é o nível *per capita*, mas sim a maneira com que a riqueza de um país é distribuída entre seus habitantes. No

Brasil há má distribuição de renda, sendo que 20% dos mais ricos possuem uma renda 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres. Há ainda o agravante relacionado às questões políticas, onde recentemente a corrupção foi considerada responsável pela utilização indevida de 85 bilhões de reais dos cofres públicos. Este valor representa 2,3% de toda a riqueza produzida no Brasil, e poderia erradicar a miséria no país, retirando desta condição 16 milhões de pessoas. Também é notório que a formação de redes e o fortalecimento do chamado capital social são mecanismos que produzem impacto nas condições de saúde, sendo decisivos para a promoção e proteção da saúde a nível individual e coletivo. (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2006; CABRAL; DINIZ, 2011).

A promoção da equidade em saúde, e conseqüente, melhores condições de vida, é precedida do comprometimento por mudanças nas relações políticas, socioeconômicas e culturais, as quais estão fundamentadas nas redes no fortalecimento de vínculos de solidariedade e confiança. (SENA; SILVA, 2007).

Essa conclusão é enfatizada por Barata (2009) *apud* Santos-Júnior; Bagrichevsky (2011, p. 820), ao relatar que a coesão social em países com distribuição de renda mais equânime tem maior influência sobre a saúde de seu povo do que sua riqueza absoluta. A autora defende ainda a importância desta premissa na elaboração de programas e políticas orientados para promover saúde, embora, nem sempre os níveis governamentais compartilhem da mesma idéia na elaboração de tais políticas.

A abordagem dos determinantes sociais de saúde é feita através do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead, modelo adotado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde, ilustrado na figura 1:



Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead

Fonte: CNDSS, 2008

Neste modelo os determinantes sociais de saúde são dispostos em diferentes camadas de acordo com seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima com os determinantes individuais até uma camada mais distante na qual estão inseridos os macrodeterminantes. No primeiro nível estão os indivíduos, apresentando características específicas como idade, sexo e fatores genéticos, que obviamente interferem no seu potencial e condições de saúde. Na próxima camada estão dispostos o comportamento e os estilos de vida individuais. Na camada seguinte faz-se referência às redes comunitárias e de apoio, cuja variedade e existência denotam o nível de coesão social, imprescindível para a saúde da sociedade como um todo. No nível seguinte estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, como o acesso a serviços essenciais e alimentos, demonstrando que os grupos populacionais em desvantagem socioeconômica são mais vulneráveis às condições propiciadoras de doença decorrentes de habitações, meios de trabalho insalubres e acesso desigual a serviços. E por fim, no último nível, situam-se os macrodeterminantes, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, inclusive o processo de globalização, com grande influência sobre as camadas anteriores. (CNDSS, 2008).

4.2.3 Níveis de Prevenção

Miranda (2007) relata a interação de diversos fatores no processo saúde-doença tais como as condições de moradia, acesso à água potável e outros serviços tidos como essenciais, dos quais, grande parte da população carece. Tais condicionantes atuam direta e indiretamente nas condições de saúde e doença das pessoas.

Sendo assim, conhecer o contexto socioeconômico, político e cultural possibilita identificar os níveis de prevenção que devem ser priorizados. A prevenção pode ser primária quando realizada no período pré-patogênese, em que é possível a promoção da saúde e proteção específica contra uma doença. Já, a prevenção secundária, correspondente ao diagnóstico precoce, tratamento imediato e limitação da incapacidade. A prevenção terciária corresponde ao processo de reabilitação. (KAWAMOTO, 1995).

A prevenção primária é o nível mais abrangente e envolve os profissionais de saúde e dos demais segmentos da sociedade, pois deve iniciar-se a partir da estruturação socioeconômica e política. O agir de especialistas deve acompanhar o contexto socioeconômico e político e envolve as decisões técnicas, ação direta específica e também a educação em saúde a partir do grau de conhecimento e conscientização da população adstrita. A comunidade também deve participar deste processo ativamente questionando se o ambiente e os órgãos/instituições presentes possibilitam um estado saudável ou propício a doenças, o qual muitas vezes torna soluções médicas e ecológicas meramente paliativas se não houver medidas políticas e sociais de maior alcance. A prevenção propriamente dita deve ocorrer através de mudanças socioculturais que interfiram em condições antecipadoras de doenças, como a extrema pobreza, miséria e ausência de conhecimento. São de interesse para a saúde coletiva as práticas preventivas que rompem elos da cadeia de transmissão de doenças, seja em ambiente físico, social, externo ou interno dos seres vivos. Por isso, a necessidade de se conhecer o modelo de história natural da doença selecionando agentes cuja intervenção modifiquem a evolução da patologia. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003).

A promoção da saúde refere-se às medidas praticadas para aumentar o bem-estar e a saúde. Habitação adequada, recreação e lazer, condições de

trabalho e remuneração dignas, planejamento reprodutivo, entre outros são exemplos de práticas promotoras de saúde. (MELO; FIGUEIREDO, 2007).

A proteção específica corresponde a prevenção de uma doença ou grupo predeterminado de doenças antes que atinjam o homem, ou seja, evita o desencadeamento de agentes patogênicos. Como exemplo pode-se citar o acompanhamento pré-natal, vacinação contra moléstias imunopreveníveis, cloração da água, controle de vetores, desinfecção concorrente e terminal. (MELO; FIGUEIREDO, 2007).

A prevenção secundária se desenvolve enfocando o indivíduo já em período de adoecimento e visa bloquear a evolução e danos decorrentes da doença. O diagnóstico precoce e tratamento imediato buscam identificar a presença da patologia mesmo antes do surgimento de sintomatologia clínica, quando as chances de cura ou de complicações menos graves são maiores. A limitação da incapacidade ocorre quando as etapas anteriores não surtiram o efeito desejado e a doença encontra-se em estágio avançado. São realizadas intervenções afim de restringir as incapacidades resultantes e/ou evitar a morte. Identificação de casos novos através de exames periódicos, barreiras de isolamento para impedir transmissão de doenças infecto-contagiosas, tratamento precoce evitando a evolução progressiva da doença são alguns tipos de prevenção secundária. (KAWAMOTO, 1995; MELO; FIGUEIREDO, 2007).

De acordo com Melo e Figueiredo (2007), a prevenção terciária envolve o processo de reabilitação e limitação do dano. Para limitar o dano adotam-se medidas que previnam ou limitem a gravidade das sequelas e de complicações resultantes de doenças em estágio clínico avançado. A reabilitação ocorre após estabilização das alterações anatomofisiológicas e visa reinserir a pessoa doente no seu cotidiano em sua nova condição fazendo uso de sua capacidade e permitindo-lhe sentir-se útil novamente. Envolvem ações de terapia ocupacional, dietas específicas, reintegração social, emprego selecionado e conscientização da família sobre as novas necessidades para reinserção do doente.

A história natural da doença e as possibilidades de intervenção visando os diferentes níveis de prevenção na evolução da doença são ilustrados na figura 2.

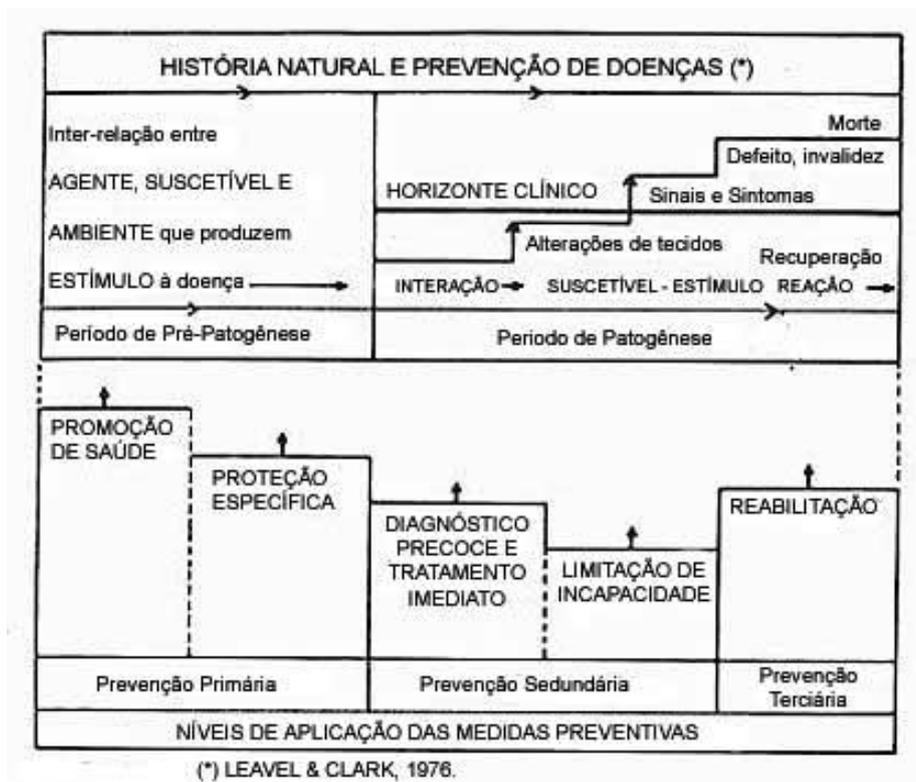


Figura 2 - História Natural da Doença e Níveis de Prevenção
 Fonte: ROUQUAYROL; GOLDBAUM, 2003

4.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

No período colonial brasileiro inexistiam políticas públicas de saúde, pois se tratava de uma colônia de exploração e não havia preocupação com o estado físico da população. A partir de 1808 com a fuga da família real portuguesa para a colônia, foram estabelecidas normas sanitárias com objetivo de evitar a proliferação de doenças contagiosas e manter o bem-estar da realeza. A partir da independência brasileira começa a surgir uma incipiente saúde pública que atribuía aos estados provinciais o controle dos portos marítimos, porém, apenas no período republicano se iniciaram as práticas de saúde pública efetivamente. (MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

No ano 1900 foi criado o Instituto Soroterápico e em 1903 o Departamento Federal de Saúde Pública sob direção de Oswaldo Cruz. Em 1904 uma lei torna obrigatória a vacinação contra varíola, gerando a Revolta da Vacina, o que deu à campanha caráter militarista, porém, com resultados positivos, pois a febre amarela foi erradicada e as endemias controladas. Em

1920 Carlos Chagas assume o departamento e acrescenta programas educacionais à intervenção campanhista. (MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

A primeira intervenção de caráter previdenciário ocorreu em 1923 através da Lei Elói Chaves que normatizou a existência das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), mantida por trabalhadores. Durante os 60 anos posteriores a saúde pública esteve vinculada à previdência social. Em 1930, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com participação do estado e caráter compulsório, com exclusão dos trabalhadores rurais. Em 1967, surge o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando a centralização da previdência, e atendendo, enfim, os trabalhadores do campo. Posteriormente, o INPS passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), atendendo somente os trabalhadores com carteira trabalhista e seus dependentes. Porém, o crescimento urbano e populacional nas décadas de 50 e 60 deflagrou uma crise no INAMPS. (MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

Nos anos 80, face ao período ditatorial, surgiram movimentos para redemocratizar a política vigente, e na saúde, ocorreu o movimento pela reforma sanitária. Soma-se a isso a ocorrência da Conferência de Alma-Ata que consagrou a atenção primária como modelo de atenção à saúde, contrapondo a assistência médica curativa prevalente. Nos anos 80, o INAMPS passou a ter uma cobertura mais universal e os convênios destes com os governos estaduais através do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) permitiu melhorias na assistência. A implantação do SUDS permitiu que as atividades fossem descentralizadas para os órgãos estaduais, propiciando racionalização de gestão e recursos. Em 1987, o movimento pela reforma sanitária consegue interferir na Assembléia Nacional Constituinte e ganha o direito a um capítulo exclusivo sobre saúde na Constituição de 1988, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990 pela Lei n.8080. O Art.196 da Constituição define:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2010, p. 33; GRANJA et al., 2010; MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

O SUS deve ser norteado a partir de três princípios doutrinários:

- **Universalidade:** todo indivíduo tem direito a atendimento no nível de complexidade requerido gratuitamente sem nenhuma distinção quanto à cor, classe social, raça, religião, local de origem, entre outros. O que rege este princípio é o entendimento de que a saúde é um direito social fundamental ao qual todo cidadão deve ter acesso. Para Granja et al. (2010), a universalização concretiza o conceito de cidadania e igualdade humana e representa o principal avanço do SUS.

- **Integralidade da assistência:** o homem não pode ser visto sob o espectro apenas da doença, deve ser atendido como ser biopsicossocial através de ações nos três níveis de prevenção – garantindo acesso à promoção, prevenção e recuperação. Deve se compreender as condições socioambientais e econômicas em que as pessoas estão inseridas para se desenvolver atividades que realmente sejam compatíveis com suas realidades e ocorram de fato mudanças no estilo de vida que promovam situações saudáveis e não apenas tratamento dos danos. Estas ações devem ser desenvolvidas simultaneamente e de modo indivisível, pois o ser humano é visto e assistido a partir de sua integralidade.

- **Equidade:** O atendimento deve ser diferenciado considerando as diversidades, portanto, não se oferece o mesmo tratamento a todas as pessoas, deve-se oferecer mais a quem tem maiores necessidades como meio de minimizar as desigualdades existentes. (KAWAMOTO, 1995; ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Princípios Organizacionais do SUS:

- **Descentralização político-administrativa:** considera o conceito de territorialização para organizar os serviços de saúde, ou seja, quanto mais se conhece a área de sua responsabilidade, maiores as possibilidades de desenvolver políticas públicas efetivas e de acordo com as reais necessidades. A Lei n. 8080 e as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde definem precisamente as responsabilidades de cada esfera do governo.

- **Hierarquização e regionalização:** devido às dimensões continentais do território brasileiro com perfis demográficos e epidemiológicos distintos entre si propõe-se organizar os serviços de saúde de modo regionalizado e

hierarquizado como meio de conhecer os problemas da população atendida e favorecer o atendimento de acordo com as maiores demandas e segundo o nível de complexidade requerida. Assim, o nível primário de atenção é a porta de entrada da população com o sistema de saúde o qual deve estar apto para solucionar a maioria dos problemas que originaram a busca pelo serviço. Quando esgotadas as possibilidades, o caso é encaminhado para um serviço de maior complexidade.

- Participação social: considerando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, cabe à população participar ativamente na elaboração, definição e avaliação de políticas públicas e serviços de saúde. O controle social é possibilitado através dos Conselhos de Saúde (nacional, estadual e municipal), e em Conferências de Saúde. Aos conselhos compete formular mecanismos de funcionamento do SUS e verificar a prática das políticas de saúde. A Conferência Nacional de Saúde avalia as condições da saúde e elabora possíveis propostas para políticas de saúde nos níveis governamentais. (KAWAMOTO, 1995, MELO; FIGUEIREDO, 2007, ZIONI; ALMEIDA, 2008).

Alguns autores como Zioni e Almeida (2008) citam também a resolutividade como princípio organizacional do SUS, onde o serviço deve oferecer todas as condições como garantia de solução da necessidade de seus usuários a nível individual ou coletivo.

4.4 PARTICIPAÇÃO POPULAR: INSTRUMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

As Conferências de Saúde ocorrem desde 1937, porém, os primeiros mecanismos de participação social no Brasil, em meados de 1980, buscavam alterar a hegemonia do setor privado subsidiado pelo INAMPS. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, além de profissionais da área de saúde e autoridades governamentais, foi agregada a participação de cidadãos comuns, ainda que não houvesse representação paritária. (BRASIL, 2009; ESCOREL; MOREIRA, 2009).

Em 1990 foi promulgada a Lei n. 8.142 que discorre sobre a participação social, pela qual deve haver uma busca coletiva de melhores condições de

vida. Segundo a lei, a população tem direito ao controle efetivo das medidas adotadas pelos governos para melhorar a situação de saúde da coletividade. A Lei n. 8.142 visa institucionalizar a participação social na saúde como meio de consolidar o sistema de saúde vigente como adequado às necessidades e anseios da população assistida. (MELO; FIGUEIREDO, 2007).

Desde então as conferências são espaços representativos das reivindicações da coletividade e tem como meta analisar a situação de saúde e discutir sobre a criação e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. (BRASIL, 2009). Todavia, foi a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, que a representação dos usuários ocorreu em um sistema de paridade. Naquele mesmo ano foi redigida a Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dispõe sobre a formação e estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Posteriormente, entrou em vigor a Resolução n. 333 no ano de 2003 normatizando a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde, revogando a Resolução n. 33. (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Os Conselhos de Saúde estabeleceram-se em todo território nacional, sendo órgãos colegiados “de composição paritária, e caráter deliberativo, garantindo a participação dos conselheiros de saúde e contribuindo para o fortalecimento da gestão do SUS”. (BRASIL, 2009, p. 13).

Houve um avanço no desenvolvimento de Conselhos Municipais de Saúde após a restrição do repasse de verbas destinadas ao município à aprovação e deliberação pelos respectivos Conselhos. Tais normas permitiram a expansão dos espaços definidos para participação social, doravante, deve-se refletir sobre a existência dos conselhos como mecanismos burocráticos da gestão. (BRASIL, 2009). Segundo Lucena e Miranda (2011), os dados do Conselho Nacional de Saúde registram a presença de 5.571 Conselhos de Saúde no Brasil e aproximadamente 100 mil conselheiros de saúde.

A representatividade advinda da maciça participação social é analisada por Escorel e Moreira (2009) sob dois aspectos, o tempo decorrido desde a publicação da lei que instituiu a participação social e o sistema político vigente. Na percepção destes autores, a prevalência de uma cultura política essencialmente assistencial e clientelista, reflete-se nas práticas internas dos Conselhos de Saúde. (SCOREL; MOREIRA, 2009).

Ainda que haja dificuldades no funcionamento adequado dos conselhos, deve-se reconhecer a capilaridade que estes espaços assumem na possibilidade de incluir grupos socialmente marginalizados de decisões políticas onde suas reivindicações podem ser verbalizadas. (SENA; SILVA, 2007).

A participação ativa da população é uma prerrogativa para o funcionamento adequado do SUS, pois torna o poder de decisão democrático, em que as decisões refletem um interesse coletivo e não minoritário.

Os conselhos de saúde realizam reuniões periódicas, de caráter público. Os conselheiros são responsáveis pela definição do que necessita ser feito na área da saúde e pela fiscalização dos órgãos públicos sobre o cumprimento de suas responsabilidades e deveres. Os conselhos regionais e estaduais atuam nesta mesma lógica. (MELO; CUNHA; TONINI, 2007).

Para que a população consiga tomar decisões adequadas, deve estar capacitada e munida de informações que possibilitem conhecer e decidir sobre seus interesses. Na figura 3 são relatados os passos para se obter a participação popular na elaboração de políticas públicas:

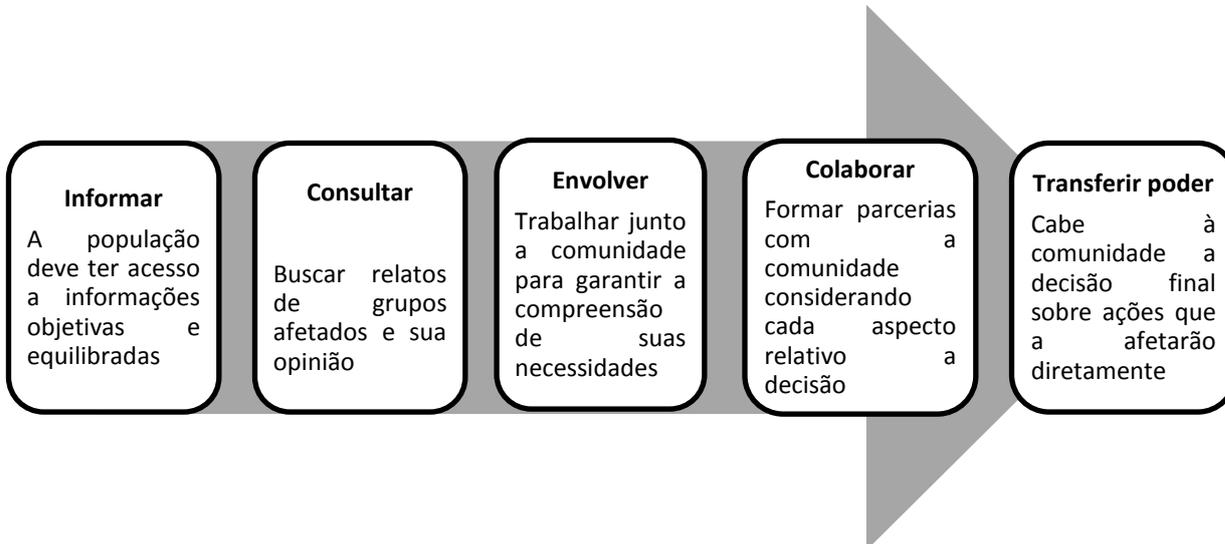


Figura 3 - Como obter a participação popular na elaboração de políticas públicas

Fonte: Adaptado OMS, 2011a

De acordo com Gohn (2004), uma das premissas básicas em relação à participação social é a de não substituir o Estado em suas obrigações, mas sim fiscalizar para que o mesmo cumpra o seu dever de prover à população,

educação, saúde e outros serviços indispensáveis. Segundo a autora, existem dois tipos de participação popular. A primeira que considera organizações interessadas em comportamentos que realmente modifiquem o modelo de desenvolvimento em voga para um modelo civilizado em que cidadania, ética, justiça e igualdade social sejam condições prioritárias e inegociáveis. Já, a segunda trata de instituições que visam integrar excluídos socialmente por meio de políticas unicamente compensatórias, como as de transferência de renda.

A transferência de renda é concebida como importante fator relacionado à mudança das condições de vida e saúde de uma comunidade, apesar de ser uma iniciativa não oriunda do setor saúde. Através da junção de programas de transferência de renda e acompanhamento de políticas públicas é possível potencializar ações de saúde. A autonomia do indivíduo deve ser sempre preservada, portanto, as ações adotadas devem incentivar sua participação efetiva, ao invés, de incluí-lo apenas como receptor de benefícios. (BARRETO et al., 2011).

A OMS (2011a) cita a experiência do Brasil e Tailândia nas duas últimas décadas pelas melhorias na saúde, redução de iniquidades e pelo aumento da participação popular na elaboração de políticas públicas. No caso brasileiro, faz menção aos mecanismos participativos no SUS, seu cunho universal e o estabelecimento da saúde como direito fundamental do ser humano proposto na Constituição de 1988. Sobre a Tailândia comenta-se a Institucionalização da Assembléia Nacional de Saúde, que adapta a estrutura da Assembléia Mundial de Saúde, reunindo pessoas dos mais variados campos, como agências governamentais, sociedade civil, instituições de ensino, profissionais de saúde, entre outros, para debater questões primordiais para a saúde e definir resoluções para reorientar políticas públicas. Algumas dessas políticas implementadas foram a proteção do orçamento para atingir cobertura universal, apoio ao acesso universal a medicamentos e criação de comissões para avaliar o impacto sobre a saúde e comércio.

O enfoque de ações comunitárias permite à comunidade a capacidade de controle e desenvolvimento de habilidades para modificar os condicionantes sociais da saúde. Nos diversos documentos direcionados à Promoção da

Saúde é enfatizada a importância do empoderamento neste processo. (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

É relevante diferenciar participação social de controle social, conforme proposto por Escorel e Moreira (2009) que relata a participação como definidora de direção, sentido e significado das práticas a serem adotadas enquanto controle social é definido como ceder a uma direção oposta à adotada.

Na percepção de Alves-Souza, Koyashiki e Almeida (2007), ao se tratar de saúde coletiva a informação está intrinsecamente relacionada à formulação de políticas públicas e a sua análise subsequente, além de ser instrumento indispensável para conscientização crítica, empoderamento comunitário e consolidação do controle social. Na mesma vertente, Escorel e Moreira (2009), propõem a valorização e estímulo da natureza pedagógica de cidadania da participação social. Entretanto, estas autoras reconhecem a prevalência da lógica gestora no funcionamento dos órgãos institucionalizados para participação social, desmerecendo a representação política a qual tais espaços são destinados.

O fortalecimento da participação cidadã ainda persiste como reivindicações nas Conferências de Saúde, como na XIV Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em novembro de 2011. A proposta inicial da Diretriz n. 2 preconiza que:

Fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo e em todas as agências de fiscalização para a defesa dos direitos da cidadania e do bem comum, legitimando os Conselhos de Saúde como espaços estratégicos de gestão participativa para pactuação e estabelecimento de compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando o desenvolvimento e qualificação dos serviços e das políticas públicas de saúde, como política de governança, impactando na melhoria da qualidade de vida da população, com fiscalização dos prestadores de serviços contratados/conveniados quanto a efetiva disponibilização dos procedimentos, medicamentos e insumos necessários ao tratamento de usuários do SUS sob sua responsabilidade, com acesso irrestrito, nos termos da lei, a todas as informações necessárias sobre os serviços de saúde, incluindo média e alta complexidade e pesquisas de opinião pública com usuários e trabalhadores, dando publicidade adequada aos resultados. (BRASIL, 2011a, p. 7).

A participação popular também é evocada na Conferência Mundial de Determinantes Sociais de Saúde em 2011, na qual se propõe promover a participação através de lideranças comunitárias locais para intervir sobre os

determinantes sociais de saúde e diminuir as iniquidades em saúde. (OMS, 2011a).

As Conferências e Conselhos de Saúde são espaços definidos para que a população exerça seu papel enquanto cidadã, reivindicando seus direitos e participando na definição e desenvolvimento de práticas de saúde. Contudo, deve-se mencionar os movimentos populares não institucionalizados que tem um grande espectro de atuação e adesão da comunidade, porém, são pouco debatidos. Essas iniciativas só podem ser observadas quando há inserção na vida cotidiana da comunidade e refletem o fato de que não se busca saúde somente nos serviços oferecidos. Em 1980, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) dissemina pelo país o lema “saúde, uma conquista de todos”, que buscava incentivar serviços mais integrados à vida popular. Este entendimento só reforçou a concepção da assistência médica tradicional como injusta, por ser extremamente biologicista e centralizar a atenção no médico, menosprezando o saber popular do doente e sua família. Desenvolveu-se então diversas experiências comunitárias com profissionais intolerantes ao modelo de atenção vigente, as quais foram incorporadas ao serviço de atenção primária brasileira, como o fortalecimento da ação educativa de agentes comunitários de saúde inseridos em sua própria comunidade; criação de grupos para lidar com problemas específicos, como grupos de gestantes, hipertensos; definir ações de saúde junto aos movimentos sociais locais; envolvimento em organizações políticas; aceitação da saúde como um processo social, entre outras prática integrativas e inovadoras. A partir da implantação do SUS e o princípio de participação social, relegou-se às organizações sociais o controle da execução de ações definidas pelo governo. Para democratizar o acesso à saúde, faz-se necessário investir em relações sociais propiciadoras de condições de saúde. Ao democratizar a vida social e enfrentar opressões políticas pode-se, então, promover saúde. (VASCONCELOS, 2009).

4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS COM ÊNFASE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Desde a publicação das cartas de promoção da saúde as políticas e programas de reestruturação dos serviços de saúde são embasados em um novo conceito de saúde. No Brasil, houve a criação do SUS e todas as suas diretrizes fortalecendo a ação comunitária. Em 2005, a Organização Mundial de Saúde cria a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com intuito de conscientizar e debater sua importância no combate às iniquidades de saúde. Em 13 de março de 2006 foi instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em resposta ao movimento iniciado pela OMS. Ela é composta por dezesseis membros de renome e influência na vida social, cultural, científica, cultural e empresarial, representantes de diversos segmentos da sociedade. As atividades da CNDSS devem pautar-se em três compromissos norteadores: o compromisso com a ação, a equidade e a evidência. (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Neste mesmo ano também é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que reconhece a necessidade de se atuar em conjunto com diversos setores da sociedade de modo participativo. São definidos como princípios fundamentais “participação, intersetorialidade e equidade [...] para a promoção da saúde”. (BRASIL, 2009, p. 14). Entretanto, como relata Traverso-Yépez (2007), o diálogo entre gestores e/ou especialistas e a população usuária do SUS é dificultado devido a distância entre estes grupos. A autora ainda afirma que há pouco esforço e vontade política no intuito de provocar mudanças nas práticas e relações de poder existentes com objetivo de interferir nos condicionantes de saúde.

Consciente da indiscutível relação entre saúde e qualidade de vida, a PNPS define que as ações coletivas na área da saúde devem extrapolar a ideia assistencialista de cura e reabilitação, ainda prevalentes. Os fatores determinantes de condições de vulnerabilidade e iniquidade devem ser modificados. Portanto, a promoção da saúde deve ser pactuada em articulação com programas de diversos órgãos e setores das instituições, sejam elas públicas ou privadas. (BRASIL, 2009).

Em outubro de 2011 foi realizada a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde no Rio de Janeiro onde foi discutida a prática

política sobre os determinantes sociais de saúde e a necessidade de estabelecer compromissos. Esta mesma proposição de alianças também se faz presente na Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil – SUS para todos, na qual se propõe o inter-relacionamento do setor de saúde com emprego, renda, educação, meio ambiente, e, apoio à pesquisa sobre os determinantes sociais de saúde. (BRASIL, 2011b; OMS, 2011b).

Ainda neste evento, foi redigida a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais de Saúde, que enfoca o compromisso político global e nacional dos governantes para atuar sobre os determinantes sociais, estabelecendo acordos de ordem prática, ultrapassando assim, o campo teórico e de discussões. (OMS, 2011b).

Viana et al. (2001, p. 163) relatam a importância de políticas públicas que visam a redução das iniquidades em saúde ao afirmar:

Diminuir tais desigualdades - diante da impossibilidade de eliminá-las - deve ser, por conseguinte, o objetivo central de toda política pública. Buscar essa redução é, também, requisito para que uma política pública possa ser considerada como *social*, já que nem toda ação governamental tem essa virtude apenas por ser desenvolvida em setores sociais como saúde, educação, previdência, habitação.

A necessidade de compromissos políticos é evocada há tempos, porém, na prática o que se tem como resultado da globalização é o empobrecimento de grande parcela da população e o acesso desigual a bens e serviços (SILVA et al., 2008). O contexto mundial resultante dos processos históricos, econômicos e sociais explica a disparidade entre diversas populações e entre grupos, como por exemplo, o fato de uma criança ao nascer, ter sua expectativa de vida estimada em mais de 80 anos se nascida no Japão ou na Suécia, 72 anos no Brasil, 63 anos na Índia e em alguns países do continente africano não ultrapassar 50 anos. Independente de um país ser desenvolvido ou não, as questões relacionadas ao binômio saúde-doença seguem uma mesma tendência: quanto menor o nível socioeconômico, pior o estado de saúde. Essas diferenças consideradas injustas podem ser minimizadas por ações públicas, portanto, evitá-las é uma questão de justiça social. (OMS, 2010).

Segundo Mendes (2010), o cenário epidemiológico brasileiro possui uma carga tripla de doenças, pois possui ainda problemas relacionados a infecções, desnutrição e problemas de ordem reprodutiva; as doenças crônicas que

aumentam cada vez mais devido ao estilo de vida adotado na atualidade e o aumento de doenças/morte por causas externas. Essa carga tripla expõe um sistema de saúde fragmentado e voltado para assistência curativa, priorizando condições agudas, onde o trabalho visando a promoção de hábitos saudáveis é incipiente e quando realizado, não considera o contexto socioeconômico e cultural.

Silva et al. (2008) discorrem sobre a importância de se adotar práticas integrativas, contrárias ao modelo assistencialista e de medicalização vigente. Deve se estabelecer medidas promotoras de mudanças nos hábitos de viver, de modo que fortaleça a autonomia dos indivíduos e grupos sociais.

Para Mendes (2010), a resolução do problema de incoerência entre o sistema de saúde assistencialista e a carga tripla de doenças consiste na reorganização do sistema de saúde com a implantação das redes de atenção à saúde direcionadas às necessidades da população.

Viana et al. (2001) em um estudo sobre as desigualdades em saúde no Brasil chegam a três conclusões primordiais. A primeira é a prevalência de desigualdades de ordem geográfica quanto a renda. A segunda está relacionada à controversa redução de desigualdades em determinadas áreas. E por fim, a relevância do SUS como sistema nacional a partir de pressupostos de eficiência e equidade.

Práticas de saúde conhecidas como atenção primária seletiva, baseadas em ações de caráter preventivo, demonstram que atitudes simples podem trazer grandes benefícios, sem grandes custos. Um exemplo a ser citado é a Estratégia GOBI, (*Growth monitoring, Oral rehydration, Breastfeeding e Immunization*), que significa monitoramento do crescimento, hidratação oral, aleitamento e imunização, adotada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, que proporciona melhoria da qualidade de vida infantil. (OMS, 2005).

Outro programa intersetorial, denominado Oportunidades, foi desenvolvido no México em 1997, com repasse financeiro que aumentava a renda familiar em até 25%. Desenvolvido para famílias em situações de vulnerabilidade, em especial as do meio rural, destinava-se a melhorar as condições de crescimento e desenvolvimento infantil e possibilitar maior acesso à educação e aos serviços de saúde. Dados do Banco Mundial em análise

feita em 2001 demonstram que houve aumento na procura e utilização de hospitais públicos para tratamentos de prevenção, redução no número de internações e melhora expressiva das condições de saúde das crianças e adultos participantes do programa. (OMS, 2005).

Documento publicado pela agência de saúde pública do Canadá relata alguns estudos de caso sobre como desenvolver atividades intersetoriais com objetivo de impactar nas condições de saúde. (CANADÁ, 2007).

No Brasil, há diversos exemplos de práticas de saúde que atuaram diretamente nos determinantes sociais de saúde e tiveram êxito comprovado. Em Assaré no Ceará, a mortalidade infantil que era de 29,63 óbitos por mil nascidos vivos em 2009 foi reduzida para 3,77 no ano seguinte, após a implantação do Projeto Mãe Valoriza a Vida, que envolvia a atuação de diversos setores da sociedade. Destaca-se o incentivo ao aleitamento materno que alcançou 100%, contribuindo para o combate a desnutrição. (PIMENTEL, 2011a).

Em Borba no Amazonas, município que prioriza o controle da malária, foi estabelecida uma parceria entre a Atenção Básica e a Gerência de Endemias. Esta aliança permitiu a descentralização das medidas de controle da malária e a redução da doença naquele município. (PIMENTEL, 2011b).

Pode-se citar também o caso dos acidentes de trânsito, os chamados acidentes de transporte terrestre (ATT), que matam em torno de um milhão de pessoas anualmente em todo mundo. No Brasil em 2007, ocorreram 36.445 óbitos por ATT, dos quais 80% das vítimas eram do sexo masculino. Frente à gravidade do quadro, o Ministério da Saúde sugeriu aos municípios e estados a inserção do tema de trânsito em suas agendas de saúde para discutir sua magnitude. Reconhecendo a problemática, foi criada a Lei n. 11.705, conhecida como “Lei Seca”, pela qual os limites do nível de alcoolemia dos condutores veiculares foram alterados. Com a nova legislação, motoristas flagrados acima do limite de 0,2 gramas de alcoolemia podem ter a suspensão da habilitação por um ano, além de receberem multas e ter o veículo apreendido. Se o nível de álcool detectado for acima de 0,6 gramas por litro de sangue, eles podem ser presos e considerados criminosos. Após a publicação da lei, através da análise de sistemas de informações entre o momento anterior e posterior a “Lei Seca”, concluiu-se que houve uma redução de 24.545 internações por ATT,

correspondente a uma diminuição de 23%. O número de óbitos correlatos também diminuiu em 22,5 %, com 796 óbitos evitados. (BRASIL, 2009).

Experiência semelhante ocorreu no município de Diadema – São Paulo, após a aprovação de uma lei local que proíbe o consumo de bebidas alcoólicas após as 23 horas. Após a lei ser publicada, houve redução do índice de homicídios na cidade em 30% e diminuição dos casos de violência doméstica. (DUALIBI et al., 2007 *apud* PAHO, 2011, p. 21).

As políticas públicas desenvolvidas no Brasil já retiraram 28 milhões de pessoas da pobreza, entretanto há mais de 16 milhões de pessoas que vivem em condições sub-humanas, correspondente a 8,5% da população brasileira, com uma renda per capita de até RS 70. É evidente a disparidade entre regiões, sendo que na região nordeste concentra-se 59% da população extremamente pobre, enquanto na região sudeste há apenas 4% deste grupo. Dentre os residentes na zona rural, 25% sobrevivem em condições precárias. Na tentativa de melhorar este contexto, foi definido o plano Brasil Sem Miséria pelo governo federal visando ampliar e aprimorar as experiências brasileiras exitosas na área social, como Bolsa Família, Brasil Sorridente e Luz para Todos. Outras medidas foram adotadas, como práticas de capacitação profissional ao incentivo à produção rural e urbana. Estas ações resultaram em impactos sociais positivos. No período compreendido entre janeiro de 2011 e janeiro de 2012, observou-se a redução da concentração de renda e da pobreza em 2,1% e 7,9%, respectivamente. (BRASIL, [2011?]; BRASIL, 2012a).

Segundo Censo de 2010, outro dado relevante foi a redução em 47% da taxa de mortalidade infantil no Brasil, que correspondia a 29,7 mortes em mil crianças nascidas vivas no ano 2000, passando a 15,6/1000 em 2010. Este resultado advém de programas destinados à proteção e promoção da saúde da família, da gestante e da criança, como a rede Amamenta Brasil, Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, Rede Cegonha. Entretanto, permanecem as diferenças regionais, ocorrendo uma taxa de 18,5 e 12,6 mortes em cada 1000 crianças nascidas vivas na região nordeste e sul, respectivamente. Apesar deste avanço, o Brasil ainda figura com uma taxa de mortalidade infantil alta se comparado a países desenvolvidos, cuja mortalidade de crianças com até um

ano de idade é de 5 mortes em mil nascidos vivos. (BRASIL, 2012b; IBGE, 2012).

4.6 CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde e o desenvolvimento de políticas públicas devem ser compreendidos como práticas multidisciplinares, entretanto deve-se reconhecer o relevante papel do profissional enfermeiro neste contexto enquanto educador em saúde. Como afirma Acioli (2008), a ação educativa constitui um dos principais eixos da enfermagem e deve ser entendida como expressão do cuidado, podendo ocorrer em comunidades, escolas, creches e nos serviços de atenção básica, em momentos formais ou informais. Para a autora, o enfermeiro deve sempre avaliar e reorientar as ações planejadas conforme a realidade, bem como os interesses, necessidades e perspectivas dos sujeitos envolvidos.

Conforme exposto por Oliveira e Gonçalves (2004), o enfermeiro deve estar apto a identificar o nível de suas práticas na ação educativa, considerando a necessidade de desvencilhar-se da assistência e apresentar-se como educador, pois a educação em saúde, adequadamente planejada e executada, propicia mudanças de comportamento que visam um efeito intencional na própria saúde. Enquanto educador o enfermeiro deve ter compreensão de que não é possuidor do saber, mas cooperador e participante deste processo cujo foco é o cidadão.

Acioli (2008) reforça a importância de uma relação fundamentada no diálogo e na confiança entre sujeitos distintos, mas com objetivos semelhantes, ainda que o processo educativo não resolva os problemas da população de imediato. O respeito às diferenças de saberes e experiências vivenciadas é considerado fator tão importante quanto às informações objetivas no decorrer de práticas educativas nos grupos sociais populares.

Nos pressupostos de organização e funcionamento do SUS, o cuidado de enfermagem é concretizado como prática integradora de várias dimensões, integrando relações e associações comunitárias. Deve haver a articulação dos vários profissionais que atuam no sistema de saúde e compartilham a

assistência ao paciente para que o indivíduo seja compreendido e assistido em toda sua singularidade e como ator principal no processo de produção da saúde. Neste contexto, o enfermeiro destaca-se por sua capacidade de interação e associação com os demais profissionais, pela sua concepção holística de cuidado e acolhimento priorizando as necessidades e expectativas do indivíduo, além de sua relação direta com os usuários e famílias e promoção do diálogo entre a equipe assistencial e os usuários. A enfermagem consolida-se como profissão fundamental no sistema de saúde, destacando-se pela sua prática integrativa de cuidado, com repercussão na educação e promoção da saúde, como no incentivo de políticas direcionadas ao bem-estar das famílias e comunidades assistidas. Compreendendo a pessoa como ser único e complexo capaz de auto-organizar-se como protagonista no processo saúde-doença, a enfermagem se distingue como profissão do futuro. Para isso, deve fomentar práticas pró-ativas que confirmem autonomia aos indivíduos e comunidades. Além disso, a enfermagem é um efetivo canal de comunicação com os demais setores da sociedade, possibilitando adotar métodos mais eficazes com grande resolutividade para os cuidados de saúde. (BACKES et al., 2012).

CONCLUSÃO

Embora a promoção da saúde seja um tema extremamente discutido e divulgado nas últimas décadas, ainda persiste um modelo fragmentado de assistência curativa que dificulta a possibilidade de mudanças comportamentais efetivas com fins de promover saúde.

A adoção de modelos epidemiológicos em que se reconhece a atuação de diversos fatores no desencadeamento do processo patológico eleva a discussão em torno dos determinantes sociais de saúde e as possibilidades de atuar nesse processo evitando ou restringindo a evolução da doença, dependendo do momento da intervenção.

O Sistema Único de Saúde definido a partir da aceitação da interferência de determinantes sociais nas condições de saúde-doença, decorridos 22 anos de sua criação, ainda não está totalmente consolidado. A participação social nos órgãos colegiados específicos revela a adesão a um dos princípios organizacionais do sistema de saúde vigente, entretanto, não se tem representado substancialmente toda singularidade da população brasileira em relação aos seus anseios e necessidades para com sua saúde.

O desenvolvimento de políticas públicas efetivas com ênfase na promoção da saúde deve priorizar a participação social, pois somente com a compreensão e sensibilização do indivíduo como co-responsável pelo seu estado de saúde, elas podem resultar em mudança de estilo de vida que favoreçam a promoção da saúde. Sem esta compreensão, os diversos programas sociais são concebidos apenas como benefícios destinados a uma pessoa, que passivamente os recebe sem qualquer modificação de atitude.

Ciente da importância da educação em saúde para consolidar a participação social e o empoderamento comunitário o enfermeiro ganha destaque devido à sua proximidade com os usuários e como educador em saúde, respeitando as diferentes vivências e formas de conhecimento e promovendo a conscientização crítica dos sujeitos enquanto protagonistas no seu processo de saúde.

A existência de modelos exitosos na interferência sobre os DSS demonstra que a integração de projetos com o envolvimento da população é fundamental para que esses modelos sejam bem sucedidos. Entretanto, na

prática os determinantes sociais são pormenorizados pela sobreposição dos fatores biofisiológicos, o que limita a produção de maiores evidências científicas e a aceitação da temática pela população leiga.

A promoção da saúde, a redução das iniquidades e o direito fundamental à saúde de todo ser humano são divulgados amplamente, porém, na prática a realidade muitas vezes se contrapõe ao discurso. Portanto, deve-se privilegiar ações promotoras de saúde que estimulem a autonomia do indivíduo no desenvolvimento de hábitos saudáveis e melhoria de sua qualidade de vida. Práticas oriundas de ações intersetoriais devem ser incentivadas, visto que a saúde não pode ser considerada isoladamente.

Assim, os DSS e a maneira como se relacionam na produção de saúde-doença devem ser analisados pelos gestores e governantes como elementos cuja intervenção resulta em benefícios nas diversas áreas sociais, como educação, segurança e desenvolvimento. A compreensão entre os limites da manutenção da saúde ou produção da doença deve ser analisada sob os domínios biológicos e sociais de modo transversal e indissociável, sendo fundamental o envolvimento e participação de todos os sujeitos envolvidos neste contexto.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n.1, p. 117-21, jan.-fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/19.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de. ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed., rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In*: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

ALVES-SOUZA, Rosani Aparecida. KOYASHIKI, Gina Ayumi Kobayashi. ALMEIDA, Márcio José de. Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania. **Esp. Saúde**, Londrina, v. 8, n. 2, p. 26-32, jun. 2007. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n2/Art%204%20_v8%20n2_.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BACKES, Dirce Stein. Et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BARRETO, Maurício L. Et al. Programas de transferência de renda e o Sistema Único de Saúde: potencializando o impacto das ações. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_18_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012. p. 363-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As cartas de promoção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda estratégica para a saúde no Brasil – SUS para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Destaques**. Ano V, n. 1, nov.-fev. Brasília: SECOM, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil reduz taxa de mortalidade infantil em 47%**. [Artigo na internet]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4908/162/brasil-reduz-taxa-de-%3Cbr%3Emortalidade-infantil-em-47.html>>. Acesso em: 01 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Brasil sem miséria**. [S.l.], [2011?]

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI-FILHO, Alberto. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença, comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-8, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1575-89, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/26.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI-FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

CABRAL, Otávio. DINIZ, Laura. A vingança contra os corruptos: Brasileiros começam a se indignar com a corrupção, mal que consome por ano o dinheiro

que seria suficiente para acabar com a miséria no país. **VEJA**, São Paulo, ano 44, n. 43, ed. 2240, p. 76-82, out. 2011.

CANADÁ. The Public Health Agency of Canada. **Lessons Learned From Canadian Experiences With Intersectoral Action to Address the Social Determinants of Health**. [S.l.], Chomik Consulting & Research: 2007.

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

COHEN, Simone Cynamon. Et al. Habitação saudável como determinante social da saúde: experiências internacional e nacional. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 169-179, 2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40819262012.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

SCOREL, Sarah. MOREIRA, Marcelo Rasga. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. *In*: FLEURY, Sônia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-47.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. BRONZO, Carla. Determinação social da saúde e política. *In*: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 37-59.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v.13, n.2, p.20-31, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

GRANJA, Gabriela Ferreira. Et al. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. **Rev. baiana saúde pública**, Salvador, v. 34, n. 1, p. 72-86, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1415.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: Resultados gerais da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KAWAMOTO, Emília Emi (Coord.) et al. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

KLIKSBERG, Bernardo. **Estrategias y metodologias para promover la participacion social en la definicion e implantacion de politicas publicas de combate a las inequidades en salud.** Rio de Janeiro: OMS, 2011.

LUCENA, Karla. MIRANDA, Denise. Conselho Nacional de Saúde instrumento de Controle Social. **Conselho Nacional de Saúde em Revista.** Brasília, Ano 1, n. 1, p. 8-9, set. 2011.

MELO, Ernites Prates de Melo. CUNHA, Fátima Terezinha Scarparo. TONINI, Teresa. Políticas de Saúde Pública. *In:* FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. (Org.) **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 4. Reimp. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora, 2007. p. 47-72.

MELO, Ernites Prates de Melo. FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. *In:* FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. (Org.) **Ensinando a cuidar em saúde pública.** 4. Reimp. São Caetano do Sul - SP: Yendis Editora, 2007. p. 125-142.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 13 mar 2012.

OLIVEIRA, Hadelândia Milonde; GONÇALVES, Marica Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

OMS. Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração:** Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: OMS, 2010.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Genebra: WHO, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde:** aprendendo com experiências anteriores. OMS: 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro: OMS, 2011.

PAHO. Pan American Health Organization. **Trends and Achievements in Promoting Health in the Americas: Developments from 2003-2011**. Washington, D.C.: PAHO, 2011. Disponível em: <http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/4%20Documents%20from%20WHO/WHO%20Regional%20Office%20for%20PAHO%20AMRO/PAHO_Trends%20and%20Achievements%20in%20the%20Americas_2011.pdf>. Acesso em: 01 maio 2012.

PIMENTEL, Jaqueline. **Controle da Malária no Amazonas é bem sucedido com a integração entre serviços** [artigo na internet]. Set. 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/experiencias/o-impacto-da-integracao-entre-a-vigilancia-em-saude-e-atencao-basica-nas-acoes-de-controle-da-malaria-no-amazonas/>. Acesso em: 24 mar. 2012.

PIMENTEL, Jaqueline. **Parceria entre órgãos governamentais é estratégia para combater mortalidade infantil no Ceará** [artigo na internet]. Ago. 2011. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=experiencias&p=2062&preview=true. Acesso em: 24 mar. 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. GOLDBAUM, Moisés. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Epidemiologia e saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 17-35.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella. Et al. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), vol. 31, n. 1, p. 92-99, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/10891/8623>. Acesso em: 13 mar. 2012.

SANTOS-JÚNIOR, Vitor Jorge dos. BAGRICHEVSKY, Marcos. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.817-21, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/23.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

SENA, Roseni Rosângela de. SILVA, Kênia Lara. Políticas e prática de saúde rumo à equidade. **Rev. Esc. Enferm, USP**, São Paulo, v. 41, n. esp., p. 771-6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea04.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

SILVA, Juliana Guimarães e. Et al. Promoção da saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 421-5, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a21.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-38, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. *In*: FLEURY, Sônia. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (Orgs.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270-88.

VIANA, Solon Magalhães. Et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WHITEHEAD, Margaret. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/RPD, 414, 7734. Geneva: WHO, 2000.

ZIONI, Fabiola. ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. Políticas públicas e sistema de saúde: a Reforma Sanitária e o SUS. *In*: ROCHA, Aristides Rocha. CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde pública**: Bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 103-118.