Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Análise da Produção Científica sobre os
Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de
Saúde Pública - USP

Ana Maria Barbieri Bedran Martins

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

**Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiola Zioni

São Paulo
2010

Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública - USP

Ana Maria Barbieri Bedran Martins

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

**Área de concentração: Serviços de Saúde
Pública**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabiola Zioni

São Paulo
2010

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figurem a identificação do autor, o título, a instituição e o ano da dissertação.

Dedicatória

Aos meus pais, João César e Maria Tereza (in memoriam), pelo imenso amor, dedicação, ensinamentos e exemplos a serem seguidos.

Aos meus queridos irmãos, cunhados, cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, a essa família linda a qual tenho a felicidade e honra em pertencer.

Ao Euder, meu grande amor, sempre presente em todos os momentos, por mostrar que podemos alcançar nossos objetivos com amor, dedicação e planejamento.

Agradecimentos

À Prof^a. Dr^a. Fabiola Zioni, minha orientadora, ao lado de quem tive o privilégio de desenvolver esta dissertação, pela oportunidade, incentivo e confiança.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico pela bolsa de estudos concedida para a realização deste projeto.

Aos professores do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública pelo apoio, incentivo e carinho ao longo desta caminhada.

Ao Prof. Dr. Arlindo Philippi Jr. por todo o apoio, incentivo e “cobranças”.

Aos membros da Banca Examinadora, Prof^a. Dr^a. Márcia Faria Westphal e Prof. Dr. Paulo Roberto do Nascimento, pelas críticas construtivas e pelas sugestões.

À querida Nenê por tudo o que fez e continua a fazer por nós.

A todos os funcionários do departamento de Prática em Saúde Pública e em especial a Livia por todas as vezes que me “socorreu”.

Aos funcionários da biblioteca pelo apoio no levantamento bibliográfico.

Aos queridos amigos Fernanda Bruni Queiroz, Renata Maria Salvador e Eduardo Sodré de Souza por termos caminhado juntos nesta jornada.

À querida Mariana Golin Winckler que chegou há tão pouco tempo, mas que demonstrou tanto carinho e amizade.

Aos queridos Paulo Roberto do Nascimento e Lúcia Márcia André, pelos conselhos, pela ajuda...

Às queridas amigas da “ambiental”: Ju Zuquer, Ju Pele, Mari, Michele, pelas horas de risadas e desestresse para aliviar o cansaço.

Aos queridos amigos Si, Fer, M.Fer, Dre, Gi, Carol e Rud que mesmo à distância (em geral, por mensagens via computador, que nem por isso deixou de ser rede de apoio) me encorajaram com amizade, carinho e estímulos, o que tornou este itinerário menos espinhoso.

A todos os que auxiliaram ao longo desta jornada, mas que mesmo sem serem citados, sabem o quanto eu agradeço por vocês fazerem parte da minha vida e desta história.

Bedran Martins, AMB. Análise da Produção Científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2010.

Resumo

Introdução: Dentre as várias áreas, abordagens e temas que compõem a Saúde Pública, a Promoção da Saúde constitui-se como um dos mais estabelecidos o que indica a pertinência de reflexão sobre sua produção. E dentre as linhas de pesquisa na área de Promoção da Saúde, nos últimos anos, tem se destacado o tema de Determinantes Sociais de Saúde, essa preocupação expressa por essa linha de pesquisa e atuação sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) assim como as propostas de promoção da saúde remetem necessariamente à reflexão sobre a dinâmica social visto que estão voltadas para a transformação das condições de vida.

Objetivo: Esse estudo teve por objetivo identificar a produção da pesquisa em DSS na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no período de 2004 a 2008, e apontar as áreas de interesse e tendências desse campo de estudo. **Metodologia:** A metodologia consistiu em uma revisão bibliográfica de estudos sobre DSS, realizada a partir de um levantamento de dados baseado na consulta às seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e banco de tese da Capes. Os indexadores para a pesquisa foram selecionados segundo os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Resultados: Dentre os diversos determinantes sociais de saúde encontrados durante a coleta de dados, os mais citados foram: inclusão social, segurança, justiça social, transporte, qualidade de vida, modelos de atenção à saúde, educação, lazer, ambiente de trabalho, equidade, distribuição de renda, recursos sustentáveis, ecossistema saudável, stress e saneamento. Deu-se preferência pelos resultados que se referiram diretamente ao tema da pesquisa sobre Determinantes Sociais de Saúde, resultados esses que foram classificados por ano, tipo de publicação: teses, dissertações, artigos de periódicos e por classificação de determinantes sociais de saúde. **Conclusão:** Verificou-se que a produção científica com Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP tem crescido continuamente nesses últimos anos e que a maioria dos trabalhos está voltada para o estudo sobre as iniquidades em saúde seguido, de estudos sobre o empoderamento e a qualidade de vida.

Palavras-chave: determinantes sociais de saúde, promoção da saúde, pesquisa em saúde.

Bedran Martins, AMB. Analysis of the Scientific Literature on the Social Determinants of Health at the School of Public Health - USP. [Dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

Abstract

Introduction: Among the various areas, approaches and themes that compose the Public Health, Health Promotion was established as one of the most established which indicates the relevance of reflection on their production. And among the lines of research in the area of Health Promotion, in recent years has highlighted the topic of Social Determinants of Health, this concern expressed by this line of research and action on the Social Determinants of Health (SDH) as well as proposals for health promotion necessarily refer to a reflection on the social dynamics as they are geared towards the transformation of living conditions. **Objective:** This study aimed to identify the production of research in SDH at the School of Public Health, University of São Paulo in the period 2004 to 2008, and point out areas of interest and trends of this field of study. **Methodology:** The methodology involved a literature review of studies in SDH. Data collection was based on consultation with the following databases: BVS (Virtual Library in Health), SciELO (Scientific Electronic Library Online) and CAPES thesis database. The indices for the study were selected according to the Health Sciences Descriptors (DeCS). **Results:** Among the many social determinants of health found during the data collection, the most cited were: social inclusion, security, social justice, transportation, quality of life, models of health care, education, leisure, work environment, fairness and distribution in income, resources sustainable, healthy ecosystem, stress and sanitation. It was given preference for results that are reported directly to the research theme on Social Determinants of Health, these results were sorted by year, type of publication: theses, dissertations, journal articles and for classification of social determinants of health. **Conclusion:** It was found that the scientific production with the Social Determinants of Health in the School of Public Health - USP has grown steadily in recent years and that most work is directed toward the study of inequities in health, followed by studies on the empowerment and quality of life.

Keywords: social determinants of health, health promotion, health research.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
3. DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	28
3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	41
3.2 MODELOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	43
4. OBJETIVOS	53
4. 1 OBJETIVO GERAL	53
4. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	53
5. METODOLOGIA	54
5.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	54
5.2 BASES DE DADOS SELECIONADAS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA	55
5.3 DELIMITAÇÃO DO PERÍODO DE ESTUDO	56
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	56
5.5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	56
5.6 TABULAÇÃO DOS DADOS	58
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
6.1 Ano	64
6.2 Tipo de Produção	65

6.3 Tese de Doutorado e Dissertação de Mestrado	66
6.4 Artigo em Periódico	67
6.5 Financiamento	68
6.6 Área de Concentração	70
6.7 Opção Metodológica	71
6.8 População Estudada	73
6.9 Tema	74
6.9.1 Iniquidade em Saúde	75
6.9.2 Empoderamento	78
6.9.3 Qualidade de Vida	82
6.9.4 Nutrição	83
6.9.5 Educação em Saúde	86
6.9.6 Saúde do Trabalhador	89
6.9.7 Saneamento	90
6.9.8 Renda	92
6.9.9 Rede Social	93
6.9.10 Desenvolvimento Sustentável	95
7. CONCLUSÃO	98
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	101
ANEXOS	116
CURRÍCULO	118

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de determinação do processo saúde-doença do Relatório Lalonde	34
Figura 2 – Modelo de Dahlgren e Whitehead	45
Figura 3 – Modelo de Diderichsen e Hallqvist	47
Figura 4 – Modelo de Mackenbach	49
Figura 5 – Modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson	50

Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Frequência da produção bibliográfica sobre DSS, na FSP-USP entre os anos de 2004 a 2008	65
Gráfico 2 – Frequência relativa por tipo de produção bibliográfica sobre DSS, na FSP-USP entre os anos de 2004 a 2008	66
Gráfico 3 – Frequência da quantidade de teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas na FSP-USP nos anos de 2004 a 2008.	67
Gráfico 4 – Frequência de artigos científicos sobre DSS desenvolvidos na FSP-USP e publicados em periódicos indexados em base de dados nos anos de 2004 a 2008.	68
Gráfico 5 – Frequência da produção científica sobre DSS realizadas na FSP-USP segundo informação de obtenção de financiamento, nos anos de 2004 a 2008.	70
Gráfico 6 – Frequência da produção discente da Pós-Graduação sobre DSS defendidas na FSP-USP conforme a área de concentração do programa de pós-graduação em saúde pública, nos anos de 2004 a 2008.	71
Gráfico 7 – Frequência das opções metodológicas identificadas nas produções científicas sobre DSS realizadas FSP-USP nos anos de 2004 a 2008.	72
Gráfico 8 – Representação da identificação nas produções científicas sobre DSS na FSP-USP em relação da população estudada.	73
Gráfico 9 – Distribuição da produção científica sobre DSS realizada na FSP-USP, conforme enquadramento temático, nos anos de 2004 a 2008.	74

Lista de Quadros

Quadro 1 – Objetivos de desenvolvimento da ONU para o milênio.	38
Quadro 2 – Relação dos artigos científicos recuperados e identificados por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, produzidos por docentes, discente e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo de 2004 a 2008.	60
Quadro 3 – Relação das Dissertações de Mestrado recuperadas e identificadas por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, defendidas entre 2004 e 2008 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.	63
Quadro 4 – Relação das Teses de Doutorado recuperadas e identificadas por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, defendidas entre 2004 e 2008 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo	64

Siglas Utilizadas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

FSP – Faculdade de Saúde Pública

ODM – Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USP – Universidade de São Paulo

WHO – World Health Organization

PSF – Programa Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

Os impactos advindos das reformas implantadas na década de 1990, como a abertura econômica e financeira, a reforma monetária e a mudança no papel do Estado na economia fizeram com que a economia brasileira ganhasse dinamismo e competitividade, entretanto, no plano social essas reformas não produziram resultados, com a permanência dos altos níveis de desigualdade econômico e social inalterados. Constituindo-se assim uma economia marcada pelo forte dinamismo dos setores modernos e de grande expressão internacional, juntamente com os indicadores de distribuição de renda e de condições sociais dentre os mais injustos do mundo.

Nos últimos anos, a mudança de paradigma em relação às políticas sociais, bem como a melhoria dos quadros econômicos internos e externos, favoreceu a redução da desigualdade, especialmente a partir de 2001, quando os principais indicadores de desigualdade sofreram uma redução mais significativa, efeito atribuível à implementação e posterior ampliação dos programas de transferência de renda e pelo efeito redistributivo do rendimento dos assalariados mais pobres em detrimento dos indivíduos detentores de maiores salários (BRASIL, 2009). O Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde identificou, no período de 2004 a 2006, mais de 80 programas sociais destinados à melhoria das condições socioeconômicas das populações em maior vulnerabilidade (CNDSS, 2008). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009 apresentou dados que demonstra uma redução da desigualdade no Brasil, através de um notável crescimento das classes A, B e C que passou a representar mais da metade (50,5%) da população e ultrapassou as classes A e B em poder de compra. Entretanto, apesar dessa redução, a desigualdade brasileira segue entre as dez maiores do mundo.

É importante destacar que as mudanças ocorridas no Brasil, ainda que positivas em geral, por vezes amplificam os diversos tipos de

desigualdades em saúde e iniquidade prevalentes. Assim, apesar dos avanços, a sociedade brasileira continua a apresentar barreiras geográficas, sociais e culturais importantes que refletem em grandes tensões entre as classes sociais, os gêneros, as gerações e os grupos raciais e étnicos, que faz com que a Saúde Pública depara-se com imensos desafios e com problemas resultantes dessas transformações econômicas, sociais e culturais.

A Saúde Pública é uma área de grande abrangência e diversidade, caracterizada pelo seu caráter multidisciplinar, voltada para a prática de políticas públicas.

Forattini (1995) salientava:

... as atividades no campo da Saúde Pública são caracteristicamente multidisciplinares, entendendo-se com isso, o imprescindível concurso de variadas áreas de estudo. Depreende-se daí que a pesquisa científica deverá ser levada a efeito em múltiplos campos do conhecimento, isto é, nas mais variadas especialidades. De maneira geral, os fatores determinantes dos agravos à saúde populacional podem ser sistematizados em três categorias, a físico-química, a biológica e a social, obviamente inter-relacionadas. Esse entrelaçamento de informações levará ao entendimento do mecanismo gerador e sustentador da problemática que afeta a população.

Os campos de pesquisa na área de saúde pública são muitos, abrangendo desde planejamento de serviços em saúde comunitária, organização, deliberação, custos e serviços individuais de saúde, até questões que se refere a danos ambientais, ao controle de doenças crônicas, ao controle de tabagismo, álcool e drogas, proteção ambiental,

cuidados primários, saúde materno-infantil, saúde mental, violência entre outros temas.

Dentre as várias áreas, abordagens e temas que compõem a Saúde Pública, a Promoção da Saúde constitui-se como um dos mais estabelecidos, o que indica a pertinência da reflexão sobre sua produção.

A Promoção à Saúde conforme as Conferências Internacionais que sucederam desde a década de 80 até hoje, fundamenta-se em um dos principais modelos teórico-conceituais, relacionado aos processos sociais que interferem na produção social da saúde e que subsidiam políticas de saúde em todo o mundo. A abordagem socioambiental, consolidada no contexto internacional nos últimos quinze anos, preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados. Preocupa-se assim em garantir condições dignas de vida e possibilitando que indivíduos e coletivos tenham um maior controle sobre os determinantes da saúde (CARVALHO, *et al*, 2008).

Para a efetivação deste estudo realizou-se um levantamento inicial de dados que apontou a preocupação com o estudo da Promoção da Saúde na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), sendo que o tema sobre os Determinantes Sociais de Saúde começa a se destacar e intensificar a partir dos anos de 1970. Este projeto pretende realizar, portanto, uma análise das produções científicas realizadas por docentes, discentes e funcionários da FSP-USP sobre o tema Determinantes Sociais de Saúde, a fim de identificar as tendências e preocupações dessa área de estudo.

Esta dissertação que busca analisar as relações entre saúde e seus determinantes sociais, inicialmente apresentará o conceito de Promoção da Saúde, o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e uma breve evolução histórica acerca do entendimento sobre o processo saúde/doença.

Em seguida serão discutidas e analisadas as produções científicas que trabalham o tema sobre os DSS.

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em 1986, no Canadá, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, elaborou-se uma declaração, conhecida como Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde, que definiu essa proposta como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001).

Essa definição demonstra uma visão positiva do processo, no qual é ressaltado o papel das potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde. De acordo com esta perspectiva, podemos não só prevenir a doença como também promover a saúde, pois enquanto a prevenção é um conceito relacionado exclusivamente com a doença, a promoção é um conceito mais amplo que o da prevenção, na medida em que, implica não só na proteção e a manutenção da saúde, mas também na promoção do ótimo estado vital, físico, mental e social da pessoa e da comunidade.

A promoção da saúde pressupõe, pois, a instauração e a manutenção de comportamento não só saudáveis como também potencializadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas.

Conforme aponta WESTPHAL (2006), essa capacitação das coletividades deveria ser entendida em dois sentidos: um mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, através da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que os permitissem alcançarem funcionalidades elementares, tais como: alimentar-se, obter abrigo e saúde; e outra mais subjetiva, visando alcançar funcionalidades que envolvem o desenvolvimento pessoal dos participantes: auto-respeito, integração social, capacidade para participar da vida social e outras semelhantes. O indivíduo não pode realizar completamente seu potencial de saúde se não for capaz

de controlar os fatores determinantes da sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (BRASIL, 2001).

A Carta de Ottawa apresenta um conceito amplo de saúde como o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais (WESTPHAL, 2006). Elenca também, as condições e os recursos fundamentais para a saúde como sendo: paz, habitação, educação, alimentação, renda, eco-sistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

As conferências sobre promoção da saúde que se seguiram reforçam as propostas da Carta de Ottawa, acrescentando maior ênfase a alguns pontos específicos. A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália, em 1988 (WHO, 1988), salientou a elaboração de políticas públicas saudáveis e a defesa do princípio da equidade no trabalho em saúde como temas importantes dentro do aspecto da Promoção da Saúde. Identificou áreas importantes para serem trabalhadas como: a saúde da mulher, alimentação, nutrição, álcool e tabaco. A carta ressalta ainda a noção de saúde como direito humano básico e investimento social positivo e defende o princípio da equidade no trabalho em saúde como condições a serem atingidas por políticas públicas saudáveis.

Em 1991, em ocasião da III Conferência Internacional de Promoção da Saúde, cujo tema central foi o meio ambiente favorável à saúde, desenvolveu-se a Carta de Sundsval.

A Declaração de Sundsval preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve ser guiada pelo princípio da equidade (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003), e que todos tem um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores da saúde.

A Conferência ressaltou ainda quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde:

- A dimensão social: que inclui as maneiras pelas quais normas, costumes e processos sociais afetam a saúde;
- A dimensão política: que requer dos governos a garantia da participação democrática nos processos de decisão e o compromisso com os direitos humanos e com a paz;
- A dimensão econômica: que requer o re-ordenamento dos recursos e o desenvolvimento sustentável; e
- A necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores: para que se possa desenvolver uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis a saúde.

Um ano depois, em 1992, no Rio de Janeiro, aconteceu a Conferência Internacional de Meio Ambiente (ECO-92). Esse evento, em conjunto com a Declaração de Sundsval, reforçou a importância da construção de ambientes de apoio à promoção da saúde, das políticas públicas saudáveis na área ambiental e principalmente o respeito à sustentabilidade ambiental nos processos de desenvolvimento local e global (BRASIL, 2001).

Nos países da América Latina, as discussões a respeito do tema surgem pela primeira vez em 1992, quando da realização da I Conferência Latino-Americana de Promoção da saúde realizada em Bogotá, na Colômbia. A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação de mútua determinação entre saúde e desenvolvimento. A Declaração de Santa-Fé de Bogotá traz como tema central a equidade, discute a transformação da cultura e do setor saúde a fim de garantir acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade. (WESTPHAL, 2006; HEIDMANN, 2006; BRASIL, 2001).

Em 1993, na ocasião da I Conferência de Promoção de Saúde do Caribe, realizada em Trinidad y Tobago, a Carta do Caribe reforçou a importância da promoção da saúde, e apresentou seis estratégias fundamentais:

- Elaboração de políticas públicas saudáveis;
- Reorientação dos serviços de saúde;
- Empoderamento das comunidades para alcançar o bem estar;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde;
- Desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde;
- Construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação.

A Declaração de Jacarta, desenvolvida na ocasião da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, sob o tema – Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro – tem lugar em um momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde. Realizada na Indonésia, em 1997, é a primeira conferência a ter lugar em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela oferece uma visão e um enfoque para a promoção da saúde, e reflete também o compromisso firme dos participantes desta conferência de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes da saúde no século XXI (WHO, 1998).

A declaração trás como pré-requisitos para a saúde: a paz, a habitação, a educação, a segurança social, as relações sociais, a alimentação, a renda, o direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, o uso sustentável dos recursos naturais, a justiça social, o respeito

aos direitos humanos e a equidade. Portanto, a Declaração de Jacarta reitera a concepção e os princípios referidos nas conferências anteriores e explicita que a “saúde é um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (BRASIL, 2001).

A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde no Século XXI:

- Promover a responsabilidade social para com a saúde;
- Aumentar os investimentos para fomentar a saúde: os investimentos em saúde deveriam refletir as necessidades de certos grupos, tais como mulheres, crianças, pessoas idosas, indígenas, a saúde e a qualidade de vida;
- Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde: a promoção da saúde requer parcerias para o desenvolvimento social e da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governança e da sociedade;
- Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo: a promoção da saúde melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações ou comunidades para influenciar os determinantes de saúde;
- Conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde: todos os países deveriam criar ambientes políticos, jurídicos, educacionais, sociais e econômicos apropriados e necessários para apoiar a promoção da saúde.

No ano de 2000, na cidade do México, transcorreu a V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Foi observado nessa conferência que, nos últimos anos, através dos esforços sustentados dos governos e sociedade em conjunto, houve uma melhoria significativa da saúde e progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo. Entretanto muitos problemas de saúde ainda persistiam e prejudicavam o

desenvolvimento social e econômico e, portanto, deveriam ser urgentemente resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar. Foi constatada também a necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde em todos os níveis e setores da sociedade (WHO, 2000; WESTPHAL, 2006)

Cinco anos depois, em agosto de 2005, a cidade de Bangcoc, foi sede da VI Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, que versou sobre o tema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais de saúde”. Nesta conferência buscou-se identificar as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde. Afirmou-se que as políticas e as parcerias que objetivassem empoderar as comunidades, melhorar a saúde e a equidade na saúde, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional. A Declaração de Bangcoc complementa e se apóia nos valores, princípios e estratégias de ação da promoção da saúde estabelecidos pela Declaração de Ottawa para a Promoção da Saúde.

Promoção da Saúde foi definida pela Declaração de Bangcoc como sendo o “processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individualmente e coletivamente) para melhorar a sua saúde” (WHO, 2005).

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde teve como sede a cidade de Nairóbi, no Kenya, no período de 26 a 30 de outubro de 2009. “*Call to Action*”, documento elaborado nessa conferência contou com a participação de mais de seiscentas pessoas de cem países. Esse documento identificou estratégias chaves e compromissos urgentes necessários para a aplicação na saúde e no desenvolvimento através da promoção da saúde.

Através dos temas centrais da VII Conferência: empoderamento comunitário e dos indivíduos, fortalecimento dos processos participativos, fortalecimento das lideranças e das forças de trabalho, buscou-se reafirmar os valores, princípios e estratégias de ações para a promoção da saúde no intuito de reduzir as iniquidades em saúde e a pobreza e promover saúde e qualidade de vida (WHO, 2010).

Várias estratégias foram discutidas durante as sete Conferências Internacionais realizadas pela Organização Mundial de Saúde, com a finalidade de garantir um mundo mais saudável, com ampla participação e uma advocacia sustentável, com base nos direitos humanos e na solidariedade. Conceitos básicos têm sido reforçados e difundidos em torno do compromisso de saúde para todos, estratégias foram criadas para o atendimento dos objetivos de cada conferência. Os princípios definidos na Carta de Ottawa foram reforçados e difundidos e continuam a orientar políticas e ações de profissionais envolvidos na área de Promoção da Saúde.

WESTPHAL (2006) em um estudo sobre promoção da saúde e prevenção de doenças ressalta que, nos textos das cartas e das conferências internacionais, ocorre um privilegiamento da visão holística da saúde e da determinação social do processo saúde e doença, da equidade social como objetivo a ser atingido e da sustentabilidade como princípios a serem levados em consideração ao definir estratégias de ação.

No Brasil, a promoção da saúde vem se desenvolvendo desde o final da década de 1980, após a Carta de Ottawa. A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica 8.080, de 19 de setembro de 1990, consagram esta compreensão ao afirmar que “a saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício através de políticas sociais e econômicas e do estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Estas políticas devem esforçar-se para garantir, entre outros: a alimentação, o transporte, o

trabalho, a renda e o lazer a todos os brasileiros sem nenhuma distinção (BRASIL, 1988; 1990)

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional da Saúde que teve como tema “Democracia é Saúde” lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa ocasião instalou-se um fórum democrático com ampla participação de representantes de usuários, trabalhadores do setor, partidos políticos, organizações não governamentais e movimentos sociais. Muitos dos princípios contidos no documento ratificado nessa conferência foram mais tarde contemplados na Constituição Federal de 1988. (ALMEIDA & ZIONI, 2002).

Os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde - SUS tem como objetivos:

...dar assistência à população baseando-se no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde – para que assim sejam procurados os meios – processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e torná-lo efetivo no Brasil. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o SUS (ALMEIDA & ZIONI, 2002).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas, a importância da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 1988; 2006).

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 foi outro marco importante para a promoção da saúde no Brasil. A PNPS entende que a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial. A PNPS tem por objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, educação, ambiente, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006).

A saúde e o desenvolvimento vêm enfrentando ameaças sem precedentes. As crises financeiras cada vez mais constantes e cíclicas ameaçam a viabilidade das economias nacionais, o aquecimento global e as alterações climáticas, a sensação de insegurança e as ameaças de segurança coletiva para os diversos povos e comunidades ao redor do mundo. Neste contexto, a promoção da saúde nunca foi mais oportuna e/ou necessária. Podemos observar, no decorrer de todas as conferências, internacionais ou regionais, um grande corpo de evidências e a experiência acumulada sobre a importância da promoção da saúde como um integrador e como um componente essencial para responder sensivelmente a estas ameaças e preocupações emergentes deste início de século.

3. DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Na Inglaterra do século XVII, William Petty percebeu que o controle das doenças transmissíveis e a salvação da vida das crianças ajudariam a impedir a diminuição da população, e propôs, em 1687, a criação de um Conselho de Saúde para Londres. Convencido também que certos grupos de trabalhadores mereciam atenção direta do Estado, sugeriu que se realizassem estudos de morbidade e mortalidade no trabalho (MENEGBEL, 2004).

Nesta mesma época, enquanto seu contemporâneo William Petty concentrava suas observações na Inglaterra, Veit Ludwig Seckendorff identificava a maneira mercantilista dos alemães de resolver os problemas com a saúde pública. A finalidade observada do governo era a de assegurar o bem-estar da terra e do povo, que se manifestam por meio de suas taxas crescentes de natalidade e conseqüentemente da população. Desta forma, eram necessárias urgentes medidas para resguardar a proteção e a saúde dessa população em crescimento.

Entretanto, somente com o aparecimento da Medicina Social entre os séculos XVIII e XIX, é que surgem as primeiras investigações sistemáticas sobre as relações entre saúde e condições de vida de grupos e classes sociais, como também um conjunto articulado de proposições para a intervenção. A Medicina Social tem se preocupado em entender como a dinâmica do processo saúde/doença, a relação entre a estrutura da atenção e da sociedade, contribuem para a obtenção de níveis cada vez melhores de saúde e bem-estar. Ela surge na Europa do século XVIII, diferenciando-se em três vertentes principais: a polícia médica alemã, uma medicina de Estado que institui medidas compulsórias de controle de doenças, a medicina urbana francesa, saneadora das cidades enquanto estruturas espaciais que buscavam uma identidade social, e, por último, uma medicina

da força de trabalho na Inglaterra industrial, onde havia sido mais rápido o desenvolvimento de um proletariado (FOUCAULT, 1993).

Na Inglaterra, a natureza e o ritmo da vida econômica e das mudanças industriais e agrárias transcorridas na última metade do século XVIII, configuraram os movimentos denominados revolucionários, ou Revolução Industrial e a Revolução Agrária. Essas alterações na economia do país perturbaram necessariamente sua estrutura social e originaram uma nova atitude diante dos problemas da vida comunitária, levando a modificações importantes nas condições de vida das pessoas. Nesse movimento, o combate às doenças foi se articulando com a busca da garantia de uma condição de vida de total bem-estar, pelo menos enquanto objeto a ser alcançado. Tornou-se então possível ampliar o conceito de saúde para além da dimensão biológica, mesmo mantendo a dependência das condições de vida como um todo, para uma fase em que considera todas as áreas do conhecimento como participantes em potencial da construção desse bem-estar.

Ao término do século XVIII, já existia a convicção de serem, saúde e doença, fenômenos de muita importância para o indivíduo, para a comunidade e para o estado. A saúde pública já apresentava vertentes de ação diferenciadas para enfoques individuais e coletivos. O desafio passou para o século seguinte onde procurou-se compreender o processo saúde-doença e relacioná-lo às condições de vida e trabalho da população.

Villermé em 1832 mostrou a diferença na taxa de mortalidade do cólera entre os bairros ricos e pobres de Paris, demonstrando diferenças na taxa de mortalidade entre grupos sociais e sugerindo uma explicação em termos de causalidade social em relação ao estado de saúde, ou seja, dependendo da posição social dos indivíduos pode ocasionar comportamentos que afetem diretamente a saúde (ADAM & HERZLICH, 2001).

Edwin Chadwich publicou o relatório “*Report on the Sanitary Conditions of Labouring Class*” em 1842 sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Inglaterra e identificou que, apesar do aumento geral na expectativa de vida, a iniquidade em saúde persistia. Esse relatório demonstrava a relação da doença com os principais problemas advindos de um inadequado sistema de saneamento, como por exemplo, sua relação com a imundície do meio ambiente, com a falta de escoamento, de abastecimento de água e de meios para remover refugos das casas e das ruas (ROSEN, 1994).

Chadwich via a determinação social da doença como resultante de inadequações na estrutura dos centros urbanos e de suas fábricas e que deveria haver uma intervenção estatal. Essa intervenção, contudo, não deveria afetar o modo de produção vigente, deveria sim, discipliná-lo de modo a coibir seus efeitos nocivos sobre as condições de saúde do proletariado. Em seus trabalhos, Chadwich questionava o modelo biomédico diante dos agravantes problemas sociais oriundos da Revolução Industrial, pois, na tentativa de buscar respostas para esses enfrentamentos, seus estudos acabavam encontrando outros fatores além dos físicos, como moradias inadequadas, problemas de má disposição do lixo e inadequado sistema de abastecimento de água (WESTPHAL, 2006).

Friedrich Engels, em 1845, pesquisou as condições de saúde da população trabalhadora inglesa por meio de análise relacionando classe social e diferença em saúde e morbidade. Neste estudo Engels ressaltava o fato de que deveria haver uma mudança do modo vigente de produção, de maneira a amenizar os problemas oriundos da revolução industrial (BUSS *et al.*, 2007).

No século XIX registrou-se um grande avanço na área médica e a da saúde pública passa a ser considerada como tema promissor e respeitado. Nesse período de avanço na medicina e no campo da saúde em geral, surgiram epidemiólogos expoentes como Rudolf Leubuscher, Rudolf Virchow e Salomon Newman. Todos estes estudiosos da área de Epidemiologia

acreditavam que as condições socioeconômicas têm importantes efeitos sobre a saúde e a doença e que por isso essas relações merecem e devem submeter-se à investigação científica.

Os trabalhos que foram surgindo nessa época, em circunstâncias e maneiras distintas, traçavam os primeiros contornos da importância da determinação social na produção da saúde e doença, assim como na distribuição por classes sociais dos riscos, prejuízos e potencialidades de saúde (BREILH, 1991).

Ao final desse século, no entanto bacteriologistas como Koch e Pasteur, afirmavam um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, o “paradigma bacteriológico”. Nesse período houve um importante debate entre os estudiosos do campo da saúde pública. No centro desse debate estavam questões como: deve a saúde pública basear-se fundamentalmente na microbiologia e na teoria dos germes ou deve centrar-se no estudo da influência das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde dos indivíduos? (BUSS *et al.*, 2007).

Esse debate e a tensão paradigmática entre os enfoques biológico e social do processo saúde/ doença irá influenciar a saúde pública em todo o mundo, no final do século XIX e no século XX como um todo, predominando o conceito da saúde pública orientada ao controle de doenças específicas, fundamentada no conhecimento científico baseado na bacteriologia. O foco da saúde pública passa a se distanciar das questões políticas e das reformas sociais e sanitárias (BUSS *et al.*, 2007).

Na América Latina, o período compreendido entre o fim do século XIX até 1930, caracterizou-se pelas investigações no campo da higiene, patrocinadas pelo Estado e desenvolvidas por institutos de pesquisa nos moldes americanos. A chamada “revolução científica”, patrocinada pelas descobertas da bacteriologia, fez com que o foco causal se deslocasse das condições sociais para os microorganismos. Assim, durante esse período, o ideal preconizado era o de encontrar uma vacina para cada tipo de agente

infeccioso e implementar medidas de controle das doenças sem questionar o ambiente socioeconômico e cultural.

No Brasil, até o início do século XX, as preocupações do setor saúde centravam-se apenas nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringia-se ao ensino de hábitos de higiene. Mudanças nas estruturas sociais, econômicas e políticas relacionadas a diversos fatores como a abolição da escravatura, a saída dos trabalhadores e suas famílias do campo para cidades carentes de infraestrutura, o desenvolvimento do comércio e da indústria, a necessidade de ampliar o comércio externo e receber imigrantes europeus exigiam soluções rápidas para as doenças que assolavam os núcleos urbanos e começavam a ameaçar a força de trabalho, bem com a expansão das atividades capitalistas (PINHEIROS *et al.*, 2005).

O século XX foi importante para o desenvolvimento do entendimento do processo saúde-doença e suas determinações sociais. Diversos trabalhos associaram o termo promoção de saúde com condições de vida, e inúmeros foram os que relacionaram o meio social com morbidade e mortalidade, e também a relação da saúde com fatores psico-sociais (DOWBOR, 2008).

Henry Sigerist, em 1945, afirmou que para promover a saúde das pessoas, deveríamos ter uma relação equilibrada entre condições de vida, trabalho, educação, lazer e outras atividades da vida dos indivíduos. Enfatizou também a importância de uma ação integrada entre políticos e setores empresariais e sindicais. Para tanto, definiu quatro grandes tarefas para a medicina: a promoção da saúde; a prevenção da doença; o restabelecimento do doente e a sua reabilitação (MENDES, 1996; FERRAZ, 1999; WESTPHAL, 2006). Para WESTPHAL (2006), as reflexões de Sigerist já ressaltavam a importância de se atuar sobre os determinantes sociais para se produzir saúde.

Em 1965 Leavell e Clark desenvolveram a conhecida trilogia ecológica “homem-agente-meio”, postulada por Cockburn em 1963, como

um sistema de ações preventivo formulado em torno do conceito de uma “história natural das doenças”. Para esses autores, microorganismos interagem com o ambiente, que favorece ou não sua sobrevivência e multiplicação como agente etiológico (BREILH, 1991). A doença é vista, portanto, como um processo que depende das características do agente, do homem, e da resposta desse homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno (AROUCA, 2003). O trabalho desses dois sanitaristas foi importante, pois incluiu a promoção da saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades a serem realizadas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação para a saúde. Esses estudos consideravam que a doença possuía um ciclo evolutivo natural e propuseram medidas de intervenção para cada um dos seus diferentes estágios (WESTPHAL, 2006).

Anos mais tarde, conforme será apresentado adiante, estudiosos da Medicina Social e Saúde Coletiva questionaram a tríade ecológica proposta por Leavell e Clark, bem como o fato de esse modelo explicativo não considerar “os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde das populações” (WESTPHAL, 2006).

Na década de 1970, no Canadá, o Movimento de Promoção da Saúde desenvolveu-se a partir da divulgação do “*discussion paper*” denominado *The New Perspective for the Health of Canadians*, que veio a ser conhecido como Relatório Lalonde (CARVALHO, 2005).

O documento argumenta que, ante a diminuição da morbimortalidade por causas infecciosas, envelhecimento da população e aumento de doenças crônico-degenerativas, as ações de saúde devem ter por objetivo adicionar anos à vida e também acrescentar vida aos anos, de forma que permita ao ser humano usufruir oportunidades advindas da crescente

melhoria do quadro socioeconômico (CARVALHO, 2005). Partindo desta premissa, sugere um modelo (figura 1) “simples e aceitável onde permite uma rápida localização perante qualquer idéia, problema ou atividade relacionada à saúde: uma espécie de mapa território da saúde” (CARVALHO, 2005).

O argumento desse mapa território da saúde consiste em: saúde, definida como ausência da doença é resultado de um conjunto de determinantes que estão localizados no “campo da saúde”, é composto por quatro grupos explicativos: ambiente (composto do natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde, isto é fatores determinantes de saúde que existem fora da assistência médica (CARVALHO, 2005).

Figura. 1. Modelo de determinação do processo saúde-doença do Relatório Lalonde, Carvalho, 2005, p. 47.

Essa corrente de Promoção da Saúde procura romper com o modelo biomédico e sugerir perspectivas mais holísticas sobre a saúde. Move-se além do enfoque do modelo da história natural da doença ao enfatizar o papel das ações de promoção e a necessidade de se atuar visando alterar comportamentos não saudáveis (BUSS, 2000). No documento, Lalonde questiona o sendo comum segundo o qual a qualidade da saúde de um país torna-se equivalente à qualidade da atenção médica instalada e que, em consequências, reproduz a crença popular de que toda a melhora no estado

de saúde de uma população deriva exclusivamente de avanços na tecnociência médica (LALONDE, 1974).

Ainda na década de 70, conforme colocado anteriormente, na América Latina, autores como Breilh, no Equador, e Laurell, no México, desenvolveram estudos importantes sobre o tema da determinação social da saúde, como crítica à epidemiologia tradicional. Nessa perspectiva, as categorias centrais dos estudos desses autores foram reprodução social, modo de vida, determinação, classes sociais e perfil epidemiológico. Ainda segundo BREILH (2006), no final dos anos de 1970 os trabalhos desenvolvidos pelos diversos núcleos de medicina social da América Latina fizeram emergir a questão da determinação social da saúde, tornando visíveis a relação entre estrutura social e saúde e recuperando categorias fundamentais das ciências sociais críticas, como sistema econômico, trabalho e classe social, que haviam sido banidas dos modelos de saúde pública vigentes.

Nesse mesmo período, diversos pesquisadores brasileiros estudaram o desenvolvimento do conceito ampliado do processo saúde-doença, que serviu de embasamento teórico-conceitual para o surgimento e desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva. A Saúde Coletiva surgiu no âmbito da crise do sistema social da década de 1970, principalmente pelo aprofundamento da iniquidade social e pelas condições de vida subumanas (LAURELL, 1983, NUNES, 2000, 1995).

Surge um consenso mais ou menos generalizado de que para compreender e melhorar a saúde de uma população era necessário focalizar de forma proativa os padrões e modelos sociais que moldam as chances de pessoas e coletividades serem saudáveis, ao invés de se limitar a oferecer auxílio médico sanitário quando ficam doentes (AROUCA, 2003).

A Saúde Coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade, como processos de produção e

reprodução social; analisa as práticas sociais¹, procura compreender enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM & ALMEIDA-FILHO, 1998).

A Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, realizada em 1978, e a estratégia global Saúde para Todos, colocou ênfase na necessidade de se abordar os determinantes sociais. WESTPHAL (2006) observou que pela primeira vez a saúde foi reconhecida como um direito, a ser atendido não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas, também, por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade.

A partir deste marco, inicia-se uma efervescente discussão sobre a teoria da determinação social, que tenta explicar o processo saúde-doença, considerando a forma, segundo a qual, a sociedade se organiza e constrói sua vida social. A organização social apresenta também determinantes políticos, econômicos e sociais que interferem na distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades (BARATA, 2005).

Assim, tem-se o pressuposto de que o conceito de determinação deve ser compreendido e analisado a partir de como a sociedade se organiza, ou seja, de sua estrutura econômica e social, na medida em que essa dimensão subordina ou subsume as dimensões naturais (atinentes ao ambiente físico e à constituição genética e fisiológica dos indivíduos) (CEBES, 2009, p. 341).

A partir dos anos 80, foi dado bastante destaque à questão dos determinantes sociais de saúde no movimento de promoção de saúde que surgia. O reaparecimento do tema, segundo VILLAR (2007), seria devido à constatação dos efeitos do modelo neoliberal de desenvolvimento, fazendo ressurgir a preocupação com justiça social em decorrência do aumento das iniquidades em saúde.

1- práticas sociais, entendidos como um processo de transformação de grupos sociais em defesa da promoção da vida e de melhores condições para a sua realização.

Em 1980 Douglas Black publica o Relatório Black, no qual ele alerta sobre a importância da habitação, salário, alimentação, educação, ocupação, condições de trabalho e cultura como elementos essenciais na abordagem dos problemas de saúde. O relatório, partindo da definição de equidade, avaliou os serviços de saúde utilizando a estratificação da população em cinco grupos ligados às atividades profissionais; e mostrou que a desigualdade acentuou-se na Inglaterra, devido às iniquidades sociais que afetam a saúde, inclusive por gênero e raça (DHSS, 1980).

LAURELL (1983) analisou os dados do Sistema Nacional de Saúde inglês e demonstrou o caráter social da saúde/doença na medida em que a distribuição da doença e da morte varia de acordo com a inserção ocupacional dos grupos na sociedade – a população que pertence ao estrato mais pobre morre mais por todas as causas. Afirma ainda que o caráter social da saúde/doença manifesta-se empiricamente mais na coletividade do que no indivíduo, e que a saúde/doença possui uma dimensão biológica, psíquica e outra social.

Estas evidências reafirmam a importância da relação entre o modo como a sociedade se organiza e a saúde da população. Em outras palavras, a melhoria da qualidade de vida de grupos e coletivos passa necessariamente pela consideração de que a saúde é um bem comum e um direito do cidadão (CARVALHO, 2005, p. 55).

Em 1998, foi lançada, pelo escritório regional da Organização Mundial da Saúde da Europa, a primeira edição do relatório “*Social determinants of health: the solid facts*”, que teve como objetivo elencar dez aspectos inter-relacionados com os determinantes sociais de saúde, sua relação com a saúde e a construção de políticas saudáveis. São eles: hierarquia social, stress, primeiros anos de vida, exclusão social, trabalho, desemprego, suporte social, droga-adição, alimentação e transporte (WHO, 1998).

Nos anos 2000, as ações em determinantes sociais de saúde continuaram a se expandir, desenvolver e evoluir. Em Setembro de 2000, a

Organização das Nações Unidas desenvolveu uma agenda de desenvolvimento global. Essa agenda foi batizada de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e foi reconhecida por 189 países, com o objetivo de até 2015 produzir resultados.

Quadro 1 – Objetivos de desenvolvimento da ONU para o milênio. **Fonte:** MOREL, C.M, 2004.

Objetivo	Metas principais
1-Eradicação da pobreza extrema e da fome	Reduzir, entre 1990 e 2015, a proporção da população vivendo com menos de um dólar por dia
2-Universalização do acesso à educação	Garantir que em 2015 todas as crianças poderão completar o curso primário
3-Promoção da igualdade entre gêneros	Eliminar as desigualdades entre os gêneros para todos os níveis educacionais até 2015
4-Redução da mortalidade infantil	Reduzir em 2/3, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças até 5 anos
5-Melhoria da saúde materna	Reduzir em 3/4, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna
6-Combate a AIDS, malária e outras doenças	Até 2015 estabilizar a disseminação da AIDS e malária e começar a reverter essas epidemias
7-Promoção da sustentabilidade ambiental	Reverter o processo de perda dos recursos naturais Reduzir à metade a porcentagem das pessoas sem acesso a água potável Melhorar consideravelmente a vida de pelo menos 100 milhões de favelados
8-Desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento	Enfrentar as necessidades dos países menos desenvolvidos Desenvolver um sistema comercial e financeiro aberto, baseado em normas, previsível e não discriminatório Enfatizar a boa gestão pública e a redução da pobreza em cada país e internacionalmente.

As ações de combate à pobreza e à fome, de promoção de educação, de igualdade de gênero, de políticas de saúde, saneamento, habitação e meio ambiente são orientadas por 18 metas monitoradas por 48 indicadores

(conforme quadro 1), que incorporam o que é possível implementar, mensurar e comparar em escala mundial. A Organização Pan-Americana de Saúde reconhece o papel central da saúde nestes ODM, colocou o investimento em saúde no centro das preocupações desta nova agenda de desenvolvimento.

Nesse mesmo ano, no México, a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, reafirmou a urgência de serem trabalhados os determinantes sociais de saúde e a relevância do princípio da equidade.

A Carta de Toronto para um Canadá saudável, desenvolvido no Canadá, em 2002, corroborou o entendimento sobre determinantes sociais de saúde, e elencou como os mais influentes determinantes na sociedade canadense: primeiros anos de vida, educação, emprego, condições de emprego, segurança alimentar, moradia, renda e distribuição de renda, exclusão social, rede de segurança, desemprego e insegurança empregatícia.

Na VI Conferência Internacional da Promoção da Saúde, em Bangcoc na Tailândia em 2005, que trouxe como tema “Políticas e Parcerias para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais de saúde”, discutiu-se a questão da globalização e sua influência nas questões de saúde. Também se debateu sobre os aspectos negativos e os efeitos positivos da difusão de conhecimentos pelos meios tecnológicos de informação.

Nesse mesmo ano a Organização Mundial da Saúde implantou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), composta de vinte (20) membros, destacados líderes mundiais do mundo político, de governos, da sociedade civil e da academia. Lidera iniciativas mundiais para criar Comissões Nacionais em todo o mundo, com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas.

O Brasil foi o primeiro país a ter uma comissão oficial para estudos de DSS. Em 13 de março de 2006, composta por dezessete (17) personalidades expressivas de todos os setores da sociedade brasileira, social, cultural, científicas e empresarial, nomeado pelo Ministro da Saúde, foi constituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, através do Decreto Presidencial de 13/03/2006, com um mandato de dois anos, tendo como principais objetivos a produção de conhecimento e informações sobre os determinantes sociais no Brasil, o apoio ao desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde e a promoção de atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os determinantes sociais de saúde (BUSS, 2007; VILLAR, 2007).

A constituição da CNDSS expressa o reconhecimento de que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. As atividades da CNDSS têm como referência o conceito de saúde, tal como concebe a OMS, e o preceito constitucional de reconhecer a saúde com um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988).

O Decreto Presidencial que criou a CNDSS constituiu também um Grupo de Trabalho Intersetorial. O Grupo é integrado por diversos Ministérios relacionados com os DSS, além dos Conselhos Nacionais de Secretário Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS). O trabalho articulado da CNDSS com este Grupo é importante para que se multipliquem as ações integradas entre as diversas esferas da administração pública; e que as já existentes ganhem maior coerência e efetividade.

Finalmente, em 2008, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde, lança seu relatório final sob o título “As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil”. Ele é um produto de todo um trabalho

desenvolvido nos dois anos que se seguiram desde a sua criação, este relatório disserta sobre os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, assim como à aspectos relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural (CNDSS, 2008).

O relatório final da CNDSS propõe três recomendações fundamentais: 1) melhorar as condições de vida cotidiana; 2) lutar contra a distribuição desigual do poder, do dinheiro e dos recursos; e 3) medir e analisar o problema por meio de ações de cooperação intersetorial (CNDSS, 2008).

Portanto, verifica-se que o desenvolvimento da determinação do processo da saúde-doença, desde os primeiros trabalhos de William Petty e Veit Ludwing Seckendorff, respectivamente na Inglaterra e Alemanha, até criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, no Brasil, contribuiu de maneira significativa para o avanço no conhecimento da saúde pública e, especificamente, para os estudos em determinantes sociais da saúde.

A seguir apresenta-se uma descrição das várias contribuições e avanços acerca dos principais marcos teórico-conceitual dos determinantes sociais de saúde.

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Existem diferentes conceitos sobre o que são os determinantes sociais da saúde, havendo em comum entre eles que os DSS estão relacionados com a situação de saúde dos indivíduos e de grupos da população e que a saúde de membros de uma sociedade vai ser determinada pela maneira como ela se organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados.

A terminologia “determinantes sociais da saúde” passou a ser amplamente utilizado a partir de meados dos anos 1990. TARLOV (1996) foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática. Ele identificava quatro categorias de determinantes de saúde, estabelecidos da seguinte maneira: 1) fatores genéticos e biológicos; 2) atenção médica; 3) comportamento individual e 4) características sociais dentro das quais a vida se dá. Entre essas categorias, o autor ressalta as “características sociais”, entendendo sua predominância em relação às outras três.

Para RAPHAEL (2004), o conceito de DSS agrega e dá ênfase a fatores biomédicos e comportamentais, para esse autor, DSS são:

“...condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo. Determinantes sociais da saúde determinam também se os indivíduos se mantêm são ou se tornam enfermos. Determinantes sociais da saúde também determinam a extensão em relação a qual uma pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente. Determinantes sociais da saúde relacionam-se com a quantidade e qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível aos seus membros.”

Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS são considerados determinantes sociais de saúde os fatores sociais, econômicos, culturais, ético-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A Organização Mundial da Saúde adota uma definição mais sucinta, segundo a qual os determinantes sociais de saúde são as condições sociais em que os indivíduos vivem e trabalham.

Entre os determinantes sociais de saúde existem aqueles que se referem a quantificações e qualificações absolutas – o caso de renda, alimentação e saneamento – e aqueles que se referem a quantificações e qualificações relativas – o caso de distribuição de renda, coesão social e posição hierárquica (DOWBOR, 2008).

Dentre os diversos determinantes sociais de saúde encontrados durante o levantamento bibliográfico dessa pesquisa, os mais citados foram: acesso a serviço de saúde, iniquidade em saúde, empoderamento, inclusão social, nutrição, modelos de atenção à saúde, renda, educação, lazer, ambiente de trabalho, equidade, distribuição de renda, recursos sustentáveis, ecossistema saudável e saneamento.

Assim como identificado por ALMEIDA-FILHO (2002), desde as últimas décadas podemos observar, tanto na literatura nacional, como na internacional, um avanço significativo no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais, que conforme WHITEHEAD (1992), além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias

3.2 MODELOS DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Nos últimos anos, vários modelos foram sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos mediante os quais os determinantes de saúde afetam os resultados na saúde. Esses modelos são importantes para demonstrar as formas de contribuição dos determinantes sociais de saúde sobre os vários grupos sociais.

Dentre os principais modelos, há aqueles propostos por Dahlgren e Whitehead (figura 2); Diderichsen e Hallqvist, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (figura 3); Mackenbach (figura 4); e o modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson (figura 5).

O modelo de Dahlgren e Whitehead apresenta quatro níveis inter-relacionados nos quais as políticas podem ser tratadas e observadas, através do (a):

- Fortalecimento dos Indivíduos - elaboração de políticas de apoio aos indivíduos em circunstâncias desfavoráveis que permitem alterar seu comportamento em relação aos fatores de risco pessoais, ou a lidar melhor com os estresses e desgastes causados por danos externos;
- Fortalecimento das Comunidades – políticas voltadas à finalidade de união das comunidades em desvantagem para obter apoio mútuo. Essas políticas reconhecem a importância da coesão social para a sociedade, assim como a necessidade de criação de condições em locais carentes para que as dinâmicas das comunidades funcionem;
- Melhoria do acesso a locais e serviços essenciais – essas políticas têm a finalidade de assegurar um melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, serviços essenciais de saúde, serviços educacionais e bem-estar;
- Encorajamento macro-econômico e mudanças culturais – essas políticas têm por escopo a redução da pobreza e os efeitos mais amplos das desigualdades sobre a sociedade, dentre elas, estão as políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, o encorajamento dos valores e a promoção de oportunidades iguais e de controle de ameaças ao ambiente em nível nacional e internacional.

Esse modelo explica como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais de saúde dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada mais distante, onde se situam os macro determinantes, como pode ser visto na figura 2, que se segue, já mencionada.

No primeiro nível no centro da figura, aparecem os fatores individuais de idade, sexo e fatores genéticos, que exercem influência sobre o potencial de saúde de uma coletividade. No segundo nível, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais, as pessoas exposta a circunstâncias de desvantagens e tendem a exibir uma prevalência maior de fatores comportamentais, tais como o fumo, dietas não nutritivas, ou seja, tendem a escolher um estilo de vida menos saudáveis.

Figura 2. Modelo de Dahlgren e Whitehead. Fonte: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH

No terceiro nível, a figura 2 destaca a influência das redes sociais e comunitárias de apoio, como de fundamental importância para a saúde da sociedade, essas interações sociais podem apresentar influências no comportamento pessoal dos indivíduos tanto para melhor quanto para pior. O nível seguinte focaliza os fatores relacionados à condição de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambiente e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições desfavoráveis ou estressantes de trabalho e acesso diferenciado aos serviços sociais de saúde (BUSS, 2007).

No último nível situam-se os macro determinantes relacionados às condições socioeconômicas e culturais e ambientais gerais da sociedade. Essas condições influenciam todas as outras camadas, por exemplo, o padrão de vida de uma dada sociedade, pode influenciar a escolha de um indivíduo sobre habitação, trabalho e interações sociais, assim como seus hábitos alimentares.

Outro modelo foi proposto por Diederichsen e Hallqvist, em 1998 foi adaptado por Diederichsen, Evans e Whitehead (2001). Este modelo (figura 3) enfatiza que as oportunidades em saúde dos indivíduos serão determinadas de acordo com sua posição social.

A figura 3, (I) representa o processo de delegação de posições sociais aos indivíduos, em função do contexto social e das políticas de Estado. Segundo os autores de acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde representado na figura por (II); o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de consequência social ou física, uma vez contraída a doença (IV). Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (BUSS, 2007).

Figura 3. Modelo de Diederichsen e Hallqvist. Fonte:
http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH

A partir desse modelo podem-se identificar pontos ou níveis de ação para as intervenções e políticas:

- As que influenciam a **estratificação social** – promoção de políticas que diminuem as desigualdades sociais, tais como, o mercado de trabalho, a educação, as políticas de bem-estar para a família, e afirma ser necessária uma avaliação sistêmica das políticas sociais e econômicas, com a finalidade de mitigar seus efeitos sobre a estratificação social;
- As que diminuem o diferencial de **exposição a fatores que prejudicam a saúde** – os autores desse modelo afirmam a necessidade de políticas de saúde que busquem combater as desigualdades na saúde que afetam especificamente a exposição de pessoas em posição de desvantagem, tais como, população morando em áreas perigosas;
- Diminuição da **vulnerabilidade** das pessoas em desvantagem a condições que prejudiquem a sua saúde – políticas que tenham por finalidade a redução da vulnerabilidade que somente poderá ser alcançada com a redução das várias exposições que interagem, ou com a melhoria significativa das condições sociais, como por

exemplo, ações que visem à educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos.

- Intervenção no sistema de saúde para reduzir as **consequências desiguais do mau estado de saúde** e prevenir uma degradação sócio-econômica maior entre as pessoas em desvantagem que adoecem, como por exemplo, recursos adicionais para os programas de reabilitação com a finalidade de reduzir os efeitos das doenças sobre as pessoas, acesso a cuidados de reabilitação e o financiamento igualitário da atenção a saúde.

O modelo seguinte, de Mackenbush (figura 4) enfatiza os mecanismos que geram as desigualdades na saúde: seleção *versus* causa. Onde o número “1” representa os processos de seleção dos efeitos dos problemas de saúde em idade adulta sobre a posição sócio-econômica desses adultos, e dos efeitos da saúde na infância sobre a posição sócio-econômica dos adultos e sobre os problemas de saúde em idade adulta.

O número “2” é um mecanismo de causa sobre três grupos de fatores de risco intermediários entre a posição socioeconômica e os problemas de saúde, tais como fatores de estilo de vida, fatores estruturais/ambientais, fatores psicológicos e relacionados ao stress. O modelo inclui o ambiente na infância, os fatores culturais e os fatores psicológicos nesta cadeia causal, e demonstra sua contribuição às desigualdades na saúde, tanto como fator de seleção como fator causal (MACKENBASH, 1994).

Figura 4. Modelo de Mackenbach. Fonte:

http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH

O modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson (Figura 5) foi desenvolvido para ligar as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva). Ele liga o padrão social à saúde e à doença por caminhos materiais, psico-sociais e comportamentais. Fatores genéticos, de infância e culturais também são influências importantes sobre a saúde da população (CNDSS, 2005).

Esse modelo foi utilizado para ilustrar como as desigualdades socioeconômicas em resultados de saúde são consequências das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida.

Figura 5. Modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson. Fonte:
http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH

MARMOT (1996) demonstrou o quanto o controle e a autonomia dos indivíduos sobre a sua própria vida são determinantes decisivos da saúde, especialmente quando comparados às ações para desestimular o hábito de fumar, por exemplo. WILKINSON (1992) demonstrou o quanto as iniquidades, mais do que a pobreza em si, podem explicar a morbidade e mortalidade por doenças cuja prevenção é possível nas sociedades industrializadas.

Os quatro modelos apresentados mostram-se extremamente importantes para o entendimento dos determinantes sociais da saúde e identificam pontos fundamentais para a construção e aperfeiçoamento das análises de políticas e programas de intervenção em saúde, assim como evidenciam a diversidade de possibilidades de atuação sobre os determinantes sociais de saúde.

É um consenso no âmbito da leitura desses modelos de DSS que os indivíduos são fortemente determinados por sua posição na sociedade. Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social, desde os níveis mais amplos, em que são observadas as relações econômicas e

macrossociais, até os níveis mais íntimos onde são analisadas as características pessoais e individuais de um indivíduo ou de um grupo. Ou seja, o indivíduo de acordo com a sua posição social no ordenamento social terá acesso, por exemplo, a melhores serviços de saúde, melhores condições de habitação e ambiental, menor restrição no acesso a alimentação e a outros bens fundamentais.

De acordo com o enfoque dos DSS o nível de saúde seria decorrente da estratificação social que configura determinado contexto ou território e que determina a distribuição desigual dos fatores produtores de saúde – materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais. Conforme elucida ZIONI & WESTPHAL (2007), as desigualdades econômicas expressas pela posição que se ocupa na estratificação social determinariam uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, aumentando as iniquidades da área. Combater a desigualdade seria uma garantia de melhora do nível de saúde e para o combate à desigualdade há que se desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.) e garantir-se a participação e o empoderamento das populações” (ZIONI & WESTPHAL, 2007).

No artigo citado as autoras discutem o que se apresenta como um paradoxo entre uma abordagem que enfatiza o peso das estruturas sobre o ator social ao mesmo tempo em que invoca a participação social como condição “*sine qua non*” para o enfrentamento dos DSS. Consideram que a compreensão dos problemas sociais e de saúde pode vir a ganhar com abordagens que enfatizem o ponto de vista do ator, enriquecendo-se análises que, normalmente, ficariam restritas a aspectos estruturais, institucionais ou econômicos. Afirmam ainda que “o ponto de contato entre esses enfoques parece ser a preocupação com a real participação das comunidades.”

Diante da existência de vários modelos conceituais sobre DSS será abordado nesse trabalho como referencial o mesmo modelo adotado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde que opta pelo

modelo de Dahlgren e Whitehead, pois segundo a CNDSS, apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades, a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e principalmente pela clareza na visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2008).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica de docentes, pesquisadores e alunos da Faculdade de Saúde Pública da USP sobre Determinantes Sociais de Saúde entre os anos de 2004 a 2008, com a finalidade de descrever as principais preocupações, as áreas de interesse e as tendências temáticas presente nesses estudos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a situação da produção científica sobre determinantes sociais de saúde na Faculdade de Saúde Pública – USP;
- Identificar os tipos de produção (artigos científicos, teses de doutorado e dissertação de mestrado);
- Identificar o método e o referencial teórico explicitado nas produções científicas;

5. METODOLOGIA

Segundo Minayo, a metodologia a ser empregada em um trabalho científico pode ser entendida como o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas” (MINAYO, 1994).

Conforme essa autora é preciso pensar a metodologia como a articulação entre conteúdos, pensamentos e existência, pois esta inter-relação inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.

Assim, o método escolhido deve ser aquele “útil para arar o terreno empírico que temos em frente”, o quanto ele permite a aproximação da realidade estudada e que possa ser aplicada a um problema específico da pesquisa. Do mesmo modo, o método escolhido deve ser aquele cuja abordagem, a partir da identificação e reconhecimento das especificidades, pode ser mais incorporada ao desenho da pesquisa (SERAPIONI, 2000).

Conforme ZIONI (2005), uma pesquisa pode ter diferentes graus de profundidade; o conhecimento a ser produzido por um pesquisador pode destinar-se a diferentes finalidades, dependendo de cada situação e dos recursos disponíveis. Qualquer que seja o dimensionamento de um processo de pesquisa, a maior ou menor profundidade dos objetivos perseguidos, ela sempre deve cumprir com as exigências de um rigor metodológico, rigor esse que não significa uma rigidez ou formalismo na seleção dos métodos e técnicas de pesquisa.

5.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Para a reflexão sobre o tema proposto, optamos pela realização de um levantamento e análise da bibliografia científica de docentes,

pesquisadores e alunos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo entre os anos de 2004 a 2008.

A escolha da pesquisa bibliográfica como ferramenta a ser empregada para o desenvolvimento desse estudo foi em decorrência de a mesma constituir-se como uma modalidade de investigação específica, em que são localizados materiais escritos para a obtenção de informações sobre o tema alvo de estudo. A pesquisa bibliográfica costuma ser empregada também para a fundamentação temática e teórica de um estudo, fornecendo suporte para a problemática, pois além de referir os trabalhos de maior relevância, contextualiza teoricamente o problema, em decorrência de investigações anteriores (SPINOLA, 2005).

5.2 BASES DE DADOS SELECIONADAS E ESTRATÉGIAS DE BUSCA

A coleta de dados na produção científica sobre os Determinantes Sociais de Saúde na FSP-USP baseou-se na consulta das seguintes bases de dados:

- SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) www.scielo.org ;
- Banco de dissertação e teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) www.capes.gov.br;
- Banco de dissertação e teses da USP (Universidade de São Paulo) www.teses.usp.br;
- BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) www.bvsalud.org.

Essas bases de dados incluem informações e referências sobre as produções científicas na FSP-USP.

5.3 DELIMITAÇÃO DO PERÍODO DE ESTUDO

Para efeito deste trabalho realizamos a busca por produções no período correspondente de janeiro de 2004 a dezembro de 2008, e o período da coleta de dados aconteceu em duas etapas, a primeira de março a julho de 2008, e a segunda em abril e agosto de 2009. Por produção científica, para efeito dessa pesquisa, entende-se a produção científica bibliográfica, na forma de artigos, teses de doutorado e dissertações de mestrado.

5.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A busca pelas produções foi definida com base nos seguintes critérios:

- Publicações dos anos de 2004, 2005, 2006, 2007 e 2008;
- Publicações cujo autor ou co-ator fosse docente, aluno ou funcionário da FSP-USP;
- Publicações que contivessem resumos.

É oportuno registrar que foram excluídos desta coleta editoriais, notas, opiniões, comunicações, resumos de conferências em congressos e outros formatos de textos que, embora publicados em revistas científicas indexadas, não se apresentavam com a estrutura de artigo científico.

5.5 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Utilizamos descritores e sub-descritores durante a coleta de dados na tentativa de encontrar um maior número possível de resultados. Os descritores utilizados foram:

- Saúde pública;
- Promoção da saúde;
- Políticas públicas;

- Saúde ambiental.

Estes descritores foram cruzados, com os seguintes sub-descritores: desenvolvimento sustentável, educação em saúde, nutrição, rede social, saúde do trabalhador, iniquidades em saúde, exclusão social, empoderamento, qualidade de vida, renda, saneamento, acesso a serviços de saúde, atenção à saúde, lazer, resultando em um vasto volume de informações.

Em um segundo momento, houve aproximação com o material coletado, no sentido de verificar a sua apropriação como fonte de estudo. Assim, foi realizada uma leitura individual de cada resumo, verificando a sua pertinência e adequação ao presente objeto de estudo. Os resumos que mantinham relação com o objetivo da pesquisa foram distribuídos por tipo de produção (artigo científicos, dissertação de mestrado e teses de doutorado) e catalogados conforme modelo de ficha em anexo (Anexo 1 e 2). Desta ficha analisaram-se os itens estabelecidos para o foco deste estudo.

Em seguida, realizou-se uma ordenação desta produção por título, autoria, ano de publicação, periódico e citação da agência de financiamento. Para o caso específico das dissertações de mestrado e teses de doutorado, estas foram ordenadas conforme título, autoria, ano de publicação e agência de financiamento.

Em um terceiro momento, este corpo documental passou por uma leitura ainda mais criteriosa, a fim de extrair-se dos resumos e do corpo do texto a área de concentração da Faculdade de Saúde Pública da USP em que estão sendo produzidos estudos sobre DSS (serviço de saúde pública, epidemiologia, nutrição ou saúde ambiental); procurou-se também classificar a opção metodológica utilizada nestes estudos, ou seja, se é estudo qualitativo, quantitativo, quali quantitativo, de intervenção, revisão ou ensaio; e por fim quanto à categoria temática dos determinantes sociais de saúde que os trabalhos enfatizam.

5.6 TABULAÇÃO DOS DADOS

Os dados registrados na ficha de coleta foram tabulados por meio de programa informático Microsoft Excel edição 2007 e apresentados em gráficos de números absolutos e percentuais.

A categorização dos dados originou gráficos que permitiram fazer uma análise e discussão com a literatura pertinente.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento da produção científica sobre Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desenvolvida pelo seu corpo docente, discente e funcionários, permitiu identificar e constatar diversas características desta produção, tendo como base a análise dos resumos e do corpo do texto de artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

O levantamento possibilitou identificar um total de 48 (quarenta e oito) produções. A lista desta produção científica sobre determinantes sociais da saúde encontra-se nos quadros 2, 3 e 4, apresentadas a seguir, nas quais informa o título, autor, ano de publicação, periódico e agência de fomento.

Primeiramente serão apresentados os dados relativos ao ano de publicação e os tipos de produções identificados neste levantamento. Mais adiante serão apresentados os dados quanto às dissertações e teses defendidas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e quanto ao aspecto por área de concentração. Na última parte os dados quanto à agência de financiamento e ao procedimento metodológico utilizados nestas produções da FSP-USP serão apresentados e, por fim, serão abordados os dados relativos à identificação temática desta produção.

Quadro 2 – Relação dos artigos científicos recuperados e identificados por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, produzidos por docentes, discente e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo de 2004 a 2008.

	Título	Nome do(a) primeiro(a) autor(a)	Ano	Periódico	Agência(s) financiadora (s)
1	Condições de Saneamento básico em Iporanga, Estado de São Paulo	Giatti, LL; <i>et al</i>	2004	Revista de Saúde Pública	Não consta
2	Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana	Queiroz, CMB; <i>et al</i>	2004	Ciência e Saúde Coletiva	Não consta
3	Saúde, Empoderamento e Triangulação	Lefèvre, F; <i>et al</i>	2004	Saúde e Sociedade	Não consta
4	Agendas urbanas intersectoriais em quatro cidades de São Paulo	Mendes, R; <i>et al</i>	2004	Saúde e Sociedade	OPAS
5	Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não	Bydlowski, CR; <i>et al</i>	2004	Saúde e Sociedade	Não consta
6	Tendências da morbi-mortalidade por AIDS e condições socioeconômicas no Município de São Paulo	Farias, N; <i>et al.</i>	2004	Rev.. Bras. Epidemiologia	Não consta
7	Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta a Terceira Idade	Cervato, AM; <i>et al</i>	2005	Revista de Nutrição	Não consta
8	Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo	Goldbaum, M; <i>et al</i>	2005	Revista de Saúde Pública	Não consta
9	Mortalidade por Aids e indicadores sociais no Município de São Paulo, 1994 a 2002	Farias, N; <i>et al</i>	2005	Revista de Saúde Pública	Não consta
10	Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo	Gawryszewski, VP; <i>et al</i>	2005	Revista de Saúde Pública	Não consta
11	Exclusão Social: noção ou conceito?	Zioni, F.	2006	Saúde e Sociedade	Não consta
12	Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil	Barros, MBA; <i>et al.</i>	2006	Ciência & Saúde Coletiva	Não consta
13	Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para	Ribeiro, MCS; <i>et al</i>	2006	Ciência e Saúde Coletiva	Não consta

	usuários e não-usuário do SUS-PNAD 2003				
14	Fatores associados à doença pulmonar em idosos	Francisco, PMSB; <i>et al.</i>	2006	Revista de Saúde Pública	FAPESP/ CNPq / CAPES
15	“Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade	Meyer, DEE; <i>et al</i>	2006	Caderno de Saúde Pública	Não consta
16	Prevalência de Parasitos Intestinais e Aspectos Socioambientais em Comunidade indígena no Distrito de lauretê, Município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil	Rios, L; <i>et al</i>	2007	Saúde e Sociedade	CNPq / FAPESAM
17	Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil	Zaitune, MPA; <i>et al</i>	2007	Caderno de Saúde Pública	FAPESP/ CAPES
18	Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde	Almeida, MHM; <i>et al</i>	2007	Interface – Comunic.,Saúde, Edu.	Não consta
19	Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos	Souza, ESS; <i>et al</i>	2007	Revista Escola de Enfermagem	Não consta
20	Qualidade de vida e saúde vocal de professores	Penteado, RZ; <i>et al</i>	2007	Revista de Saúde Pública	Não consta
21	Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros	Tavolaro, P; <i>et al</i>	2007	Revista de Saúde Pública	Não consta
22	Hipertrofia das Mediações, Internet e Empoderamento, no campo da Saúde-Doença	Lefèvre, F; <i>et al</i>	2007	Saúde e Sociedade	Não consta
23	O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social	Zioni, F; <i>et al</i>	2007	Saúde e Sociedade	Não consta
24	Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família	Martins, IS; <i>et al</i>	2007	Ciência e Saúde Coletiva	Não consta
25	Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica	Pelicioni, MCF; <i>et al</i>	2007	Mundo Saúde	Não consta
26	Saúde e nutrição infantil na Amazônia Ocidental Brasileira: inquéritos de base	Muniza, PT; <i>et al.</i>	2007	Caderno de Saúde Pública	FAPESP/ CNPq

	populacional em dois municípios acreanos				
27	Impactos na Saúde das Deficiências de Acesso a Água	Razzolini, MTP; <i>et al</i>	2008	Saúde e Sociedade	Não consta
28	Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo	Louvison, MCP; <i>et al</i>	2008	Revista de Saúde Pública	FAPESP
29	Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas	Lima, MCP; <i>et al.</i>	2008	Revista de Saúde Pública	FAPESP
30	Fatores associados à qualidade da dieta de adultos residentes na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil, 2002	Morimoto, JM; <i>et al</i>	2008	Caderno de Saúde Pública	CNPq
31	Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde	Chiesa, A M.; <i>et al</i>	2008	Caderno de Saúde Pública	FAPESP

Quadro 3 – Relação das Dissertações de Mestrado recuperadas e identificadas por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, defendidas entre 2004 e 2008 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

	Título	Autor(a)	Ano	Agência (s) financiadora (s)
1	As condições de vida e de trabalho dos trabalhadores da indústria da construção civil, na perspectiva da promoção da saúde: o caso de Bertioga	Caricari, AM	2004	Não consta
2	O adolescente em situação de risco social: uma intervenção para promoção da saúde	Sebastiani, RW	2004	Não consta
3	Consumo dietético e fatores associados em adolescentes residentes em áreas da Região Sudoeste da Granja São Paulo	Fernandez, PMF	2005	CAPES / CNPq
4	Alguns indicadores de saúde em estratos geográficos e socioeconômicos de São José dos Campos, SP: análise de desigualdades	Becker, LRS	2005	Não consta
5	Estudo do processo de construção da Agenda 21 nas escolas da Diretoria de Ensino de Jundiaí-SP	Formis, CA	2006	Não consta
6	Evolução das condições sanitárias e ambientais na periferia Sul do Município de São Paulo: estudo de caso, Subprefeitura de Capela do Socorro	Romeu, L FS	2006	Não consta
7	As agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local: possibilidades de diálogos, articulações e de convergência	Duarte, MF	2006	Não consta
8	Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo	Louvison, MCP	2006	Não consta
9	Índice de qualidade da dieta e seus fatores associados em adolescentes do Estado de São Paulo	Andrade, SC	2007	CAPES / CNPq / FAPESP
10	Renda <i>per capita</i> e distúrbios nutricionais da população idosa, não institucionalizada, do município de São Paulo: um estudo baseado na pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE	Simões, FC	2007	Não consta
11	Análise de intervenção em área de mananciais no município de São Bernardo do Campo: estudo do caso Programa Bairro Ecológico	Setti, AFF	2008	FAPESP

Quadro 4 – Relação das Teses de Doutorado recuperadas e identificadas por base de dados a partir das etapas de leitura exploratória e analítica, defendidas entre 2004 e 2008 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

	Título	Autor (a)	Ano	Agência(s) financiadora(s)
1	Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida	Rosa, TEC	2005	Não consta
2	Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação do distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira	Toledo, RF	2006	CAPES
3	Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná, à luz do princípio da diferença	Pinto, MHB	2006	Não consta
4	Agente comunitário de saúde e empoderamento: o caso da coordenadoria de saúde da Lapa	Bedin, N	2006	Não consta
5	Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo	Presoto, LH	2008	Não consta
6	O trabalho com determinantes sociais da Saúde no Programa Saúde da família do município de São Paulo	Dowbor, TP	2008	CNPq / FAPESP

6.1 ANO

Quanto ao número de produções científicas por ano, podemos observar no gráfico 1 que foram recuperados e identificados nos anos de 2004 oito (8) e 2005 sete (7) produções cada. A partir de 2006 apresentou-se uma pequena tendência de crescimento, passando esse número para um total de doze (12) produções recuperadas. Esta tendência indica um aumento no desenvolvimento científico das questões sobre Determinantes Sociais da Saúde - DSS. Entretanto, o pico deu-se no ano de 2007 onde foram identificadas treze (13) produções, seguido de um declínio das

produções científicas no ano de 2008, pois somente oito (8) produções foram encontradas.

Essa diminuição do número de produções científicas sobre DSS no ano de 2008, provavelmente é resultante da não publicação e/ou da não defesa das produções até período em que foram realizadas as coletas dos dados.

Gráfico 1 – Frequência da produção bibliográfica sobre DSS, na FSP-USP entre os anos de 2004 a 2008.

6.2 TIPO DE PRODUÇÃO

O gráfico 2 representa a distribuição das produções científicas recuperadas quanto ao tipo de produção (artigos, dissertação de mestrado e tese de doutorado). Observamos que 65% das produções científicas sobre Determinantes Sociais da Saúde - DSS da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo são compostas de artigos publicados em revistas

indexadas, 23% são dissertações de mestrado e 12% de teses de doutorado.

Gráfico 2 – Frequência relativa por tipo de produção bibliográfica sobre DSS, na FSP-USP entre os anos de 2004 a 2008.

6.3 TESE DE DOUTORADO E DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

O ano de 2006 concentrou aproximadamente dois quintos das defesas (41%), seguido dos anos de 2005 com 17,6% e 2008 com 17,6%, conforme verificado no gráfico 3 abaixo. Das 17 teses desenvolvidas na Faculdade de Saúde Pública da USP, 11 são dissertações e seis são teses.

Gráfico 3 - Frequência da quantidade de teses de doutorado e dissertações de mestrado produzidas na FSP-USP nos anos de 2004 a 2008.

6.4 ARTIGO EM PERIÓDICO

A comunicação científica é importante para o desenvolvimento de conhecimento, pois tem por objetivo a divulgação dos resultados da pesquisa à comunidade científica, aos especialistas ou à comunidade como um todo, com o intuito de favorecer a geração e a disseminação de conhecimento. Uma das formas de se alcançar esse objetivo é através da divulgação em revistas especializadas sobre determinado tema e em determinado local e indexadas em base de dados.

É através da publicação de artigos que o pesquisador obtém um indicador de seu desempenho acadêmico e, principalmente, promove a sua integração entre os cientistas que, mesmo distantes fisicamente, possuem

pesquisas e interesses afins. Constroem-se, assim, as chamadas comunidades científicas e sendo a publicação o seu principal meio de comunicação acadêmica (OHIRA *et al*, 2000).

Em relação à publicação dos artigos desenvolvidos na FSP-USP sobre determinantes sociais da saúde, observa-se no gráfico 4 que todas os periódicos são indexados, e que a Revista de Saúde Pública (com nove) e a Revista de Saúde e Sociedade (com oito artigos científicos) foram os meios de comunicação científica onde recuperou-se o maior número de artigos sobre DSS.

Gráfico 4 – Frequência de artigos científicos sobre DSS desenvolvidos na FSP-USP e publicados em periódicos indexados em base de dados nos anos de 2004 a 2008.

6.5 FINANCIAMENTO

O gráfico 5 representa a porcentagem das produções da FSP-USP que informavam ou não informavam financiamento no período de 2004 a

2008. Podemos observar que em 71% das produções não foi possível identificar a origem dos recursos empregados para realização dos estudos. Dos 14 estudos (29%) que identificaram a fonte de recursos, foram citadas: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Ministério da Saúde (MS).

NARVAI e ALMEIDA (1998), ao avaliar as publicações brasileiras na área de odontologia preventiva e social, depararam-se com situação semelhante e destacaram a importância da realização de investigações mais aprofundadas sobre o significado para melhor compreender se ele se dá porque os autores não consideram importante registrar as fontes de financiamento, se estão realizando pesquisa com seus próprios recursos, se há falta de valorização das atividades de pesquisa ou se as pesquisas são consideradas atividades secundárias em relação a outras atividades de maior importância.

No Brasil, os financiamentos das atividades de pesquisa e desenvolvimento mantêm uma proporção de gastos em relação ao Produto Interno Bruto de pouco mais de 1% em 2005, sendo que segundo o IBGE, esta proporção foi de 1,22% em 2000 e de 1,17% em 2005, e que comparado a outros países como o Japão (3,15%), a Coreia (2,6%) e aos EUA (2,6%), é muito baixo, dados da UNESCO (CNDSS, 2006).

Ainda sobre a importância do financiamento em pesquisa, MOREL (2004), reforça a necessidade de se ampliar as fontes de financiamento, e recursos disponíveis como prioridade para pesquisas em Saúde, afirma que essa resultante insuficiência de recursos para a pesquisa em saúde exige das agências financiadoras um árduo trabalho de priorização e seleção de programas e projetos, onde por muitas vezes são deixados de ser

aproveitado todo o potencial existente nos setores acadêmicos, tecnológicos e produtivos.

Ressalva-se, entretanto que não foi objetivo deste trabalho avançar na elucidação dessas questões.

Gráfico 5 - Frequência da produção científica sobre DSS realizadas na FSP-USP segundo informação de obtenção de financiamento, nos anos de 2004 a 2008.

6.6 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, até 2007 era composto por cinco áreas de concentração: epidemiologia; saúde ambiental; serviços de saúde pública; saúde, ciclos de vida e sociedade; e nutrição. Após alteração e aprovação de regimento no ano de 2007, houve a criação do Programa de Pós-Graduação de Nutrição em Saúde Pública, passando o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública a ser composto por pelas outras quatro áreas de concentração (epidemiologia; saúde ambiental; serviços de saúde pública e saúde, ciclos de vida e sociedade). Entretanto, para efeito dessa pesquisa, os resultados advindos da coleta de dados que indicavam pertencer a área de concentração nutrição ou ao Programa de Pós-

Graduação de Nutrição em Saúde Pública, optou-se por manter classificado dentro da antiga área de concentração Nutrição.

Em termos de distribuição das defesas sobre determinantes sociais da saúde realizadas na FSP-USP conforme as áreas de concentração, observa-se no gráfico 6, que no período de 2004 a 2008, a área de Serviço de Saúde Pública foi a área que apresentou o maior número de defesas de teses de doutorado e dissertações de mestrado sobre DSS com um total de 10, seguida da área de concentração em Nutrição, com quatro defesas.

Gráfico 6 – Frequência da produção discente da Pós-Graduação sobre DSS defendidas na FSP-USP conforme a área de concentração do programa de pós-graduação em saúde pública, nos anos de 2004 a 2008.

6.7 OPÇÃO METODOLÓGICA

Em relação à opção metodológica utilizada nas produções científicas recuperadas sobre determinantes sociais da saúde na FSP-USP, observa-se no gráfico 7 que em 30% das produções desenvolveram-se estudos

qualitativos, em 26% estudos qualiquantitativos, em 19% estudos quantitativos, em 18% revisão e em 7% ensaio.

Gráfico 7 - Frequência das opções metodológicas identificadas nas produções científicas sobre DSS realizadas FSP-USP nos anos de 2004 a 2008.

Semelhante resultado foi encontrado por EGRI et al. (2005) em uma pesquisa na qual se analisou teses de doutorado e dissertações de mestrado provenientes da área de concentração em Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade de Saúde Paulo. Nesta pesquisa desenvolvida no Departamento de Enfermagem, em 72% dos trabalhos analisados houve predominância de estudos qualitativos, seguidos pelos quantitativos.

É importante enfatizar que durante o levantamento dos dados encontrou-se dificuldades em relação à identificação das opções metodológicas por não estarem claramente explicitadas nos resumos e nem no corpo do texto ou adequadas ao conteúdo do texto publicado.

6.8 POPULAÇÃO ESTUDADA

Pode-se observar no gráfico 8 a seguir, que em relação a identificação da população estudada, nas produções científicas em 34 (70,8%) estudos do 48 selecionados o(s) autor(s) houve a identificação do sujeito de pesquisa, enquanto que nos outros 14 (29,2%) estudos avaliados a identificação da população estudada não era requisito do objeto dos estudos. Ou seja, não era o caso de identificá-la, sendo pertinente categorizar com “não identificado”.

Nessas 34 produções científicas onde foi possível a identificação da população estudada, foram registrados os seguintes sujeitos de pesquisa: idosos, adultos na faixa etária de 25 a 49 anos, adolescentes, crianças comunidades indígenas, população de rua, unidades de saúde e estudos sobre municípios.

Gráfico 8 – Representação da identificação nas produções científicas sobre DSS na FSP-USP em relação da população estudada.

■ Identificou ■ Não Identificou

6.9 TEMA

A produção científica sobre determinantes sociais da saúde desenvolvidas na FSP-USP que originou teses de doutorado, dissertações de mestrado e artigos científicos ocuparam-se de uma ampla variedade de objetos e temas de investigação. Dentre os 48 trabalhos recuperados e identificados durante a coleta de dados, o tema *iniquidade em saúde* foi o mais frequente, tendo sido abordado 15 vezes. Em seguida o tema *empoderamento* e *qualidade de vida*, respectivamente apresentados 11 e 9 vezes.

Gráfico 9 - Distribuição da produção científica sobre DSS realizada na FSP-USP, conforme enquadramento temático, nos anos de 2004 a 2008.

A seguir, apresentam-se análises referenciadas das categorias avaliadas sobre determinantes sociais da saúde, que são: Iniquidade em Saúde; Empoderamento; Qualidade de Vida; Nutrição; Educação em Saúde;

Saúde do Trabalhador; Saneamento; Renda; Rede Social e Desenvolvimento Sustentável.

6.9.1 INIQUIDADE EM SAÚDE

Ao todo foram identificadas 15 produções científicas enquadradas nesta temática. Estudos sobre iniquidades em saúde não são recentes, existe uma longa trajetória epidemiológica que antecede a incorporação do conceito de equidade como orientador das políticas de saúde. Não foi escopo desse trabalho dialogar acerca do conceito de equidade e de sua origem.

Situação semelhante foi encontrada por PELLEGRINI FILHO (2004) para a América Latina, onde se identificou um crescente interesse em se estudar o tema das iniquidades em saúde. Neste estudo bibliométrico para a América Latina foram analisados 576 artigos produzidos entre 1971 e 2000, indexados em diferentes bases de dados, onde se constatou que a produção dos últimos sete anos ultrapassou a dos 23 anos anteriores (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Tem sido adotada consensualmente a definição de MARGARETH WHITEHEAD (1992) para iniquidades em saúde, como premissa básica, equidade em saúde equivaleria a justiça no que se refere a situação de saúde, qualidade de vida e sobrevivência posto que, idealmente, todos e todas as pessoas têm direito a uma justa possibilidade de realizar seu pleno potencial de saúde e que ninguém estará em desvantagem para realizar esse direito. A autora faz distinção entre diferenças de saúde inevitáveis, e diferenças consideradas injustas, sendo estas últimas as que devem ser objeto das políticas de saúde. Para ela, o termo iniquidades se refere a diferença que são desnecessárias e evitáveis, sendo estas consideradas injustas. Assim, as causas inevitáveis referem-se aos determinantes

biológicos, os comportamentos individuais prejudiciais à saúde escolhidos livremente e comportamentos grupais que promovem a saúde de seus membros. As diferenças em saúde injustas referem-se a comportamentos desfavoráveis à saúde onde a possibilidade de escolha é restrita, condições de vida e trabalho pouco saudáveis e estressantes, restrições no acesso aos serviços básicos de saúde e outros serviços e tendência a que as pessoas com más condições de saúde sofram injustiças sociais.

FARIAS & CARDOSO (2005) em seu estudo sobre mortalidade por Aids no Município de São Paulo relatam que estudos sobre desigualdade em saúde tem sido bem documentados e frequentemente estão relacionados com diversas variáveis que refletem as condições de vida da população. Afirmam ainda que em estudos recentes² é possível observar a relação onde agravos de importância em saúde pública têm sido explorados nas suas relações com indicadores de níveis socioeconômicos.

GOLDBAUM *et al* (2005) argumentam que o Programa de Saúde da Família (PSF) se constitui em uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde para o SUS, sendo descrito como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços. Afirmam ainda que nas áreas estudadas, na população coberta pelo PSF a renda e a escolaridade não se constituem em fatores que diferenciam de forma significativa o perfil de utilização de serviços de saúde e de procura por assistência, indicando que o programa pode estar contribuindo para maior equidade nessas condições.

2 - Duarte *et al* (2002) estudaram as associações entre a expectativa de vida ao nascer e taxas de mortalidade com variáveis socioeconômicas e demográficas nos 27 Estados Brasileiros. Em São Paulo, Antunes e Waldman (2001) mostraram a relação entre as taxas de mortalidade por tuberculose e índices de desenvolvimento social nos distritos do município.

CHIESA *et al* (2008) discutem como o conceito de equidade desenvolvido na década de 90, se relaciona à ocorrência de vulnerabilidades em saúde e seu enfrentamento por intervenções mais elaboradas e intersetoriais. As desigualdades em saúde, neste estudo, são analisadas valendo-se das doenças respiratórias agudas na infância, de uma determinada população.

LOUVISON (2006) discute a relação entre o acesso aos serviços de saúde e a desigualdade no uso entre a população idosa no município de São Paulo afirma que essas desigualdades no uso de serviços de saúde refletem não apenas as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, mas, também, as diferenças comportamentais frente às doenças e às características da oferta de serviços, relacionada a qualidade e organização dos serviços oferecidos, além da quantidade de leitos, consultas, médicos e enfermeiros.

Ainda sobre desigualdade de acesso aos serviços de saúde, PINTO (2006) em um estudo sobre a equidade, o SUS e serviços odontológicos no Paraná afirma que apesar de ter ocorrido uma redução na proporção de população que nunca consultou um dentista as desigualdades ainda persistem. A autora afirma ainda que após a introdução da equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família houve um progresso quanto à equidade na provisão de serviços odontológicos no Paraná.

Conforme TRAVASSOS *et al* (2000), em geral os estudos em iniquidades em saúde analisam o consumo dos serviços de saúde por tipo, tais como, centros de saúde, ambulatórios especializados, policlínicas, hospitais de emergência, segundo a distribuição geográfica e/ou segundo a distribuição social.

Identificou-se durante a coleta de dados que os estudos sobre equidade em saúde podem ser abordados a partir de duas dimensões essenciais: 1) em relação às condições de saúde – que analisa a distribuição dos riscos de adoecer e morrer; e 2) em relação ao acesso e utilização dos

serviços de saúde – que analisa as possibilidades de consumir serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com iguais necessidades de saúde.

Nesse estudo conclui-se que das produções científicas recuperadas e analisadas sobre iniquidades em saúde, observou-se que o tema foi abordado preferencialmente em relação a iniquidade em saúde a partir do acesso e utilização dos serviços de saúde.

6.9.2 EMPODERAMENTO

Na classificação da produção científica sobre DSS foram identificados 11 trabalhos distribuídos dentro da categoria temática do Empoderamento. A seguir apresenta-se a identificação de alguns aspectos discutidos e analisados pelos autores dos trabalhos recuperados neste estudo.

BYDLOWSKI *et al.* (2004) trabalharam com o conceito de empoderamento da população como um processo de capacitação que habilite a população a exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde. Afirmam que o empoderamento da população surge como uma esperança de melhoria de melhoria da qualidade de vida e saúde, e para que isso ocorra é importante o desenvolvimento de processos participativos que promovam o desenvolvimento (de preferência de grupos) da capacidade dos indivíduos de controlar situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico.

Nessa mesma linha, Wallerstein citado por DOWBOR (2008) aponta para o empoderamento comunitário como estratégia fundamental para transformar as condições de saúde dos indivíduos e reduzir as iniquidades em saúde, e que “se baseia no princípio da equidade e busca desafiar as relações profissionais na comunidade, com ênfase na parceria e

colaboração ao invés de estratégias autoritárias, de cima para baixo”. A autora afirma ainda que o termo empoderamento possui raízes nacionais, associadas à teoria da educação popular freiriana, e que Paulo Freire trabalhou a comunicação humana como peça fundamental para a autonomia dos indivíduos e transformadora da sociedade. E que foi nessa perspectiva freiriana que Labonte sugere que o empoderamento é um processo através do qual “sentimentos internos de falta de poder são transformados e ação comunitária é iniciada”. Sendo que empoderamento não é algo que ocorre somente dentro dos indivíduos, no sentido de que somente os indivíduos podem se empoderar, mas também não é algo que pode ser feito pelos outros sem a participação dos interessados no processo.

BEDIN (2006) em seu estudo avalia o potencial de empoderamento do Agente Comunitário de Saúde do PSF, por ele ser um elemento novo no sistema de atenção à saúde com grande potencial de empoderamento da população devido ao seu contato mais frequente e de maior proximidade, merecendo por isso, uma maior atenção para o desenvolvimento de suas potencialidades que possam contribuir para a capacitação no sentido de identificar os determinantes sociais, econômicos, culturais, educativos dos problemas que afligem a população e se organizar para enfrentá-los coletivamente, exigindo políticas públicas saudáveis, integradas e intersetoriais.

TAVOLARO *et al.* (2007) definem *empowerment* como uma ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades em ganhar controle sobre suas vidas, tanto na comunidade como na sociedade com um todo. Argumentam que através de programas educacionais contínuos visando ao *empowerment*, envolvendo todos os profissionais do setor de trabalho contribuem para a melhoria da qualidade de vida. Afirmam ainda que apesar do *empowerment* ser um conceito bem conhecido no Brasil, estudos anteriores relataram sua aplicação em áreas abrangentes e bastante diversificadas. Entre essas, citam-se: participação de pacientes nos serviços de saúde, participação na comunidade,

empowerment como ferramenta administrativa e *empowerment* de mulheres e outros. Para esses autores o *empowerment* é uma forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores e também que a solução dos problemas de saúde ocupacional deveria partir dos próprios trabalhadores em vista dos mesmos entenderem a cultura de segurança por meio de participação democrática e ativa.

LEFÈVRE *et al.* (2004) afirmam sobre a necessidade de se empoderar a população e também o profissional de saúde, mas trás como grande questão a não disponibilidade do setor público, estatal não conseguir dar conta da tarefa empoderadora, e que por outro lado, os espaços públicos não estatais, como as Organizações Não Governamentais, o Terceiro Setor ainda não apresentam espaços suficientemente consistentes para realizarem a função. Os autores apresentam como forma possível, mesmo que inicial para se resolver essa problemática seria a realização de pesquisas empíricas que pudessem elucidar as representações sociais que os profissionais e os indivíduos tem sobre o que é a saúde, qual a sensação de ser saudável, como é que se obtém a saúde, e qual o valor da saúde. E que essas representações poderiam constituir-se em uma significativa matéria-prima que ajudaria no desenho do conteúdo e da forma dos processos empoderadores.

Em outro estudo, LEFÈVRE *et al.* (2007) afirmam que uma das formas de empoderar o cidadão é a difusão da informação por meio da internet, na medida em que com a informação e/ou conhecimento sobre saúde e/ou doença, poder-se-á transformar a relação entre o profissional de saúde e o paciente em uma relação onde a troca de informação deixa de ser desigual. Os autores criticam o uso do termo empoderar como um neologismo e serve para exprimir a idéia do poder, da força que os agentes vulneráveis socialmente devem exercer para serem capazes de decidir sobre suas próprias vidas. “A ação de empoderar no campo da saúde/doença tem a ver, pois, com a capacitação de as comunidades controlarem as instâncias mediadoras (informação e conhecimento

especializado sobre saúde) nesse campo, visando evitar sua hipertrofia e reificação” e “fazer com que passem a funcionar, na relação dos homens, como instâncias mediadoras, ou seja, como tecnologia a serviço do homem e sob sua direção”.

Outro aspecto não menos importante no tocante às ações relacionadas ao empoderamento por meio do acesso a fontes de informação em saúde é a contribuição por meio do aumento do conhecimento e da capacidade de ação, permite a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições vida; afirmando-se assim, como um dos aspectos conceituais do empoderamento e considerados como um importante determinante social de saúde.

FREITAS (2008) analisou em seu estudo os processos de participação e empoderamento, considerando-os elementos de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades. Identificou que a participação na implantação do programa Bairro Ecológico favoreceu o empoderamento individual e coletivo, presente nas comunidades estudadas. As pessoas mudaram seu comportamento com relação ao manancial, as comunidades tornaram-se mais organizadas, realizando mutirões e atividade de educação ambiental.

Compreende-se, assim, que grande parte dos autores das produções científicas desenvolvidos sobre o tema empoderamento na FSP-USP alinham-se em aspectos conceituais e de dimensionais quanto às ações e à definição de empoderamento preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Esta organização define o tema como sendo o processo pelo qual as pessoas ganham controle sobre as decisões e ações que afetam suas vidas, podendo este ser um processo, social, cultural, psicológico ou político (WHO, 1998).

6.9.3 QUALIDADE DE VIDA

Este estudo levantou nove produções científicas realizados na FSP-USP relacionados a esta categoria temática sobre determinantes sociais da saúde. A seguir apresenta-se a identificação de alguns aspectos conceituais discutidos e analisados pelos autores dos trabalhos recuperados.

Para QUEIROZ *et al.* (2004) qualidade de vida é compreendida como parte de um bem individual e coletivo, para os quais entende-se a saúde como uma condição biológica e social determinada por fatores objetivos, do ponto de vista das necessidades de subsistência; e fatores subjetivos, considerando as necessidades sociais de realização psicológica do ser humano. Afirmam ainda que quanto maior a capacidade das pessoas de controlarem os fatores objetivos e subjetivos que determinam a qualidade de vida e o nível de participação da sociedade civil organizada nas decisões sociais, maior será a capacidade de alcançar um melhor grau de qualidade de vida.

Os autores acima citam Sen & Nussbaum que apontam que quanto maior a capacidade das pessoas de desempenharem os papéis constitutivos, relacionados às liberdades substantivas e papéis instrumentais, referentes aos diferentes tipos de direitos e oportunidades, maiores serão as possibilidades de expansão das liberdades para desenvolvimento humano (...), as liberdades substantivas incluem as condições elementares de vida e relacionam-se aos direitos de não passar privação como fome, subnutrição, analfabetismo e falta de moradia. Nesse sentido, a qualidade de vida de um povo é influenciada pela história, pela cultura e, sobretudo, pelas condições sociais e econômicas, para resolver suas necessidades básicas de subsistência.

PELICIONE (1998), citado por FERRAZ (2006), afirma que o conceito de qualidade de vida, transcende o conceito padrão ou nível de vida, de satisfação das necessidades humanas do 'ter' para a valorização da

existência humana do 'ser' e deve ser avaliada pela capacidade que determinada sociedade tem de proporcionar oportunidades de realização pessoal a seus indivíduos no sentido psíquico, social e espiritual ao mesmo tempo em que lhes garante um nível de vida minimamente aceitável.

PENTEADO, *et al* (2007) e ZAITUNE, *et al* (2007), afirmam a necessidade de políticas públicas voltadas para a promoção de qualidade de vida, devendo privilegiar, em especial, os segmentos socialmente mais desfavorecidos.

DANTAS, *et al* (2003) em uma revisão sobre a produção científica das Universidade Públicas do Estado de São Paulo sobre a temática "qualidade de vida", observaram que no Brasil, essa temática passou a ter significado e importância nas pesquisas da área de saúde a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes comparada com os dez anos anteriores.

Conforme MINAYO *et al* (2000), a qualidade de vida em sua subjetividade vai apresentar diferentes abrangências de acordo com o grau de democracia, pois o reconhecimento do bem-estar se funda em um processo de construção de novas subjetividades sendo que quanto mais aprimorada é a democracia de uma nação, mais ampla é a noção do grau de qualidade de vida. Segundo esses autores, a qualidade de vida irá abranger vários significados que refletirão os conhecimentos, as experiências e os valores individuais e coletivos a que se reportam nas mais variadas épocas e lugares.

6.9.4 NUTRIÇÃO

A desnutrição continua a ser um dos problemas mais importantes de Saúde Pública, devido a sua magnitude e consequências desastrosas para o

crescimento e desenvolvimento de uma nação. A esse respeito GONZÁLES & VEGAS (1994) afirmam que a desnutrição é sem dúvida, um problema latente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, e que atinge principalmente a população menor de cinco anos.

Para BARRETO *et al.* (2005) estudos sobre padrões dietéticos e suas potenciais consequências à saúde humana, especialmente para países em desenvolvimento, tem suscitado crescente interesse. Identificou-se nestes estudos que a prevenção de morbidades advindas da transição nutricional é de extrema importância na diminuição dos custos socioeconômicos.

No Brasil, entre 1975 e 1989, como resultado dos ganhos econômicos e da grande expansão de serviços e de programas de saúde, a prevalência da desnutrição infantil foi reduzida em cerca de 60%, representando mais de um milhão de crianças. No entanto, a forma mais comum de desnutrição - o déficit de altura por idade -, está concentrada nas regiões mais pobres do País, evidenciando que o problema não está de todo controlado. Nos países em desenvolvimento, a maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada com o consumo alimentar inadequado e infecções repetitivas, sendo que essas duas condições estão intimamente relacionadas com o padrão de vida da população (WHO, 2002).

MARTINS *et al.* (2007) em estudo sobre a pobreza, a desnutrição e a obesidade em duas cidades do estado de São Paulo relacionou a desnutrição na infância e a obesidade como determinantes comuns de natureza biológica socioambiental, e que a salubridade ambiental, disponibilidade de alimentos bem como os cuidados destinados às crianças são modulados pelo nível de renda, que por sua vez pode ter sua influência atenuada ou intensificada por outros fatores como: ofertas de serviços públicos de saúde, saneamento, educação e auxílios governamentais ou doação de alimentos. Pressupõe-se ainda que a obesidade em adultos possa ser resultante das condições adversas a que esses indivíduos foram submetidos na infância. Concluem que a perpetuação da miséria entre os indivíduos pauperizados seria determinante do estado nutricional de

diferentes gerações, caracterizado pela desnutrição em crianças e adolescentes e a baixa estatura somada à obesidade em adultos.

Nessa mesma linha, MUNIZ *et al.* (2007) em um estudo sobre saúde e nutrição infantil, concluíram que as crianças de famílias dos estratos sócio-econômicos mais baixos possuem uma maior prevalência a desnutrição e são mais suscetíveis a doença.

Já para FERNANDEZ (2005) em estudo realizado sobre o consumo dietético e os fatores associados em adolescentes, corrobora com esse entendimento ao afirmar que a alimentação de um indivíduo ou de uma coletividade é resultado de interações entre fatores biológicos, econômicos e culturais. Estes acontecem em seu território, por isso é necessário avaliar as características sócio-demográficas, relacionando-as ao estado nutricional e consumo dietético de uma população e afirma ainda ser de grande importância, pois a partir do conhecimento dos hábitos e padrões dietéticos é possível intervir através de programas de educação nutricional e de políticas de saúde pública.

Na perspectiva da educação nutricional, CERVATO *et al.* (2005), em seu trabalho sobre educação nutricional para adultos e idosos afirmaram ser a educação nutricional uma ferramenta que dá autonomia ao educando, para que ele possa assumir, com plena consciência, a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação. Sendo que a educação nutricional é um estímulo à transformação do educando, pois ele passa de uma situação na qual sua conduta alimentar é determinada pelo condicionamento e pelo hábito repetido mecanicamente, para outra, na qual ele compreende seu próprio corpo e, aprendendo a ouvi-lo, observá-lo, passa a se tornar sujeito de sua conduta alimentar.

Na perspectiva da desnutrição da população idosa, ROSA (2005) e SIMÕES (2007) analisaram os determinantes do estado nutricional em idosos no município de São Paulo identificaram que as questões relativas a renda, desigualdades sociais e condições de moradia foram fatores

importantes na determinação do estado nutricional e interferiram diretamente na saúde desse grupo populacional.

Em síntese, nessas produções científicas identificadas observou-se que além dos aspectos conceituais e teóricos do impacto da nutrição no indivíduo e na coletividade, os trabalhos analisados buscam investigar e corroborar a influência que os determinantes sociais apresentam sobre os hábitos alimentares de diferentes estratos socioeconômicos de uma população, e afirmam a importância de se criar programas específicos direcionados em atingir os diversos estratos da população, mas principalmente a população de menor renda.

6.9.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde educação em saúde é um processo de ação social e experiências de aprendizagem planejadas, que visam capacitar as pessoas para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, o comportamento em saúde e as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e dos outros.

Alinhando-se com a definição da OMS e da grande maioria das produções científicas recuperadas e analisadas sobre esta categoria dos DSS realizadas na FSP-USP, MEYER *et al.* (2006), entendem a educação em saúde como parte de um processo mais amplo, compreendida tanto como uma instância importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionadas ao modo como cada cultura concebe o viver de forma saudável e o processo saúde/doença, quanto como uma instância de produção de sujeito e identidades sociais. Os autores concluem que a educação em saúde não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas sim de criar oportunidades de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais.

Para Cerqueira, citado por PELICIONI *et al.* (2007), no seu trabalho sobre educação e promoção da saúde, a educação em saúde:

...consiste em proporcionar à população os conhecimentos e as destrezas necessárias para a promoção e proteção de sua saúde individual, da saúde de sua família e de sua comunidade por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades para que as pessoas participem ativamente na definição de suas necessidades, consigam negociar e implantar suas propostas para a obtenção das metas de saúde.

Sugere-se como delineamento estratégico para a educação em saúde na América Latina:

- Fortalecer as políticas e as ações no âmbito comunitário e escolar;
- Ampliar os vínculos com organizações não governamentais;
- Fomentar a consolidação de pactos sociais, convênios e acordos com diversos setores sociais;
- Ampliar a investigação em educação para saúde;
- Estabelecer alianças de trabalho com os meios de comunicação de massa;
- Manter o ideário e os enfoques de análise crítica-reflexiva e a educação popular;
- Estabelecer garantias de continuidade e permanência dos programas e serviços de educação para a saúde;
- Investir em ações de formação e capacitação de recursos humanos.

Ainda conforme PELICIONI *et al.* (2007) afirmam que a educação em saúde tem por objetivo preparar indivíduos para o exercício da cidadania

plena, pretende, portanto, ir muito além do que simplesmente informar ou tentar mudar comportamentos.

TOLEDO (2006) e PRESOTO (2008), outros dois trabalhos da FSP-USP recuperados nesta análise, corroboram com esse entendimento e afirmam ainda que a educação em saúde deva, portanto, estar voltada para uma reflexão crítica, levando os indivíduos ao real entendimento das causas e efeitos dos problemas que afetam sua saúde, e por meio da construção de novos conhecimentos e novas habilidades auxiliá-los a fazer escolhas e a tomar decisões de como resolvê-los. Devem ainda, ao contrário de tentar mudar os indivíduos e ajustá-los à sociedade, através de confronto de culturas e da tentativa de impor valores, promover o respeito à diversidade sócio-cultural e econômica, levando em consideração os diferentes contextos em que os grupos sociais estão inseridos.

Nesse sentido, MEYER *et al.* (2006) lembram que as diferentes condutas das pessoas que as tornam muitas vezes mais vulneráveis do ponto de vista da saúde pública, não deve ser vista como uma ação voluntária, isolada de qualquer contexto, mas ao contrário, estão diretamente relacionadas às condições ambientais, culturais e sociais de que fazem parte bem como do grau de consciência que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e sua capacidade para transformá-los.

Em síntese, as produções científicas afirmam que através de intervenções inseridas na educação em saúde é possível identificar mudanças importantes na população, seja em relação à aquisição de competências pela população, a melhora da auto-estima, a melhora da qualidade de vida e da capacidade crítica e até em relação à melhoria do sentimento de cidadania, ao fazer com que o indivíduo se sinta mais integrado à sociedade.

6.9.6 SAÚDE DO TRABALHADOR

A Saúde do Trabalhador é um tema recuperado em quatro trabalhos que versavam sobre determinantes sociais da saúde realizados na FSP-USP. Em geral, estes estudos buscam identificar as relações entre o ambiente, as organizações, as condições de trabalho e os efeitos na saúde do trabalhador, diagnosticando e propondo soluções para os processos que colocam em risco a qualidade de vida, saúde e ao aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho. Assim como estabelecido pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), a constatação dos efeitos adversos do ambiente de trabalho requer medidas de promoção e proteção da saúde do trabalhador, mediante desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes e embutidos em várias atividades do trabalho humano.

PRESOTO (2008) reafirma a necessidade de se integrar o trabalho na análise dos condicionantes da saúde da população, em geral por estar diretamente associado às formas de adoecimento. A autora em seu estudo sobre promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo, afirma que a maioria dos entrevistados desconhece os objetivos da Promoção da Saúde do Trabalhador e entende Promoção da saúde como prevenção de doenças ocupacionais, para os funcionários desempenharem melhor sua função.

PENTEADO & PEREIRA (2007) em outro estudo sobre qualidade de vida de professores e saúde no trabalho apontam dificuldades na percepção da população estudada do processo saúde-doença e dos aspectos associados ao trabalho, à qualidade de vida que se encontram desfavorecidos e possivelmente relacionados aos problemas com a saúde. Sugerem ações de promoção da saúde nas escolas e ações norteadas pela integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade.

CARICARI (2004) e TAVOLARO *et al* (2007), afirmam ser necessárias ações que promovam a participação dos trabalhadores para o

entendimento dos problemas de saúde enfrentados por eles visando não somente a melhoria das condições de saúde ocupacional como também a melhoria da qualidade de vida.

Em síntese, observou-se nas produções analisadas, a necessidade de que seja ampliada a atenção à Saúde do Trabalhador, e evidente a necessidade de implementação, implantação e consolidação de um processo educativo permanente, como estratégia para subsidiar ações que promovam a promoção da saúde nas diversas esferas de trabalho.

6.9.7 SANEAMENTO

Embora tenham sido identificados apenas quatro trabalhos realizados na Faculdade de Saúde Pública da USP, para o período de 2004 a 2008, que tratam desta categoria temática, lista-se uma quantidade grande de trabalhos que estudam esta temática em anos anteriores a 2004 e ainda percebe-se, recentemente, uma tendência de aumento destes estudos que visam analisar a relação entre as condições do ambiente e a saúde da população. Tarefa árdua, pois a complexidade dos fatores ambientais, as inúmeras condicionantes, o processo e suas inter-relações apontam que não se pode determinar uma única relação direta entre estes fatores e suas consequências.

ROMEY (2006) em um estudo sobre a evolução das condições sanitárias e ambientais na periferia do município de São Paulo afirma que houve um grande avanço nas condições sanitárias na periferia Sul, apesar de ter ocorrido uma forte expansão urbana com adensamento considerável da população e de números de domicílios, entretanto, houve um empobrecimento da população, aumento das desigualdades e de situações extremas de pobreza e doenças relacionadas com as más condições de saneamento e de habitação. Em outro trabalho sobre as condições de

saneamento básico em Iporanga, São Paulo, GIATTI *et al.* (2004) afirmam que as doenças, principalmente as parasitárias intestinais estão diretamente relacionadas com precariedades em saneamento básico e a consequente degradação ambiental.

Seguindo nessa mesma linha, RIOS *et al.* (2007) pesquisando as condições socioambientais em comunidades Indígenas, no município de São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas, afirmam que as precárias condições de saneamento, ou a sua falta, em muitos casos, e determinados hábitos inapropriados demonstram os riscos reais na saúde das populações indígenas e a necessidade de medidas urgentes de saneamento.

RAZZOLINI *et al.* (2008) em seu estudo sobre a relação dos impactos na saúde e o acesso a água em áreas rurais e periurbanas, afirmam ser a falta de acesso a fontes seguras de água como fator agravante das condições precárias de vida nas regiões carentes de serviços de saneamento, acarretando em um aumento da transmissão de doenças infecciosas. Os autores enfatizam a necessidade de ações de saneamento mais efetivas, acompanhadas de intervenções de educação sanitária, capaz de promover mudança comportamental na população, afim de que sejam incorporadas e transformadas em hábitos e práticas de higiene para essas populações que estão expostas a condições ambientais vulneráveis.

Estudos sobre a condição de renda da população, que analisam a relação entre quanto menor a renda maior a vulnerabilidade a doenças; estudos sobre as condições de higiene das habitações, que analisam a presença e acessibilidade a aparelhos sanitários adequados; estudos sobre as práticas de higiene, ou seja, se há conhecimento sobre procedimentos básicos de higienização e de preparo de alimentos; estudos sobre utilização de roupas e calçados adequados; estudos sobre as condições de infiltração de águas no solo; estudos sobre a exposição aos vetores de doenças (os mais comuns são mosquitos e ratos); contato direto, especialmente por crianças, com locais e águas contaminadas; entre muitos outros fatores de risco, são exemplos de alguns dos estudos que são desenvolvidos com o

escopo de demonstrar a relação direta entre os cenários de extrema pobreza e desigualdade que ainda persistem no Brasil, que podem ser observado mesmo em regiões providas de mais recursos econômicos e humanos como é o caso da região metropolitana de São Paulo.

6.9.8 RENDA

Conforme se observa no gráfico 8 acima, na classificação da produção sobre determinantes sociais da saúde que versavam sobre *Renda*, apenas dois trabalhos foram realizados na Faculdade de Saúde Pública da USP relacionados a esta categoria temática. A seguir apresenta-se descrição de alguns aspectos conceituais e teóricos discutidos e analisados nos trabalhos recuperados.

SIMÕES (2007) trabalhando sobre renda e distúrbios nutricionais em idosos na cidade de São Paulo afirma que as relações que o meio socioeconômico estabelece com os problemas de saúde têm mostrado a influência determinante desses fatores sobre a morbidade, a mortalidade, o acesso aos cuidados e aos programas preventivos, indicando a necessidade do estudo destas relações. Reitera que a renda é o fator mais importante na determinação do estado nutricional da população em geral, e em especial para o idoso.

FERNANDEZ (2005) em um pesquisa sobre a relação entre consumo dietético dos adolescentes e os fatores associados a renda familiar afirma que o poder aquisitivo das famílias está diretamente relacionado à disponibilidade de alimentos, qualidade de moradia e ao acesso a serviços essenciais como saneamento e os de assistência à saúde. A renda culmina, da mesma forma que em outros estudos aparece associada a padrão alimentar inadequado. Esta em conjunto com estilo de vida sedentário dos

adolescentes têm sido considerada como um dos principais responsáveis pelo aumento da morbidade e mortalidade em adultos.

A autora acima afirma ainda a importância de associar dados socioeconômicos, demográficos e de estilo de vida quando se avalia e analisa o consumo alimentar e o estado nutricional, pois este tipo de análise possibilita identificar os determinantes e a relação dos diversos problemas de saúde, de acordo com os diferentes grupos sociais, sendo possível até identificar os fatores de risco para a população.

Em síntese, as produções científicas analisadas demonstraram que a renda das famílias está diretamente relacionada e possui influência sobre a disponibilidade de alimentos, qualidade da moradia e ao acesso a serviços essenciais como saneamento e os de assistência a saúde.

6.9.9 REDE SOCIAL

O conceito de redes sociais encontra-se nos artigos, teses de doutorado e dissertações de mestrado designado de diferentes modos, entretanto os termos mais frequentes utilizados nos dois trabalhos recuperados e realizados na Faculdade de Saúde Pública da USP, dentro desta categoria temática foram o apoio social e redes sociais. Adicionalmente, também foi citado nestes trabalhos termos como integração social, relações sociais, ancoragem social e vínculos sociais empregados em diferentes contextos possíveis.

A estrutura das relações sociais de apoio identificada nos trabalhos recuperados refere-se à organização do vínculo entre pessoas e pode ser descrita sob diferentes aspectos, tais como:

- Número de relações ou papéis sociais que uma pessoa tem;
- Frequência de contatos com vários membros de uma rede;

- Densidade de contatos;
- Multiplicidade e reciprocidade de relações entre os membros de uma rede.

Já a função das redes sociais de apoio identificadas aqui compreende o apoio social, as relações de tensão e a ancoragem social. O apoio social inclui o nível de recursos fornecidos por outros e conforme relatam DUE *et al.* (1999) pode ser especificada em quatro aspectos:

- Apoio emocional: que envolve expressões de amor e afeição;
- Apoio instrumental: que se refere aos auxílios “concretos” como provimento de necessidades materiais em geral como ajuda para trabalhos práticos (limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte) e ajuda financeira;
- Apoio de informação: referente a informações (aconselhamentos, sugestões, orientações) que podem ser usadas para lidar com problemas e sua resolução;
- Interação social positiva: que compreende a disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar.

Segundo estudo sobre redes de apoio social e estilos de vida desenvolvido por ROSA (2005) tem-se que as redes sociais de apoio influenciam as condições de saúde e mortalidade da população em geral, na medida em que ela é considerada como um recurso moderador ou amortecedor dos efeitos do estresse sobre a saúde física e mental do indivíduo, capaz de influenciar os mais variados desfechos de saúde.

ROSA (2005) afirma ainda que a maioria dos estudos enfatiza o papel das redes sociais de apoio na determinação dos diferentes níveis de saúde e bem-estar dos indivíduos, entretanto alguns poucos investigadores sociais têm voltado seus interesses para os determinantes dos níveis de integração social, ou seja, das redes sociais de apoio.

Por fim, SOUZA *et al.* (2007) ao estudar a relação entre redes sociais e promoção da saúde com moradores de rua, partem da hipótese de que se faz necessário a formação ou o fortalecimento destas redes a partir de uma metodologia de emancipação do sujeito, que incentive a participação, respeite a diversidade e desenvolva o protagonismo e que com a integração desses indivíduos na sociedade favoreça a construção e o planejamento de ações mais eficazes.

Em síntese, a maioria dos investigadores, corroborados pelos dois trabalhos realizados na FSP-USP, tem concluído que rede social de apoio é um constructo multidimensional e têm descrito diferentes tipos ou categorias de redes de apoio social que devam ser consideradas e que podem ter diferentes conseqüências para a saúde dos indivíduos em situação de vulnerabilidade.

Parece razoável concluir, portanto, que as redes sócias que os indivíduos constroem ou alcançam ao longo de sua vida têm um impacto grande sobre o seu nível de saúde, e possui uma ampla determinação sobre a saúde.

6.9.10 DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A I Conferência Internacional das Nações Unidas sobre Meio Ambiente, realizada na cidade de Estocolmo em 1972, difundiu para o mundo a idéia de desenvolvimento sustentável. Desde então o conceito de desenvolvimento sustentável vem sendo construído ao longo do tempo em um processo contínuo e complexo, com diversidade de abordagens e conceitos.

Nos dois estudos analisados e desenvolvidos na Faculdade de Saúde Pública da USP, observa-se que conceito de desenvolvimento sustentável utilizado foi o apresentado pela Comissão de Brundtland, em 1987. Esta

Comissão, cujo título foi atribuído em homenagem à sua Coordenadora, estabeleceu o marco conceitual de Desenvolvimento Sustentável como sendo um processo de transformação no qual a exploração dos recursos, a direção dos investimentos, a orientação do desenvolvimento tecnológico e a mudança institucional se harmonizam e reforçam o potencial presente e futuro, a fim de atender às necessidades e aspirações humanas. Esse relatório, assim como ponderado por DUARTE (2006), consolida uma visão crítica do modelo de desenvolvimento adotado pelos países industrializados e reproduzido pelas nações em desenvolvimento e, ressalta a incompatibilidade entre os padrões de produção e consumo vigentes nos primeiros e o uso racional dos recursos naturais e a capacidade de suporte dos ecossistemas.

Este conceito de desenvolvimento sustentável foi incorporado e está plenamente estabelecido também na Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual determina:

- “III – fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável;
- V – reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável;
- VI – estímulo à produção e conhecimento e desenvolvimento de capacidades sustentáveis.”

SETTI (2008), em seu estudo avalia o programa Bairro Ecológico de São Bernardo, sob a perspectiva da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável, considerando as estratégias, em síntese, descritas nas agendas sociais como Cidades Saudáveis que tem como pressuposto para sua operacionalização a participação popular, a democracia, o compromisso político com a equidade, a intersetorialidade e a busca de uma nova forma de gestão local, e Agenda 21 que envolve os

diversos atores sociais na definição de políticas para o enfrentamento dos problemas locais tendo em vista o desenvolvimento sustentável.

Por fim, destacou-se aqui uma identificação e análise das 42 unidades de produção científica realizadas e desenvolvidas pelo corpo docente, discente e funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo sobre Determinantes Sociais da Saúde como uma importante ferramenta de abordagem para a promoção da saúde.

Identifica-se, desta forma, que as categorias temáticas sobre determinantes sociais da saúde - as condições de nutrição, saneamento, qualidade de vida e trabalho, acesso à informação, empoderamento, a renda, as redes sociais -, apresentam-se como alguns dos aspectos fundamentais e determinantes das condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, influenciam diretamente a situação de saúde dos indivíduos e/ ou da coletividade. Ao mesmo tempo, percebe-se que estas categorias sobre DSS são altamente influenciadas pelos fatores socioeconômicos e comportamentais da sociedade e remodelados constantemente pelas mudanças em curso.

Portanto, por meio deste diagnóstico das produções científicas desenvolvidos sobre Determinantes Sociais da Saúde desenvolvida na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo tem-se um panorama da situação atual da produção.

7. CONCLUSÃO

A análise da produção científica sobre Determinantes Sociais de Saúde na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo permitiu desenvolver uma visão abrangente da produção científica e das temáticas que têm direcionado os estudos sobre esta questão tão importante para área da promoção da saúde, assim como das limitações e possibilidades que lhe são inerentes.

Mediante o estudo dos trabalhos recuperados nesta pesquisa, pode-se dizer que a produção científica analisada sobre DSS na FSP-USP, composta por dissertações de mestrado, teses de doutorados e artigos científicos publicados em periódicos indexados em bases de dados para o período de 2004 a 2008, apresenta como principal característica: ser quantitativamente relevante, mas com possibilidade de crescimento devido o potencial da instituição. Ao todo foram recuperadas 48 produções científicas, sendo que o ano de 2007 foi o ano no qual se encontrou o maior número dessas produções.

A produção científica é decorrente principalmente de estudos qualitativos, e de produções por meio de artigos científicos e a publicação desses artigos ocorre com maior regularidade na Revista de Saúde Pública e na Revista Saúde e Sociedade.

A área de concentração Serviços de Saúde Pública do Programa de Pós-Graduação da FSP-USP é a área onde ocorre o maior número de defesas de teses de doutorado e dissertações de mestrado em DSS.

Há apenas um número pequeno das produções científicas recuperadas que informam as fontes de financiamento, sendo importante aprofundar o significado dessa ocorrência, conforme foi explicitado anteriormente, nos resultados.

Os temas mais abordados nas produções científicas são iniquidade em saúde, empoderamento e qualidade de vida e os temas trabalhados em menor quantidade foram desenvolvimento sustentável, renda e redes de serviço.

Observa-se que a produção científica sobre DSS vem crescendo e apresenta potencial com tendência para crescimento ainda maior, principalmente para as categorias temáticas sobre DSS menos recuperadas neste estudo. É evidente que ainda há um vasto campo a ser investigado e há necessidade de ampliar o número e a qualidade dos estudos científicos e estimular a sua publicação, principalmente dos resultados das dissertações de mestrado e teses de doutorado. Em apenas seis (6) dos artigos científicos havia identificação no corpo do texto que as pesquisas estavam relacionadas com estudos de pós-graduação. Contudo, ao consultar o nome do primeiro autor no banco de teses da Capes, identificou-se que no total dez (10) artigos científicos resultaram de teses de doutorado ou dissertações de mestrado e, portanto, a consulta a esta fonte mostrou-se eficiente para a obtenção desta informação do que a consulta aos artigos, uma vez que nem todos os editores solicitam que os autores identifiquem o tipo de estudo que deu origem ao artigo submetido à publicação. Pois tão importante quanto a definição do tema a se estudar, é garantir que esse conhecimento gerado seja compartilhado.

É importante apontar que uma dificuldade encontrada na realização desta pesquisa foi a definição da estratégia para recuperação das produções nas bases de dados consultadas. Assim, cabe admitir que outro pesquisador, que se ocupe desta temática, pode fazer outras opções para essa recuperação. Contudo, mesmo admitindo essa possibilidade, considera-se que a opção metodológica adotada foi apropriada e suficiente para recuperar de modo abrangente as produções científicas sobre DSS da FSP-USP e que os achados não difeririam, no essencial, dos que poderiam obter com outras estratégias possíveis.

Outra dificuldade constatada na recuperação das produções científicas foi a falta de especificidade dos descritores utilizados pelos autores o que obriga ao pesquisador utilizar estratégias combinadas de descritores e palavras-chaves nas buscas com o intuito de recuperar produções mais próximas ao objetivo de sua investigação, e apesar disso, recuperam-se produções que não se referem ao tema.

Como limitação, destacamos ainda o fato de algumas produções científicas não possuírem resumo ou os mesmos não terem uma satisfatória descrição do estudo.

Ao concluir o presente trabalho, almeja-se ter alcançado os objetivos maiores de incrementar, revisar, condensar e aprimorar o conhecimento sobre os Determinantes Sociais da Saúde desenvolvidos na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Não obstante, espera-se que os resultados aqui apresentados possam servir de base para estudos ulteriores preconizados acima.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- ADAM, P. & HERZLICH, C. Sociologia da doença e da Medicina; tradução de Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- ALMEIDA FILHO, M., NOVAES, H. M. D., ALENCAR, G. P. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 93-107, abr. 2002.
- ALMEIDA, E. S., CHIORO, A., ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F., ALMEIDA, E. S. (org.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS*. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALMEIDA, E. S., ZIONI, F. Políticas públicas e sistema de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A., CESAR, C. L. G. *Saúde Pública: Bases Conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2002.
- ALMEIDA, M. H. M., BEGER, M. L. M., WATANABE, H. A. W. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. **Interface – Comunicação, Saúde & Educação**, São Paulo, v.11, n. 22, p. 271-280, mai./ago., 2007.
- ANDRADE, S. C. Índice da dieta e seus fatores associados em adolescentes do Estado de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.
- AROUCA, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BARATA, R. B. Epidemiologia Social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BARRETO, S. M., PINHEIRO, A., SICHIERI, R., MONTEIRO, C. A., FILHO, M. B., SCHIMIDT, M. I. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, p. 41-68, 2005.

BARROS, M. B. A., CESAR, C. L. G., CARANDINA, L., TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD – 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BECKER, L. R. S. Alguns indicadores de saúde em estratos geográficos e socioeconômicos de São José dos Campos, SP: análise de desigualdades [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2005.

BEDIN, N. Agente comunitário de saúde e empoderamento: o caso da coordenadoria e saúde da Lapa [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.

BRASIL. Constituição Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasil, 1990.

BRASIL. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Mega-países e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil / Ministério da Saúde, secretaria de Vigilância em saúde, departamento de análise de Situação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP-HUCITEC, 1991.

BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipatória e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BUSS, P. M., FILHO, P. M. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BYDLOWSKI, C. R., WESTPHAL M. F., PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr., 2004.

CARICARI, A. M. As condições de vida e de trabalho dos trabalhadores da indústria da construção civil, na perspectiva da promoção da saúde: o caso de Bertioga [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2004.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CARVALHO, S. R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.

- CASTRO, R., CAMPERO, L., HERNÁNDES, B. Lá investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafios. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 425-435, 1997.
- CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Determinação Social da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 193-344, set./dez. 2009.
- CERVATO, A. M., DERNIL, A. M., Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 41-52, jan./fev., 2005.
- CHIESA, A. M., WESTPHAL, M. F., AKERMAN, M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 55-69, jan., 2008.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Relatório de fundamentação teórica, mar., 2005.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final, abr., 2008.
- DHSS - Inequalities in health: report of a research working group. Department of Health and Social security. London, 1980.
- DOWBOR, T. P. O Trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2008.
- DUARTE, M. F. As agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local: possibilidades de diálogos, articulações e de convergência

[dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.

DUE, P., HOLSTEIN, B., LUND, R., MODVIG, J., AVLUND, K. Social relations: network, support and relation strain. **Social Science Medicine**, v. 48, p. 661-673, 1999.

EGRY, E. Y., FONSECA, R. M. G. S. da, BERTOLOZZI, M. R., OLIVEIRA, M. A. de C., TAKAHASHI, R. F. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39 (Esp.), p. 544-552, 2005.

FARIAS, N. & CESAR, C. L. G., Tendências da morb-mortalidade por AIDS e condições socioeconômicas no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n. 4, p.489-501, 2004.

FARIAS, N. & CARDOSO, M. R. Mortalidade por Aids e indicadores sociais no Município de São Paulo, 1994 a 2002. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 198-205, 2005.

FERNANDEZ, P. M. F. Consumo dietético e fatores associados em adolescentes residentes em áreas da Região Sudoeste da Granja São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2005.

FERRAZ, S. T. Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FORATTINI, O. P. Pesquisa em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 81-88, 1995.

FORMIS, C. A. Estudo do processo de construção da Agenda 21 nas escolas da Diretoria de Ensino de Jundiaí-SP [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 3ª ed., Cap. V – O nascimento da medicina social, p. 79-98, 1993.

FRANCISCO, P. M. S. B., DONALISIO, M. R., BARROS, M. B. A., CESAR, C. L. G., CARANDINA, L., GOLDBAUM, M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 428-435, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P., COSTA, L. S. Homicídios e desigualdade sociais no município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 191-197, 2005.

GIATTI, L. L., ROCHA, A. A., SANTOS, F. A., BITENCOURT, S. C., PIERONI, S. R. M. Condições de saneamento básico em Iporanga, Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 571-577, 2004.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDBAUM, M., GIANINI, R. J., NOVAES, H. M. D., CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

GONZÁLES, G. J., VEGAS, M.G. Condiciones sociodemograficas y estado nutricional de niños menores de um año em áreas periféricas de Guadalajara, México. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 268-276, 1994.

HEIDMANN, I. T. S. B., ALMEIDA, M. C. P., BOEHS, A. E., WOSNY, A. M., MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr/jun., 2006.

- LALONDE, M. A. *New perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa, 1974.
- LAURELL, A. C. A saúde/doença como processo social. In: Nunes, E. D. (org.) *Medicina Social – Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- LEFÈVRE, F. & LEFÈVRE, A.M C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 32-38, maio/ago, 2004.
- LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C., MADEIRA, W. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento no campo da saúde-doença. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 149-157, 2007.
- LIMA, M. C. P., MENEZES, P. R., CARANDINA, L., CESAR, C. L. G., BARROS, M. B. A., GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008.
- LOUVISON, M. C. P. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
- LOUVISON, M. C. P., LEBRÃO, M. L., DUARTE, Y. A. O., SANTOS, J. L. F., MALIK, A. M., ALMEIDA, E. S.. Desigualdade no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008.
- MACKENBACH, M., STRONKS, V. A Prospective cohort study investigating the explanation of social and economical health inequalities in the Netherlands. **Social Science Medicine**, v. 38, p. 299-308, 1994.
- MARIMOTO, J. M., LATORRE, M. R. D. O., CESAR, C. L. G., CARANDINA, L., BARROS, M. B. A., GOLDBAUM, M., FISBERG, R. M. Fatores associados 1ª qualidade da dieta de adultos na Região Metropolitana

de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 169-178, 2008.

MARMOT, M. The social pattern of health and disease. In: BLANE, D., BRUNNER, E., WILKINSON, R. *Health and social organization: toward a health policy for the 21st century*. London: Routledge, 1996.

MARMOT, M. Social determinants of inequalities. **Lancet**, London, v. 365, p. 1099-1104, 2005.

MARTINS, I. S., MARINHO, S. P., OLIVEIRA, D. C., ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1553-1565, 2007.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, R., BÓGUS, C. M., AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-55, jan./abr., 2004.

MENEGHEL, S. N. Medicina Social: Um Instrumento para denúncia. **Cadernos IHU Idéias**, São Leopoldo, v. 2, n.15, p. 1-21, 2004.

MEYER, D. E. E., MELLO, D. F., VALADÃO, M. M., AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun., 2006.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (org.), DESLANDES, S. F., CRUZ NETO, O., GOMES, R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

- MINAYO, M. C., HARTZ, Z. A., BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafio e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.
- MUNIZ, P. T., CASTRO, T. G., ARAÚJO, T. S., NUNES, N. B., SILVA-NUNES, M., HOFFMANN, E. H. E., FERREIRA, M. U., CARDOSO, M. A. Saúde e nutrição infantil na Amazônia Ocidental Brasileira: inquéritos de base populacional em dois municípios acreanos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1283-1293, 2007.
- NARVAI, P. C., ALMEIDA, E. S. de. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período de 1986-1993. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 513-521, 1998.
- NUNES, E. D. As ciências sociais e a saúde: o pensamento recente de alguns pesquisadores. In: CANESQUI, A. M. (org.). Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, p. 53-61, 1995.
- NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.
- OHIRA, M. L. B., SOMBRIO, M. L. L. M, PRADO, N. S. Periódicos brasileiros especializados em biblioteconomia e ciência da informação: evolução. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia**, Florianópolis, n. 10, p. 26-40, out., 2000. Disponível em: <www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/viewFile/16/5095>. Consultados em 20 Janeiro 2010.

- PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: Fleury, S. (Org.). Saúde e democracia: A luta do Cebes. São Paulo: Lemos, p. 11-24, 1997.
- PAIM, J. S. & ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PELICIONI, M. C. F. & PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set., 2007.
- PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidade de acceso a La información e iniquidades de salud. **Revista Panamerican Salud Publica**, v. 11, n. 5/6, p. 409-413, 2002.
- PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em Saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004.
- PENTEADO, R. Z., PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 236-243, 2007.
- PINHEIRO, M. C., WESTPHAL, M. F., AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr., 2005..
- PINTO, M. H. B. Equidade e o Sistema Único de Saúde: a provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná, à luz do princípio de diferença [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.

- PRESOTO, L. H. Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2008.
- QUEIROZ, C. M. B, SÁ, E. N. C., ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.
- RAPHAEL, D. Social Determinants of Health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars` Press Inc, 2004.
- RAZZOLINI, M. T. P. & GÜNTHER, W. M. R. Impactos na saúde das deficiências de acesso a água. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 21-32, 2008.
- RIBEIRO, M. C. S., BARATA, R. B., ALMEIDA, M. F., SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS-PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.
- RIOS, L., CUTOLO, S. A., GIATTI, L. L., CASTRO, M., ROCHA, A. A., TOLEDO, R. F., PELICIONI, M. C. F., BARREIRA, L. P., SANTOS, J. G. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidade indígena no distrito de Iauaretê, município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 76-86, 2007.
- ROMEU, L. F. S. Evolução das condições sanitárias e ambientais na periferia Sul do Município de São Paulo: estudo de caso, subprefeitura de Capela do Socorro [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
- ROSA, T. E. C. Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo

de vida [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2005.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

SEBASTIANI, R. W. O adolescente em situação de risco social: uma intervenção para promoção da saúde [dissertação de mestrado]. Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, 2004.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias de integração. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SETTI, A. F. F. Análise de intervenção em área de mananciais no município de São Bernardo do campo: estudo do caso Programa Bairro Ecológico [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2008.

SÍCOLI, J. L. & NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde & Educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 101-22, fev., 2003.

SIMÕES, F. C. Renda per capita e distúrbios nutricionais da população idosa, não institucionalizada, do município de São Paulo: estudo baseado na pesquisa Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – SABE [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2007.

SOUZA, E. S. S., SILVA, S. R. V., CARICARI, A. M. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41 (Esp.), p. 810-840, 2007.

- SPÍNOLA, A. W. P. Metodologia do trabalho científico em ciências ambientais. In: PHILIPPI Jr., A. & ALVES, A. C. *Curso Interdisciplinar de Direito Ambiental*. Barueri: Manole, p. 915-942, 2005.
- TARLOV, A. R. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: BLANE, D. BRUNNER, E. & WILKINSON, R. *Health and social organization: toward a health policy for the 21st century*. London: Routledge, 1996.
- TAVOLARO, P., PEREIRA, I. M. T. B., PELICIONI, M. C. F., OLIVEIRA, C. A. F. Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 307-312, 2007.
- TOLEDO, R. F. Educação, saúde e meio ambiente: uma pesquisa-ação do distrito de Iauaretê do município de São Gabriel a cachoeira [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2006.
- VILLAR, E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por equidad em salud: desafios para el Estado y la sociedad civil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 7-13, 2007.
- ZAITUNE, M. P. A., BARROS, M. B. A., CÉSAR, C. L. G., CARANDINA, L., GOLDBAUM, M.. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1329-1338, jun., 2007.
- ZIONI, F. Ciências sociais e meio ambiente. In: PHILIPPI Jr, A., PELICIONI, M. C. F. *Educação ambiental e sustentabilidade*. Barueri: Manole, p. 39-58, 2005.
- ZIONI, F. & SOUZA, D. V. Pesquisa social: métodos aplicados ao saneamento. In: PHILIPPI Jr, A. *Saneamento, saúde e ambiente*:

fundamentos para um desenvolvimento sustentável. Barueri: Manole, p. 599-622, 2005.

ZIONI, F. Exclusão social: noção ou conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 15-29, set./dez., 2006.

ZIONI, F. & WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 26-34, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. M. S, MINAYO, M. C. S., AKERMAN, M., DRUMOND JR, M., CARVALHO, Y. M. de (orgs.). *O tratado de saúde coletiva*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, p. 635-67, 2006.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 30, p. 429-445, 1992.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Alma-Ata Declaration. Alma-Ata, 1978.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Public Policy: Adelaide Recommendations. Australia, 1988.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Supportive Environments for Health: Sundsvall Statement. Sweden, 1991.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Republic of Indonesia, 1997.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health: the solid facts. First edition/ edit by Richard Wilkinson and Michael Marmot, 1998.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health. México, 2000.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases [report]. Geneva, 2002.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Bangkok Charter for Health Promotion, Thailand, 2005.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. 7 th Global Conference on Health Promotion, Nairobi, Kenya, 2010.

WILKINSON, R. *Unhealthy societies*. New York: Routledge, 1992.

Anexo 1

Modelo de ficha de artigo utilizada na coleta de dados para o catálogo de artigo

Artigo		Ficha
n. do pdf *		
Título		
Ano da publicação		
Autor principal		
Revista		
Tema		
Hipótese / Objetivo		
Opções Metodológicas		
Instituição envolvida**		
Argumentos		
Conclusões		
Financiamento		
Número de Fontes de financiamento (quando houver)		
Identificação da fonte financiadora (quando houver)		
Revista indexada	Sim	
População Estudada		
Sujeito da Pesquisa		
Faixa Etária estudada		
Gênero do sujeito***		

* Forma utilizada pela pesquisadora para catalogar e separar as produções científicas encontrada.

** Opção utilizada pela pesquisadora para verificar se houve ou não instituição (universidades, unidades de saúde, prefeitura, secretaria) envolvida na pesquisa.

*** Opção utilizada pela pesquisadora para identificar se a produção científica identificava o gênero (feminino ou masculino) do sujeito da pesquisa.

Anexo 2

Modelo de ficha de artigo utilizada na coleta de dados para o catálogo de tese de doutorado e dissertação de mestrado.

Tese/Dissertação		Ficha
n. do pdf*		
Título		
Ano da publicação		
Autor principal		
Área de Concentração		
Orientador		
Tema		
Hipóteses / Objetivos		
Opções Metodológicas		
Instituição Envolvida**		
Argumentos		
Conclusão		
Financiamento		
Número de Fontes de financiamento (quando houver)		
Identificação da fonte financiadora (quando houver)		
População Estudada		
Sujeito da Pesquisa		
Faixa Etária estudada (paciente)		
Gênero do sujeito***		

* Opção utilizada pela pesquisadora para catalogar e separar as produções científicas encontrada.

** Opção utilizada pela pesquisadora para verificar se houve ou não instituição (universidades, unidades de saúde, prefeitura, secretaria) envolvida na pesquisa.

*** Opção utilizada pela pesquisadora para identificar se a produção científica identificava o gênero (feminino ou masculino) do sujeito da pesquisa.