

## **CURSO DE GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

### **DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

**Juan Stuardo Yazlle Rocha<sup>1</sup>**

Por que as pessoas adoecem? Porque as pessoas adoecem diferentemente umas das outras? Essa é uma preocupação que sempre esteve presente na história da humanidade. As explicações foram variando ao longo do tempo: metafísicas (castigo dos deuses, maus espíritos, mágicas) ou naturais – ares, águas, miasmas, biológicas. Hoje sabemos que fatores biológicos exógenos, genéticos e hereditários, além de hábitos individuais (estilo de vida) têm grande influência. No geral estes fatores são suficientes e permitem explicar a doença em indivíduos ou em grupos familiares. Todavia, quando procuramos explicar as diferenças na saúde e doença em populações, de um mesmo país e de um mesmo estado, eles podem não ser suficientes e voltamos à questão: quais as causas das doenças e suas diferenças entre populações? Conhecemos as diferenças na distribuição das doenças no Brasil? Podemos ver as doenças mais frequentes nas hospitalizações e nas causas de óbitos utilizando as informações disponibilizadas “on line” nos [Cadernos de Informações de Saúde](#)<sup>2</sup> com dados oficiais revistos periodicamente, disponíveis para todos os estados e municípios do Brasil. Ali é possível encontrar também dados demográficos, de saneamento, da assistência ambulatorial, nascimentos, imunizações, orçamentos na saúde. No anexo ao final do texto apresentamos a distribuição da mortalidade proporcional segundo os capítulos de doenças da Classificação In-

---

<sup>1</sup> Docente, Departamento de Medicina Social da Fac. Medicina de Ribeirão Preto - USP

<sup>2</sup> Cadernos de Informações de Saúde, in: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pa.htm>

ternacional de Doenças (CID-10, OPAS/OMS) em gráficos comparativos dos municípios de Londrina (PR), Petrolina (PE), Bagé (RS) e Marabá (PA) – veja como os óbitos por doenças do aparelho circulatório variam de 21,3% a 37,8%; óbitos por causas externas variam de 5,9% a 37,5% e os óbitos por neoplasias variam de 7,8% a 22,2%. Você pode estudar outros municípios e fazer outras comparações, dentro do mesmo estado ou entre estados e regiões diferentes. Faça o mesmo para a morbidade hospitalar. Mesmo admitindo algumas possíveis falhas de exatidão nas informações, as causas de hospitalização são as mesmas nos diferentes grupos etários? E as causas de morte? Quais grupos de doenças estão sempre presentes em proporções semelhantes? Quais as maiores diferenças? A que fatores poderíamos atribuir as causas das diferenças observadas?

#### Modelos Explicativos da doença na sociedade:

A epidemiologia é a disciplina científica que estuda a distribuição da saúde e da doença nas populações e as causas capazes de explicar essa distribuição. Também dentro do pensamento científico da epidemiologia já vimos uma sucessão de modelos explicativos: tivemos o modelo (ou teoria) bacteriológico (a) – todas as doenças seriam produzidas por agentes (em geral biológicos), e o problema seria descobrir qual; em meados do século passado esteve muito em moda o modelo da história natural das doenças – a causa é a interação de agente, hospedeiro e meio ambiente – que serviu para “explicar” e orientar o combate a doenças transmissíveis, principalmente. Depois evoluímos para uma compreensão conhecida como a multicausalidade: na sociedade a saúde da população (e as suas doenças), é determinada por grande número de fatores que se inter-relacionam e são determinados por sua vez por muitos outros; embora seja esta uma melhor compreensão do problema das causas das doenças nas populações, ela pouco contribui quando procuramos medidas práticas e eficientes para melhorar a saúde da coletividade.

Até a década de 70's do passado século a saúde (área) era tida como a fonte principal das melhorias no nível de vida e saúde das populações tanto pelas explicações e recomendações acerca das origens e controle das doenças como, especialmente, pelos cuidados de saúde oferecidos pelas equipes de profissionais. Assim, as prioridades dos investimentos para a saúde foram sempre direcionadas a financiar a assistência no setor.

No início dos anos 70's as autoridades de saúde do Canadá concluíram que as causas das doenças no país não poderiam ser combatidas pelos sistemas de saúde provinciais pois eles ultrapassavam os limites de cidades e estados alcançando o país como um todo. A partir daí um novo marco conceitual foi elaborado e apresentado na Conferência da Organização Pan-Americana da Saúde em Ottawa, em 1973, e viria a ser conhecido como o Documento Lalonde – em referência ao Ministro Marc Lalonde<sup>1</sup>. As principais causas de morte no Canadá em 1971 foram os acidentes de veículos a motor, doenças isquêmicas do coração, outros acidentes, doenças respiratórias e câncer de pulmão e suicídio e elas não poderiam ser controladas ou atenuadas pela ação tradicional do sistema de atenção à saúde, destacando como fatores envolvidos os riscos auto-infligidos - tabagismo, alcoolismo, obesidade, estresse, sedentarismo, alimentação gordurosa - e os problemas ambientais. Desta nova compreensão dos problemas de saúde uma nova ordem de prioridades na saúde seria apresentada sendo que os fatores por ordem de importância seriam: o estilo de vida, o ambiente e o sistema de saúde e os fatores biológicos. McKay<sup>2</sup> que foi membro da Comissão de Planejamento em Saúde de Longo Prazo - Long Range Health Planning Branch (LRHPB) - descreve que o documento foi friamente recebido pelo parlamento canadense, mas foi grandemente acolhido na saúde canadense e no exterior, ao destacar que a saúde é muito mais do que o sistema de atenção à saúde. No seu trabalho McKay cita a influência de Thomas McKeown<sup>3</sup>, professor de Medicina Social em Birmingham (EUA) que provou que as melhorias no nível de saúde – na Inglaterra e País de Gales – eram muito mais conseqüências de mudanças no estilo de vida e no ambiente do que conseqüências dos avanços na ciência médica. Dessa maneira, propuseram um novo conceito do *Campo da Saúde* apresentado no esquema a seguir.

### **The Health Field Concept**

(1) Lifestyle	(2) Environment
(4) Technology/ Research /Endogenous/Human Biology	(3) Health Care Organisation

Nele são hierarquizados os fatores que afetam o nível de saúde das populações colocando em primeiro lugar o estilo de vida seguido do “ambiente” – conceito que in-

clui as características naturais e aquelas construídas pela vida em sociedade; em terceiro lugar a organização dos serviços de saúde – ou sistema de saúde e por último, num quarto setor os fatores biológicos, endógenos e as pesquisas e tecnologias. Este marco de referência permitiu explicar porque *a grande injeção de recursos nos cuidados de saúde não melhorou significativamente o nível de saúde dos canadenses* abrindo a oportunidade para o desenvolvimento de uma nova estratégia na saúde: *com base na idéia de que "riscos individualmente auto-impostos", constituem o "estilo de vida" este é um conceito que permite ligar hábitos pessoais de saúde ao estado de saúde (da população<sup>3</sup>)*. A consequência mais importante é que o esforço para elevar o nível de saúde das populações deve contar com a participação da mesma, diretriz já assinalada no Relatório Lalonde. McKay refere que o deputado Maurice LeClair identificou o esquema dos instrumentos políticos para a melhoria da saúde associados ao modelo do campo da saúde.

<b>Policy Instruments for Progress in Each Health Field</b>	
(1) Persuasion	(2) Legislation
(4) Scientific method	(3) Re-organisation

A persuasão associada à melhoria do estilo de vida identifica-se com a educação em saúde baseada em modernos meios de comunicação (televisão, principalmente). A legislação e a reorganização do sistema de saúde são objetos de trabalho dos níveis políticos governamentais – instruídos por especialistas técnicos do setor saúde. O desenvolvimento de pesquisas para atender a problemas sociais e a aplicação dos resultados fazem parte da política científica e tecnológica do país.

Outra visão é a defendida por alguns autores da chamada **Medicina Social** europeia, originada na segunda metade do século XIX e vinculada em grande parte aos movimentos socialistas que denunciaram as desigualdades sociais na saúde e doença, associadas às condições precárias de vida e trabalho, mantidas pelas condições de exploração da mão de obra no início da industrialização. Nessa perspectiva não poderia haver

<sup>3</sup> Tradução livre do autor

saúde plena nas populações enquanto predominassem sem controle os interesses capitalistas de acumulação de riquezas e de dominação dos trabalhadores. Na América Latina esta corrente desenvolveu-se muito a partir dos anos 60 e 70's – período que coincide com ditaduras e governos militares em vários países do continente – e catalisaram pessoas e grupos na área da saúde na luta pela redemocratização e transformação das condições da população; estes movimentos sofreram grande refluxo após a queda do muro de Berlim e dissolução do bloco de países socialistas, perdendo em grande parte o paradigma orientador das suas ações<sup>4</sup>. Entre nós, destacaram-se nessa corrente autores como Guilherme Rodrigues da Silva, Juan César García<sup>4</sup>, Maria Cecília Donnangelo, Asa Cristina Laurell<sup>5</sup>, Antônio Sérgio Arouca.

#### Doenças e riscos para a saúde no século XXI:

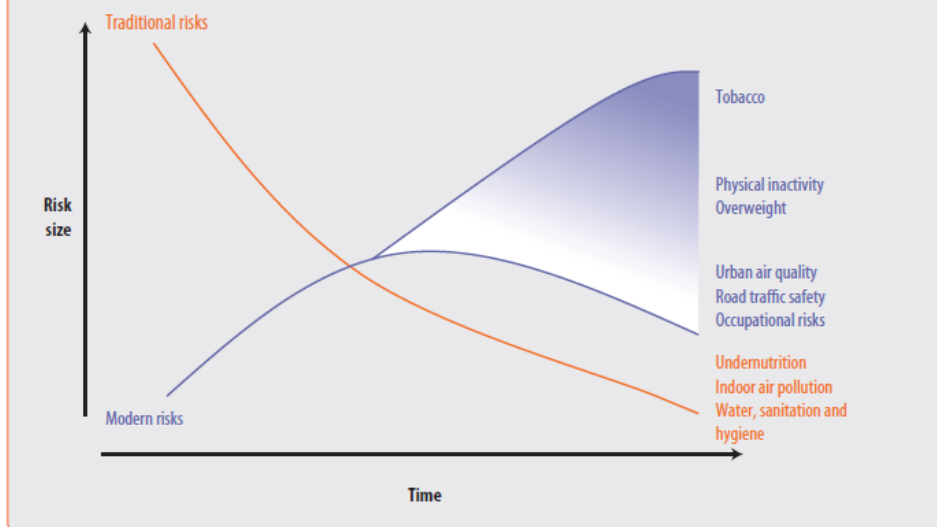
No século XX junto com grandes transformações econômicas e políticas ocorreram também profundas mudanças nas condições de vida das populações. O Informe da Saúde no Mundo da Organização Mundial de Saúde, do ano de 1.999 intitulado **Fazendo a Diferença**<sup>5</sup> dedica o capítulo 1 a ilustrar e caracterizar a revolução na saúde no mundo no século XX com declínio da mortalidade, a transição demográfica e crescimento da esperança de vida decorrentes da maior disponibilidade de alimentos, saneamento, e melhora do nível educacional (mudança cultural). O relatório da OMS Riscos Globais para a Saúde<sup>7</sup> elaborado com dados de 2004 confirma a grande mudança no padrão de causas de morbidade e mortalidade. Na figura 02 abaixo é apresentada a transição de riscos “tradicionais” – representados pela desnutrição e condições sanitárias não seguras, em franco declínio no mundo – e a passagem para os riscos “modernos” como tabagismo, obesidade, acidentes de trânsito, vida sedentária – em ascensão.

---

<sup>4</sup> Ver a respeito: Borgia, F. et al – ALAMES a 25 años: balance, desafios y proyección. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.33, Nº 83, p. 484-495, 2009

<sup>5</sup> Disponível em: [http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf)

Figure 2: The risk transition. Over time, major risks to health shift from traditional risks (e.g. inadequate nutrition or unsafe water and sanitation) to modern risks (e.g. overweight and obesity). Modern risks may take different trajectories in different countries, depending on the risk and the context.



Os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre países e regiões apresentando diferenças significativas segundo o produto interno bruto dos países. Na tabela 1 são apresentados os 10 principais fatores de risco no mundo e sua distribuição em países de baixa, média e elevada renda per capita. Vemos que os principais fatores de risco em países de baixa renda são: desnutrição (baixo peso) na infância, hipertensão arterial, sexo não seguro, más condições sanitárias, hiperglicemia, poluição, tabagismo, sedentarismo, insuficiente amamentação e colesterol elevado.

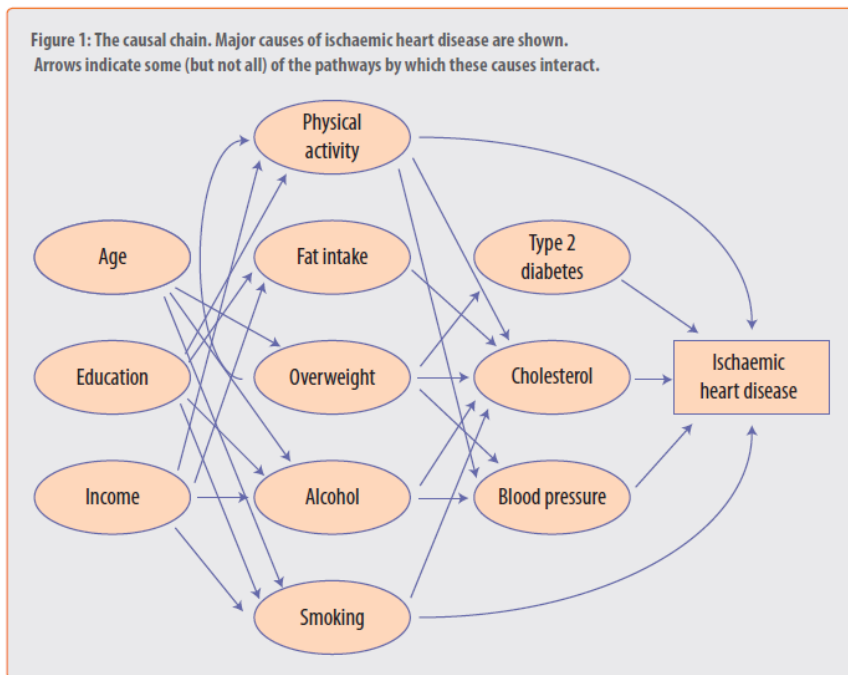
Em países de nível de renda médio os principais fatores de risco são: hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso do álcool, hiperglicemia, hipercolesterolemia, baixa ingestão de frutas e verduras, ambiente poluído, poluição urbana.

**Table 1: Ranking of selected risk factors: 10 leading risk factor causes of death by income group, 2004**

Risk factor	Deaths (millions)	Percentage of total	Risk factor	Deaths (millions)	Percentage of total
<b>World</b>			<b>Low-income countries<sup>a</sup></b>		
1 High blood pressure	7.5	12.8	1 Childhood underweight	2.0	7.8
2 Tobacco use	5.1	8.7	2 High blood pressure	2.0	7.5
3 High blood glucose	3.4	5.8	3 Unsafe sex	1.7	6.6
4 Physical inactivity	3.2	5.5	4 Unsafe water, sanitation, hygiene	1.6	6.1
5 Overweight and obesity	2.8	4.8	5 High blood glucose	1.3	4.9
6 High cholesterol	2.6	4.5	6 Indoor smoke from solid fuels	1.3	4.8
7 Unsafe sex	2.4	4.0	7 Tobacco use	1.0	3.9
8 Alcohol use	2.3	3.8	8 Physical inactivity	1.0	3.8
9 Childhood underweight	2.2	3.8	9 Suboptimal breastfeeding	1.0	3.7
10 Indoor smoke from solid fuels	2.0	3.3	10 High cholesterol	0.9	3.4
<b>Middle-income countries<sup>a</sup></b>			<b>High-income countries<sup>a</sup></b>		
1 High blood pressure	4.2	17.2	1 Tobacco use	1.5	17.9
2 Tobacco use	2.6	10.8	2 High blood pressure	1.4	16.8
3 Overweight and obesity	1.6	6.7	3 Overweight and obesity	0.7	8.4
4 Physical inactivity	1.6	6.6	4 Physical inactivity	0.6	7.7
5 Alcohol use	1.6	6.4	5 High blood glucose	0.6	7.0
6 High blood glucose	1.5	6.3	6 High cholesterol	0.5	5.8
7 High cholesterol	1.3	5.2	7 Low fruit and vegetable intake	0.2	2.5
8 Low fruit and vegetable intake	0.9	3.9	8 Urban outdoor air pollution	0.2	2.5
9 Indoor smoke from solid fuels	0.7	2.8	9 Alcohol use	0.1	1.6
10 Urban outdoor air pollution	0.7	2.8	10 Occupational risks	0.1	1.1

<sup>a</sup> Countries grouped by gross national income per capita – low income (US\$ 825 or less), high income (US\$ 10 066 or more).

Estes fatores não agem de forma direta, mas por meio de uma cadeia causal; a cadeia causal para a doença isquêmica do coração é apresentada na figura 1 – onde vemos que as causas imediatas da doença isquêmica (diabetes, hipertensão e colesterol elevados) decorrem (ou estão associados) do sedentarismo, ingestão de gorduras, obesidade, tabagismo e alcoolismo; por sua vez estes fatores apresentam distribuição desigual associada a grupos etários, níveis educacionais e de renda. Devemos destacar que as setas da figura representam a “determinação” da sucessão de eventos e, portanto, a possibilidade de intervenção no sentido de diminuir a morbidade e mortalidade pelas ações de promoção da saúde e prevenção de fatores de doença.



### **A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS DOENÇAS:**

Em março de 2005 o Diretor Geral da OMS Dr. J.W. Lee criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CSDH na sigla em inglês) com o objetivo de reunir evidências sobre o que poderia ser feito para melhorar a saúde e conseguir uma distribuição mais justa no mundo e promover um movimento global para atingir esse objetivo. A Comissão foi composta por uma rede de políticos influentes, pesquisadores e membros da sociedade civil para no prazo de 3 anos reunir dados e informações e apresentar recomendações do que precisa ser feito para combater as causas sociais da baixa saúde e as desigualdades evitáveis em saúde (iniquidades). Um ano depois a Comissão apresentou um documento inicial intitulado: Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais em Saúde<sup>6</sup> disponível na biblioteca da FIOCRUZ. Daquele documento extraímos os pontos a seguir:

“Os determinantes sociais de saúde (SDH) são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham – merecendo especial atenção aquelas que podem ser modificadas. A elaboração de um modelo conceitual pelos membros da Comissão passa ne-

<sup>6</sup> [http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2\\_CSDH\\_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradução%20APF.pdf)



cessariamente por uma avaliação de valores. Nós propomos o conceito de equidade na saúde como fundamento para essa reflexão. *A equidade na saúde pode ser definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.* Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades, já que algumas desigualdades na saúde - como, por exemplo, a disparidade entre a expectativa de vida de homens e mulheres - não podem ser descritas razoavelmente como injustas, e algumas não são nem evitáveis e nem remediáveis.

**Modelos dos determinantes de saúde e os caminhos para a iniquidade** – O documento inicial apresenta vários modelos acerca dos determinantes sociais e deles selecionamos dois: o primeiro adotado pela Comissão Nacional de DSS no Brasil e o segundo é o proposto pela Comissão dos DSS da OMS.

***O modelo de Dahlgren e Whitehead: influências em camadas***

*“O famoso modelo de Dahlgren e Whitehead 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 (ver figura na próxima página). Os indivíduos estão no centro da figura, e têm idade, gênero e fatores genéticos que indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final. A camada imediatamente externa representa o comportamento e os estilos de vida das pessoas. As pessoas expostas a circunstâncias de desvantagem tendem a exibir uma prevalência maior de fatores comportamentais, tais como fumo e dieta pobre, e também se deparam com barreiras financeiras maiores ao escolherem um estilo de vida mais saudável. A influência da sociedade e da comunidade é demonstrada na próxima camada. Essas interações sociais e pressões ocultas influenciam o comportamento pessoal da camada abaixo, para melhor ou pior. Para os grupos mais próximos do fim da escala social, compostos por pessoas que vivem em condições de extrema privação, os indicadores de organização comunitária registram uma disponibilidade menor de redes e sistemas de apoio, além de menos serviços sociais e lazer em atividades comunitárias e modelos de segurança mais frágeis. No próximo nível, encontramos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais. Nesta camada, as pessoas em desvantagem social correm um*

risco diferenciado criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, e acesso menor aos serviços”.

“O último dos níveis inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo. Essas condições, como o estado econômico e as condições do mercado de trabalho do país, influenciam todas as outras camadas. O padrão de vida de uma dada sociedade, por exemplo, pode influenciar a escolha de um indivíduo sobre habitação, trabalho e interações sociais, assim como hábitos alimentares. Da mesma forma, alguns fatores podem influenciar o padrão de vida e a posição sócio-econômica, dependendo das crenças culturais sobre a posição das mulheres na sociedade, ou da atitude geral sobre as comunidades étnicas minoritárias”.



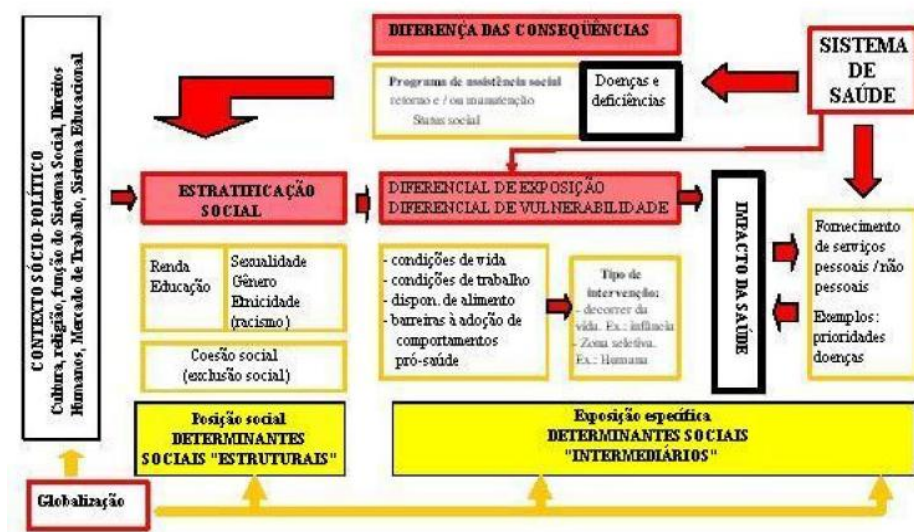
5.2 Diderichsen et al.: estratificação social e produção de doenças

### O Modelo da CDSH da OMS:

A CDSH entendeu ser necessário um modelo que incorpora-se as instâncias sociais onde geram-se as desigualdades de oportunidades e também inclui o sistema de saúde.

Propuseram então o modelo a seguir:

..... Antes de tratar da questão dos focos temáticos propostos, seria útil se familiarizar com a visão ampliada do modelo. Os assuntos principais são: (a) determinantes estruturais versus intermediários; (b) o que significa contexto sócio-político; e (c) níveis nos quais pode-se lidar com as iniquidades na saúde.



... Os determinantes estruturais são aqueles que geram estratificação social. Eles incluem fatores tradicionalmente ligados à renda e à educação. Hoje também é vital reconhecer gênero, etnicidade e sexualidade como estratificadores sociais. Um ponto central para nós é o aspecto de coesão social relacionado ao capital social. Os determinantes intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social subliminar, e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde. Aqui, a literatura reflete as discussões atuais sobre acúmulo de exposição e sobre seleção. Na categoria de determinantes intermediários nós incluímos: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos de população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável.

Entende a CSDH que as ações políticas devem dirigir-se aos principais focos em cada país ou região e, para tanto, selecionaram um conjunto de temas que podem servir de ponto de partida das análises e diretrizes de ação:

- Foco em áreas de impacto direto: Exclusão social e gênero;
- Inclusão de perspectiva para toda a vida: Desenvolvimento na infância;
- Foco em áreas ligadas ao Sistema de saúde;
- Foco na vulnerabilidade e na alta exposição: Condições de trabalho;
- Foco no rápido crescimento urbano: Assentamentos urbanos;
- Globalização como macro-determinante.

Os diferentes modelos explicativos dos DSS conduzem a diferentes modelos de intervenção que no geral propõem como medidas para redução das desigualdades promover a distribuição de renda e melhorias na educação, condições de trabalho e do sistema de saúde além do combate ao tabagismo (Stronks); fortalecimento dos indivíduos, das comunidades, melhorias do acesso a locais e serviços essenciais e mudanças culturais (Whitehead & Dahlgren); diminuição de desigualdades sociais, da exposição a fatores nocivos, da vulnerabilidade (por meio da educação) e reduzir as conseqüências das doenças (Diderichsen)

### **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil:**

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)<sup>7</sup> foi criada por Decreto Presidencial em março de 2006 - reunindo personalidades da sociedade civil e técnicos da área da saúde - e apresentou o seu Relatório Final<sup>8</sup> em abril de 2008. Ao elaborar seu Relatório a Comissão Nacional se propôs 3 objetivos:

- Traçar um panorama geral da saúde no Brasil reunindo dados, informações e conhecimentos sobre iniquidades geradas pelos determinantes sociais;
- Propor políticas, programas e intervenções relacionadas aos DSS a partir da avaliação das políticas em curso
- Descrever as atividades desenvolvidas pela Comissão.

Na análise da situação de saúde no Brasil a Comissão desenvolveu uma grande série de itens, baseada em dados de fontes oficiais principalmente no período de 1940 a 2000. A seguir apresentamos um aspecto importante de cada item recomendando – para casos de interesse ou necessidade - a leitura integral do trabalho.

1. **Situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica**, compreendendo a **urbanização** – mostrando o declínio do percentual da população economicamente ativa vinculada ao setor primário e crescimento do setor terciário no período de

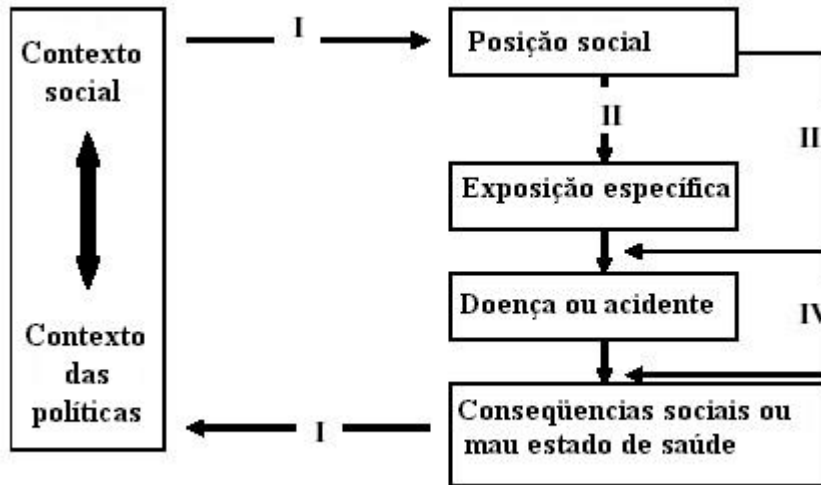
---

<sup>7</sup> <http://www.determinantes.fiocruz.br/>

<sup>8</sup> <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

1940 ao ano 2000; a população urbana passa de 31% a 81% nesse mesmo período e a população rural passa de 69 a 19% do total. **Transição demográfica** – redução da taxa de fecundidade de 6,2 para 2,3 filhos; todavia se observa diferença acentuada na fecundidade entre grupos sociais de renda variando de 5,5 a 1,1 filhos em mulheres sem rendimentos e mulheres com rendimentos médio mensal acima de 5 salários mínimos. Outros indicadores são o crescimento da população acima de 65 anos com previsão de crescimento da razão de dependência total (proporção da soma de jovens e idosos em relação à população em idade ativa, 15 a 65 anos). **Crescimento econômico e distribuição de renda** – embora entre 1960 e 2000 a renda per capita tivesse passado de 2060 a 5250 dólares segundo dados do “censo no ano 2000 cerca de 30% da população tinha uma renda familiar per capita menor que meio salário mínimo e 75% uma renda familiar *per capita* menor que dois salários mínimos, situando-se no outro extremo 3% da população com uma renda familiar per capita superior a 10 salários mínimos”; no período a distribuição de renda piorou (coeficiente de Gini de 0,50 a 0,61) com grandes desigualdades macro-regionais. **Desenvolvimento social e saúde** – o analfabetismo caiu de 56% em 1940 para 13,6 no ano 2000; a taxa de analfabetismo entre aqueles com renda inferior a meio salário mínimo chegava a 17,9% e a 1,3% entre aqueles com renda maior que 2 salários. Os anos de estudo, entre pessoas com 25 anos ou mais, eram de 3,9 anos naqueles no primeiro quintil de renda (os 20% menores) e de 10,2 anos no 5º quintil. A mortalidade infantil que era de 124 por mil nascidos vivos caiu para 25,1 em 2006 e a esperança de vida ao nascer que era de 51,6 anos aumentou para 72,4. No mesmo período a mortalidade por doenças cardiovasculares superou aquela devida às doenças infecciosas embora com grandes diferenças regionais.

**2. A estratificação socioeconômica e a saúde** – relevante porque a distribuição da saúde e das doenças “em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos”. Os diferenciais de saúde e doença segundo a posição dos indivíduos pode ser vista segundo o esquema de Diderichsen e Hallqvist (1998).



“De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos aparecem diferenciais, como o diferencial de exposição a riscos que causam danos à saúde (II), o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença frente à exposição a estes riscos (III) e o diferencial de consequências sociais ou físicas uma vez contraída a doença (IV).”

**3. Condições de vida, ambiente e trabalho:** “As condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos, assim como sua vulnerabilidade aos impactos ambientais estão fortemente influenciadas pela posição social que ocupam e que pode ser definida por meio de uma série de variáveis como renda, escolaridade, gênero, e outras (ver figura 2). Estas condições de vida e trabalho e seus efeitos psicossociais constituem um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos ou grupos, bem como os diferenciais observados entre eles. Analisando as condições materiais de vida e trabalho dos diversos grupos sociais, pode-se, em grande parte, responder a questões fundamentais como: Onde se originam as iniquidades em saúde entre grupos sociais? E quais são os caminhos pelos quais os determinantes sociais produzem as iniquidades em saúde?” **Alimentação e nutrição** – “Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras (especialmente hidrogenadas) e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos. Conforme já mencionado na seção em que foram tratados os processos de transição demográfica e epidemiológica, o processo de transição nutricional é também marcado pela sobreposição de padrões, pela temporalidade indefinida e, sobretudo, pelas desigualdades de acordo com a estratificação socioeconômica.” Esta mudança no padrão alimentar

é responsável pela maior incidência de obesidade e sobrepeso além de outras doenças crônicas do sistema musculoesquelético, cardiovascular e até de certos tipos de câncer.

**Saneamento básico e habitação** – “A pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) registrou melhoria nos índices de cobertura dos serviços de água e esgoto no período de 1999 a 2004. Segundo a PNAD 2004, o percentual de domicílios particulares permanentes atendidos por rede geral de abastecimento de água aumentou de 80% para 83% e o percentual de domicílios servidos por esgotamento sanitário adequado (rede coletora ou fossa séptica) aumentou de 65% para 70%, no referido período. Entretanto, há que se destacar as desigualdades regionais e entre municípios. Em 2005, enquanto nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente, 83% e 91% da população estavam cobertos pela rede geral de abastecimento de água, na região Norte a cobertura desses serviços alcançava apenas 54,8% da população e no Nordeste 72%.” Não podemos esquecer a importância do saneamento básico na redução da morbidade e mortalidade por doenças transmitidas pela água como a diarreia.

**Condições de emprego e trabalho** – “Os avanços tecnológicos e as mudanças industriais redefiniram o cenário do trabalho no Brasil, com a passagem de uma economia primariamente agrária e de mineração para uma economia industrial, com ênfase nas atividades de comércio e serviço. As características desse processo de transição tiveram por consequência importantes problemas sociais e econômicos que se expressam, por exemplo, por um crescimento constante do setor informal, salários baixos, maior insegurança no emprego e grandes diferenças sociais e regionais no que se refere a desemprego e trabalho infantil.”

**Ambiente e saúde** – “O impacto da poluição do ar na saúde, no Brasil, tem sido amplamente documentado na literatura. Vários estudos enfocam os efeitos de curto prazo provocados pela poluição do ar, embora esse fenômeno possa também provocar danos à saúde a médio e a longo prazo. Os estudos epidemiológicos utilizados na maioria das pesquisas sobre a relação “exposição-efeito da poluição do ar” fazem uso de dados secundários, tais como o número de óbitos, internações hospitalares, atendimentos realizados na rede básica de saúde, admissões em serviços de urgência por diversas causas, uso de medicamentos, procedimentos específicos, como a nebulização, dentre outros indicadores de saúde escolhidos, que podem ser apresentados de forma diária, semanal ou mensal. Os estudos têm mostrado que aumentos nos níveis de poluentes do ar se associam a aumentos na mortalidade e na morbidade, tanto por problemas respiratórios como cardiovasculares, em especial entre idosos e crianças. Outros efeitos referem-se a perdas econômicas, aumen-

to no absenteísmo escolar, dias de trabalho perdidos, asma e nebulizações.” **Acesso a Serviços de Saúde**- Os serviços de saúde possuem a capacidade de diminuir a exposição aos fatores de risco para a saúde de indivíduos e grupos, assim como a vulnerabilidade e, principalmente, as conseqüências da exposição a esses fatores de risco. O acesso equitativo aos serviços de saúde é, portanto, de grande importância para diminuir os diferenciais observados em relação a estes aspectos. A Constituição de 1988, além de reconhecer a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto constitucional, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos. Os princípios constitucionais incluem a universalização da assistência, garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema. **Acesso à Informação**- Um determinante social da saúde, cuja importância nem sempre é reconhecida com o destaque que merece é o acesso à informação. De fato, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. Por outro lado, a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade. As iniquidades de informação são, portanto, especialmente graves, pois ao reforçar a exclusão, têm o poder de gerar e ampliar outras iniquidades (Pellegrini Filho, 2002).

**4. Redes sociais, comunitárias e saúde** - As redes sociais e comunitárias, incluídas no modelo de Dahlgren e Whitehead entre os determinantes sociais da saúde, são constituintes do chamado capital social, entendido este como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Além do contato com amigos e parentes, diferentes formas de participação social como pertencer a grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes de recreação também representam formas pelas quais grupos de pessoas mantêm-se em contato e estabelecem vínculos sociais.

**5. Comportamentos, estilos de vida e saúde** - Esta seção trata dos comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde, que apesar de fortemente influenciados por fatores



econômicos, culturais e outros, são entendidos como determinantes sociais proximais, por estarem mais próximos e passíveis de controle e modificação por parte dos indivíduos. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), os fatores relacionados a comportamentos e estilos de vida como tabagismo, baixo consumo de frutas, de legumes e de verduras e consumo de álcool são os principais fatores de risco para morte por câncer em países de baixa e média renda. Estima-se que, nestes países, o tabagismo seja responsável por 18% das mortes por câncer; o baixo consumo de frutas, legumes e verduras, por 6%; o consumo de álcool, por 5%. O câncer e outras doenças crônicas são resultado da exposição ao longo da vida a vários fatores de risco que, além de concomitantes, podem potencializar-se mutuamente, indicando a necessidade de ações de prevenção que levem em conta a simultaneidade destes fatores ao longo da vida. Esta seção está baseada na revisão da literatura recente sobre dieta, exercício físico, tabagismo e alcoolismo e sua distribuição entre os diversos grupos sociais. **Dieta** - Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), a dieta é considerada como um dos fatores modificáveis mais importantes para o risco de doenças e agravos não transmissíveis (DANT). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos casos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer poderiam ser evitados com mudanças factíveis nos hábitos alimentares, níveis de atividade física e uso de produtos derivados do tabaco. Uma alimentação inadequada, rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados, e pobre em frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de diversas doenças como aterosclerose, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e câncer. **Atividade Física**- Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada em INCA (2006), a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, diminui o risco de obesidade, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. **Tabagismo e Alcoolismo**- O tabagismo é, hoje, amplamente reconhecido como doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2006), trata-se do mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais, atribuindo-se ao consumo de tabaco 45%

das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer.

O álcool, por sua vez, é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Segundo o INCA (2006), a mortalidade e a limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo. Calcula-se que, mundialmente, o álcool esteja relacionado a 3,2% de todas as mortes e 6,2 % das *Disabilities Adjusted Life Year* (DALY) dos países em desenvolvimento.

#### **6. Saúde Materno-infantil - A mortalidade na infância a partir de 1990**

Apesar de alguns avanços na cobertura das políticas públicas ao longo dos anos, ainda persistem fortes desigualdades econômicas e sociais no país, com reflexos negativos nas condições de vida de contingentes importantes de crianças, principalmente, aquelas residentes em áreas e regiões onde o desenvolvimento econômico não se deu na mesma intensidade daquele observado em áreas, como, do Centro-Sul do país. A reprodução de estruturas sociais, onde a pobreza é predominante, situação típica da Região Nordeste, continua tendo fortes impactos nas precárias condições de vida e de saúde das crianças, refletindo-se nos indicadores de mortalidade infantil e na infância que permanecem elevados, apesar da tendência de declínio observada nos anos mais recentes. *As desigualdades educacionais e de renda na mortalidade na infância* - Nos estudos dos diferenciais, a educação da mãe tem sido uma das principais variáveis socioeconômicas que tem originado impacto altamente positivo na redução dos índices de mortalidade, infantil e na infância, em decorrência da maior percepção que a mãe adquire no trato e cuidado da saúde dos filhos”.

Outros temas levantados pelo Relatório, referentes à saúde materno infantil são: o baixo peso ao nascer e nascimentos pré-termo; amamentação; estado nutricional; deficiências de micronutrientes; morbidade; desenvolvimento cognitivo; acesso, utilização e cobertura de serviços e programas de saúde; mortalidade; avaliação de programas e intervenções para superação de iniquidades em saúde infantil; bolsa família; programa de saúde da família; pastoral da criança e outros.

**7. Saúde indígena** - Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde, diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país (Coimbra et al, 2003;

Coimbra e Santos, 2004; Garnelo et al, 2003; Santos et al, 2008). No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem doenças crônicas não-transmissíveis, contaminação ambiental, crescente urbanização e dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar uns poucos exemplos.

### **A crítica ao enfoque do Determinantes Sociais da Saúde:**

A publicação do **Relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde** (2008) e do **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS – Redução das Desigualdades no Período de uma Geração**<sup>9</sup> (2010) desencadearam uma série de críticas, principalmente sobre aspectos conceituais e metodológicos, como os de Oliva; Escudero e Carmona<sup>2008</sup> citados por Nogueira:

*A postura de reunir evidências sobre os fatores sociais que criam as desigualdades em saúde tem as limitações do paradigma dominante na epidemiologia e saúde pública, na medida em que fragmenta a realidade em fatores, presumindo que mantêm sua capacidade explicativa e que estão sempre sujeitos a mudanças.*

*Os determinantes sociais, ao serem convertidos em fatores, perdem sua dimensão de processos sócio-históricos, expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, e facilita sua simplificação ao serem entendidos e expressos como fatores de risco, escolhas inadequadas de estilos de vida, etc.*

Ao criticar a perspectiva reducionista dos determinantes sociais, Nogueira<sup>10</sup> lembra que em todo(s) o(s) documento(s) não se explicita o que exatamente significa “determinantes sociais da saúde” e lembra Raphael, um autor canadense<sup>11</sup>

*Determinantes sociais da saúde 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 sãos ou se tornam enfermos (uma definição estreita de saúde). Determinantes sociais da saúde*

---

<sup>9</sup> [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf)

<sup>10</sup> Nogueira, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais – Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

<sup>11</sup> Raphael, D. Social determinants of health – Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press Inc., 2004

*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 (uma definição mais ampla de saúde). Determinantes sociais da saúde relacionam-se com a quantidade e qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível aos seus membros.(Raphael, 2004).* E conclui dizendo que “Raphael agrega que essa abordagem contrasta com o enfoque tradicional de risco, pelo qual se dá ênfase a fatores biomédicos e comportamentais tais como colesterol, obesidade, exercícios físicos, dieta e tabagismo”.

Um exemplo acabado deste tipo de reducionismo é o livro **Equity, social determinants and public health programs**<sup>12</sup>, coletânea de estudos dos determinantes sociais da saúde que impactam as condições de saúde e de intervenções promissoras para melhorar a equidade na saúde.

Finalmente, umas poucas palavras sobre o Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS – Redução das Desigualdades no Período de uma Geração. O Relatório segue os 3 princípios recomendados pela Comissão – Melhorar as condições de vida quotidiana; abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; quantificar e compreender o problema e avaliar o impacto da ação. Muito embora constitua, mais do que tudo, um conjunto de boas intenções que qualquer país ou cidade do mundo deseja e luta para poder implementar – no geral prescreve a troca do sinal: onde há falta preconiza investimentos, elevação e sustentação de salários onde eles são baixos e descontínuos, etc. O que o documento não diz é quais as razões que levaram às situações encontradas, porque os desequilíbrios e desajustes não são corrigidos e quais as dificuldades (econômicas, sociais, políticas, culturais) necessárias para produzir essas mudanças – tarefa essencialmente política e social e não exclusivamente técnica – dificilmente alcançável no tempo de apenas uma geração.

---

<sup>12</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/themes/prioritypublichealthconditions/en/index.html)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document, - Government of Canadá. Ottawa, Canadá, 1981
2. McKay, L. – Making the Lalonde Report. Towards a New Perspective on Health Project – Background Paper, October 2000
3. McKeown, T; Lowe, C.R. – Efecto de La disminución de la tasa de mortalidad en los problemas médicos, in: Introducción a la Medicina Social. Siglo Veintiuno Editores, México, 1981 (tradução primeira edição inglês 1966)
4. García, J.C. – Medicina e Sociedade: as Correntes de Pensamento no Campo da Saúde, in: Nunes, E.D. – Medicina Social – aspectos históricos e teóricos. Global editora, São Paulo, 1983.
5. Laurell, A.C. – A Saúde-Doença como Processo Social, in: Nunes, E.D. – Medicina Social – aspectos históricos e teóricos. Global editora, São Paulo, 1983.
6. World Health Organization – Health and Development in the 20th century, in: World Health Report, 1999
7. World Health Organization – Global Health Risks – Mortality and burden of disease attributable to major selected risks – WHO Press, Geneva, Switzerland, 2009 - disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/global\\_health\\_risks/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html)
8. Oliva, L.A.; Escudero, J.C.; Carmona, L.D. – Los determinants sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, Medicina Social, v.3, n.4, Nov. 2008, in: Nogueira, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais – Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

## ANEXO 1:

Perfis de Mortalidade, Municípios Brasileiros Selecionados – Cadernos de Informações de Saúde – DATASUS, Min. Saúde. 2010 (in: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pa.htm>)

