

Comunicação do conhecimento em determinantes sociais de saúde: uma revisão da produção científica

Communication of knowledge in social determinants of health: a review of scientific production

Comunicación del conocimiento en los determinantes sociales de la salud: una revisión de la producción científica

Ana Maria Barbieri Bedran-Martins¹
Fabiola Zioni.²

*Artigo resultante da dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública – USP, para a obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

**Financiamento: CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

***Ambas as autoras foram responsáveis pela elaboração, redação e aprovação do manuscrito.

RESUMO

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 da população. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) assim como as propostas de promoção da saúde remetem necessariamente à reflexão sobre a dinâmica social visto que está voltada para a transformação das condições de vida, o

que indica a pertinência de reflexão sobre seu tema. Esse estudo teve por objetivo identificar a produção científica em DSS na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), no período de 2004 a 2008, e apontar as áreas de interesse e tendências desse campo de estudo. A metodologia empregada foi a de uma revisão qualitativa realizada a partir de um levantamento de dados na consulta às seguintes bases de dados SCIELO e a na Biblioteca Virtual em Saúde. A análise da produção científica sobre DSS na FSP-USP permitiu mapear e ter uma visão abrangente da produção científica e das temáticas que têm direcionado os estudos sobre esta questão tão importante para a área da promoção da saúde. Os temas mais abordados nas produções científicas são iniquidade em relação ao acesso aos serviços sociais de saúde, ambiente de trabalho, comportamento e estilo de vida, água e esgoto e habitação. E os temas trabalhados em menor quantidade foram renda e redes sociais.

PALAVRAS-CHAVE: desigualdade em saúde; promoção da saúde; determinantes

1 Mestre em Saúde Pública - Universidade de São Paulo; Email: anabedran@usp.br

2 Professora Livre-Docente do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

sociais; determinantes de saúde.

ABSTRACT

Since the last decades, we can observe, both in the national literature, as in an international breakthrough in the study of relations between the way it organizes and develops a particular society and the health situation of the population. The Social Determinants of Health (SDH) as well as proposals for health promotion necessarily refer to reflection on the social dynamic as it is focused on the transformation of living conditions, which indicates the relevance of reflection on its subject. This study aimed to identify the scientific production in DSS at the School of Public Health (FSP), University of São Paulo (USP) in the period 2004 to 2008, and pinpoint areas of interest and trends of this field of study. The methodology employed was a qualitative review conducted from a survey of data in the query to the following databases and SCIELO Virtual Health Library in the analysis of scientific literature on DSS in FSP-USP map and have allowed a comprehensive view of scientific and thematic studies have focused on this issue so important to the area of health promotion. The themes addressed in scientific production are inequity regarding access to social services of health, work environment, behavior and lifestyle, water and sewerage and housing. And the issues were worked out in less income and social networks.

KEYWORDS: inequality in health, health promotion, social determinants, health determinants.

RESUMEN

Desde las últimas décadas, podemos observar, tanto en la literatura nacional, como en un éxito internacional en el estudio de las relaciones entre la forma en que organiza y desarrolla una sociedad en particular y la situación de salud de la población. Determinantes Sociales de la Salud (DSS), así como propuestas para la promoción de la salud se refiere necesariamente a la reflexión sobre la dinámica social, ya que se centra en la transformación de las condiciones de vida, lo que indica la importancia de la reflexión sobre su tema. Este estudio tuvo como objetivo identificar la producción científica en DSS de la Escuela de Salud Pública (FSP) de la Universidad de São Paulo (USP) en el período 2004 a 2008, e identificar áreas de interés y las tendencias de este campo de estudio. La metodología utilizada fue un estudio cualitativo realizado a partir de una encuesta de los datos de la consulta a las bases de datos y SCIELO Biblioteca Virtual en Salud en el análisis de la literatura científica sobre DSS en FSP-USP mapa y han permitido una visión global de los estudios científicos y temáticos centrado en esta cuestión tan importante para el área de promoción de la salud. Los temas abordados en la producción científica son la inequidad en el acceso a los servicios sociales de la salud, el medio ambiente de trabajo, comportamiento y estilo de vida de agua y alcantarillado y vivienda. Y los problemas se resolvieron en menos ingresos y las redes sociales.

PALAVRAS CLAVE: la desigualdad en salud: promoción de la salud, los determinantes sociales, determinantes de la salud.

INTRODUÇÃO

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, 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 saúde¹.

Existem diferentes conceitos sobre o que são os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), 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. Tarlov² 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 Raphael³, 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 a 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.

Assim como identificado por Almeida-Filho⁴, 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 Whitehead⁵, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias

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 1); Diderichsen e Hallqvist, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead; Mackenbach; e o modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson.

É possível observar no âmbito da leitura desses modelos 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 macrosociais, 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 Zioni⁶, 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.

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 modelo de Dahlgren e Whitehead, pois segundo a CNDSS⁷, 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 desse modelo se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e principalmente pela clareza na

visualização gráfica dos diversos DSS.

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. Ele inclui os DSS 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 1, que se segue, já mencionada.

Figura 1. Modelo de Dahlgren e Whitehead.
Fonte: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH

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). 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.

METODOLOGIA

A metodologia empregada nesse estudo foi a de uma revisão da produção científica de docentes, pesquisadores e alunos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo entre os anos de 2004 a 2008. A análise da produção científica baseou-se na consulta às seguintes bases de dados: SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) www.scielo.org e a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) www.bvsalud.org. Por produção científica, para efeito dessa pesquisa, entende-se a produção científica bibliográfica na forma de artigos. A busca 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.

Usamos o modelo de Dahlgren e Whitehead para ajudar a identificar a gama de DSS, e dos seguintes descritores: Saúde pública; Promoção da saúde; Políticas públicas; Saúde ambiental. Estes descritores foram cruzados, com os 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, 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 catalogados

em forma de ficha. 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 à categoria temática dos DSS que os trabalhos enfatizam.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento possibilitou identificar um total de 29 produções científicas realizadas entre o período de 2004 a 2008. Essas produções ocuparam-se de uma ampla variedade de objetos e temas de investigação, conforme observamos a seguir.

Gráfico 1 - Distribuição da produção científica sobre DSS realizada na FSP-USP, conforme enquadramento temático, nos anos de 2004 a 2008.

SERVIÇOS SOCIAIS DE SAÚDE

Ao todo foram identificados 8 artigos sobre o tema serviços sociais de saúde, sendo que o acesso inadequado ao serviço essencial de

saúde⁸ é um dos determinantes sociais de saúde mais importantes.

Goldbaum⁹ 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.

Ribeiro¹⁰, ao analisar o perfil sociodemográfico e o padrão de utilização de serviços de saúde para usuário e não-usuários do SUS em seus resultados, constatam que o SUS vem contribuindo para a universalização e equidade de acesso aos serviços de saúde, entretanto ainda é constatado uma maior dificuldade de acesso entre os indivíduos com piores condições socioeconômicas. Nessa mesma linha de estudos, Barros¹¹ ao analisar as desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas e o uso de serviços de saúde, detectou significativa desigualdade social no padrão das doenças crônicas, segundo gênero, cor/raça, nível de escolaridade, região de residência e situação de domicílio.

Amorim¹², ao analisarem fatores associados a não realização do exame de papanicolau no município de Campinas constataram que a limitação do acesso aos serviços de saúde, por barreiras socioeconômicas, culturais e geográficas também se apresentam como responsável pela baixa cobertura desse exame

para o controle do câncer de colo de útero. Os dados mostraram ainda uma presença de significativas desigualdades sócias e raciais na realização do exame, o desconhecimento sobre a importância desse exame e a referência do “constrangimento” citado pelas mulheres que nunca fizeram o exame. Resultados semelhantes encontrados em outro estudo publicado por esses mesmo autores no ano de 2008¹³, ao analisarem a prevalência da não realização do exame clínico das mamas e da mamografia em residentes na cidade nessa mesma cidade, onde se verificou que a não realização desses exames está associada à existência de desigualdade racial e social, apontando para a necessidade de estratégias para ampliação da cobertura das práticas preventivas, especialmente para os segmentos sociais mais vulneráveis.

Louvison¹⁴ 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.

Lima¹⁵, ao avaliar a influência da condição socioeconômica na relação entre transtornos mentais comuns, uso de serviços de saúde e de psicofármacos conclui uma correlação entre menor renda e à presença de transtorno mental comum, mas não ao uso de psicotrópicos; e que a associação entre o transtorno mental comum e uso de psicotrópicos e maior renda reforça a hipótese da existência de iniquidades no acesso

à assistência médica na população estudada.

Acesso a serviços de saúde apropriados impactam a saúde e bem-estar, principalmente na população menos favorecida. Acesso a instalações adequadas de cuidados, ofertas de serviços de cuidados e o acesso a informação adequadas, faz com se reduza a barreira ao acesso. Nessa linha de estudo, Lefèvre¹⁶ afirmam que através da difusão da informação por meio da internet, ou seja, na medida em que 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.

Conforme Travassos¹⁷, 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. Nesse estudo conclui-se que dos artigos recuperados e analisados sobre o tema foi abordado preferencialmente em relação a iniquidade em saúde a partir do acesso geográfico, econômico e cultural da utilização dos serviços de saúde.

AMBIENTE DE TRABALHO

Um total de 6 artigos sobre ambiente de trabalho foi identificado conforme os critérios estabelecidos. Estudos que versam sobre essa temática, em geral, 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 Saúde¹⁸, 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. Sendo necessário que haja essa integração do trabalho na análise dos condicionantes da saúde da população, por estar em geral, diretamente associado às formas de adoecimento.

Penteado¹⁹ em 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. Na linha da auto percepção da saúde de professores, Simões²⁰ em seu estudo que teve por escopo verificar a prevalência de alteração vocal auto referida em educadoras de creche constataram que existe uma alta prevalência de alteração vocal auto referida nessa população estudada, sendo esta diretamente associada à presença de alteração vocal detectada por avaliação, e que estas educadoras possuem uma adequada percepção para seus problemas de voz.

Martinez²¹ ao identificar as dimensões da saúde que estão associadas à capacidade para o trabalho e verificar se estas relações são influenciadas por características demográficas ou ocupacionais, resultou que as variáveis “tempo de emprego” e “satisfação no trabalho” foram as variáveis demográficas

relacionadas ao trabalho que apresentaram uma associação estatisticamente significativa e que as dimensões da saúde analisadas apresentaram também estatisticamente significativa com capacidade para o trabalho, sendo independentes de aspectos demográficos e ocupacionais. As autoras concluíram que independentemente de outras características, quanto melhor a qualidade de saúde física e mental, melhor a condição da capacidade para o trabalho.

Martinez²² em seu estudo para identificar o perfil auto-referido de saúde e da capacidade para o trabalho de eletricitários de São Paulo identificou que esses trabalhadores apresentaram perfil com condições sociodemográficas e estilo de vida positivamente diferenciados, com elevados padrão do estado de saúde e da capacidade para o trabalho quando comparados a outros grupos populacionais, porém observou-se uma prevalência importante de consumo abusivo de álcool e de excesso de peso.

Sarno²³ ao avaliar as prevalências de excesso de peso e pressão arterial a fatores associados em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador na cidade de São Paulo. Esse programa tem por objetivo melhores as condições nutricionais dos trabalhadores. Entretanto, este estudo demonstrou que esses trabalhadores apresentam prevalências elevadas de excesso de peso e de hipertensão arterial, principalmente no sexo masculino. Além disso, estas prevalências foram maiores em homens e menores em mulheres quando comparadas com as encontradas em estudos que avaliam a população adulta da cidade de São Paulo.

Tavolaro²⁴, 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 6 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.

COMPORTAMENTO, ESTILO DE VIDA E SAÚDE

Ao todo 5 artigos foram classificados nesta categoria. Os comportamentos individuais²⁵ e de estilo de vida que fazemos para nós mesmo são influenciados e causam impacto na nossa saúde. Fatores como fumar, beber e usar drogas ilícitas, ter uma dieta pobre em nutrientes, sedentarismo, são escolhas que os indivíduos fazem, que irão gerar consequências tanto no curto ou em longo prazo. A decisão de usar drogas, álcool, tabaco é, muitas vezes socialmente padronizada pela posição socioeconômica de um indivíduo.

Francisco²⁶ em um estudo sobre os fatores associados à doença pulmonar em idosos, observaram que a maior proporção da doença ocorreu nos grupo de pessoas com idade mais avançada, entre homens, nos que vivem sozinhos, nos de menor escolaridade. E em relação ao estilo de vida dessa coorte, o tabagismo apresentou-se como importante causador e/ou agravante da doença pulmonar

nos indivíduos idosos. Nessa mesma linha de estudos com idosos, Zaitune²⁷, observaram a prevalência de sedentarismo de forma estatisticamente significativa, entre os idosos fumantes e obesos. Observou-se também que menor renda, ser fumante, ter transtorno mental e ser do sexo feminino revelam-se associados positivamente ao sedentarismo no lazer. Em outro estudo cuja população também foram os idosos, Almeida²⁸ elaboram uma proposta de melhora no desempenho da memória de idosos como uma estratégia para a promoção da saúde dessa população, salientou-se a importância dos fatores comportamentais como determinantes da memória e de um estilo de vida saudável para o bom funcionamento da mesma, pois de acordo com Rowe e Kahn²⁹, o envelhecimento bem-sucedido depende basicamente da adoção de três comportamentos: evitar doença, incapacidades e fatores de risco relacionados; manter alto nível de capacidades físicas e mentais; e manter ou recobrar engajamento com a vida.

A modificação de um estilo de vida prejudicial à saúde culmina em uma diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças, para a manutenção e recuperação da saúde. Cervato³⁰, observaram mudanças de vários aspectos do consumo e do comportamento alimentar entre adultos e idosos em 4 universidades abertas para terceira idade. Observaram também que os fatores econômicos e familiares, apesar de constituírem uma pequena porcentagem, reforçam a idéia de que a determinação dos hábitos alimentares está relacionada a diferentes aspectos.

Godoy³¹ ao analisar a qualidade da dieta de adolescente residentes em um bairro na cidade de São Paulo, observou que 28% dos

adolescentes possuíam uma dieta inadequada. Observou também que o aumento de anos de estudo do chefe da família apresentou-se associado ao maior consumo de alimentos como cereais, pães, hortaliças, leites e derivados, demonstrando que os indivíduos com escolaridade mais elevadas tendem a possuir maior conhecimento para aquisição de alimentos, aumentando a variedade da dieta.

Em síntese, podemos observar nesses estudos que das 5 produções científicas encontradas, em 4 artigos o objeto da pesquisa foi a população idosa e uma produção cujo objeto de pesquisa foram os adolescentes. Foi possível observar também nesses estudos que os indivíduos mais vulneráveis, com menor nível de escolaridade tendem a adotar, com mais frequência, hábitos de vida prejudiciais à saúde.

ÁGUA, ESGOTO E LIXO

Embora tenham sido identificados apenas 4 artigos que tratam desta categoria temática, lista-se uma quantidade grande de trabalhos 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.

Razzolini³² 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. Nessa mesma linha, Giatti^{33,34} afirma que as doenças, principalmente as parasitárias intestinais estão diretamente relacionadas com precariedades em saneamento básico e a consequente degradação ambiental, sendo necessários um planejamento e implantação de medidas estruturais para o equacionamento dos problemas existentes. Seguindo nessa mesma linha, Rios³⁵ 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.

HABITAÇÃO

Quatro artigos discutiram a temática habitação. Farias^{36,37}, em dois estudos que teve por objetivo descrever as diferenças sociodemográficas observadas na evolução da epidemia de aids no município de São Paulo e a correlação com os índices de inclusão/exclusão social, observaram que os dados obtidos corroboram com as informações nacionais que mostram que a epidemia de aids vem apresentando um processo de “*periferização*”,

“pauperização” e “feminização”. Os autores concluíram que a morbi-mortalidade por AIDS pode ser influenciada por variáveis relacionadas com o entorno onde vivem, tais como oferta e utilização de bens e serviços, qualidade ambiental, nível de renda e organização sócia. Concluíram ainda que no período de estudo, a ocorrência de coeficientes de mortalidade por AIDS mais elevados na população feminina, residentes em distritos de maior exclusão social.

Gawryszewski³⁸ ao estudar os homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo encontraram uma diferença marcante nas taxas de mortalidade por homicídio nos diferentes distritos, mostrando mais uma vez, a profunda desigualdade existente na ocupação do espaço urbano. Observaram coincidência entre os indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e taxas altas de mortalidade por homicídio, considerando que o crescente processo de exclusão social contribui para o aumento da violência em áreas urbanas.

LOPES³⁹ ao analisar as áreas onde ocorrem a queima da palha de cana-de-açúcar no estado de São Paulo, e sua possível associação aos problemas respiratórios da população que vive em seu entorno, observaram que as informações obtidas sobre as áreas de plantio de cana de açúcar, limites de mesoregiões e de municípios e focos de calor, foi observado a coincidência das concentrações de tais focos sobre as áreas de plantio de cana-de-açúcar. Observou-se também que os municípios com mais altos coeficientes de internações por afecções das vias respiratórias situam-se nas áreas onde ocorrem as maiores concentrações de queimadas. Entretanto, os autores não conseguiram correlacionar os agravos à saúde

com as queimadas, mas sim uma possível correlação entre queima de cana-de-açúcar e internações respiratórias.

RENDA

Martins⁴⁰ 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.

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.

REDES SOCIAIS, COMUNITÁRIAS E SAÚDE

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. Na literatura encontramos diversos conceitos de redes sociais. Entretanto os termos mais frequentes são apoio social e redes sociais. Adicionalmente, também foi citado termos como integração social, relações sociais, ancoragem social e vínculos sociais empregados em diferentes contextos possíveis.

São poucos os estudos na literatura brasileira que relacionam redes sociais e comunitárias com agravos em saúde, não obstante, encontramos um único artigo durante a coleta de dados. Souza⁴¹ 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. Que esses indivíduos se empoderem, no sentido de aumentarem suas habilidades individuais e coletivas, além de desempenharem maior controle sobre suas vidas.

CONCLUSÃO

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 salários⁴⁹. O Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde⁴³ identificou, no período de 2004 a 2006, mais de 80 programas sociais destinados à melhoria das condições socioeconômicas das populações em maior vulnerabilidade. 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 análise da produção científica sobre DSS na FSP-USP, permitiu mapear e ter uma visão abrangente da produção científica e das temáticas que têm direcionado os estudos sobre esta questão tão importante para a área da promoção da saúde. Os temas mais abordados nas produções científicas são iniquidade em relação ao acesso aos serviços sociais de saúde,

ambiente de trabalho, comportamento e estilo de vida, água e esgoto e habitação. E os temas trabalhados em menor quantidade foram, renda e redes sociais. 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.

Para Whitehead, existem 4 categorias de intervenções que visam combater as desigualdades em saúde: fortalecimento dos indivíduos através de medidas de educação em saúde; fortalecer as comunidades; melhoria das condições de vida e trabalho e acesso a bens e serviços essenciais; e promoção de macro políticas de saúde. No presente estudo foi possível a identificação das 3 primeiras categorias de intervenções sendo que a quarta categoria que trata da promoção de macro políticas de saúde devido a sua importância seja um importante foco de pesquisa no futuro.

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, pois, a falta de especificidade dos descritores utilizados pelos autores obriga o pesquisador a 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.

Outra dificuldade encontrada foi em relação a definição do tema mais abrangente a que se

referia a produção científica pois a temática DSS apresenta nas maioria da vezes grande dificuldade em se definir quando tratamos dos DSS das camadas mais distantes e também que esses temas se interagem com outros da mesma camada ou de camadas diferentes.

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.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2005.
2. Tarlov AR. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, et al. Health and social organization: toward a health policy for the 21st century. Londo: Routledge; 1996.
3. Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspective. Toronto: Canadian scholars' press Inc; 2004.
4. Almeida Filho M, Novaes HMD, Alencar GP. Mortalidade neonatal no município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2002; abr.5(1):93-107.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Inter Journal of

Health Services. 1992;22(30):429-445.

6. Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saúde e Sociedade*. 2007;16(3):26-34.

7. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final. 2008; abr.

8. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for talking social inequities in health: Levelling up part 1. World Health Organization. Regional Office for Europe. Denmark;2007.

9. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no municípios de São Paulo. *Revista Saúde Pública*. São Paulo. 2005;39(1):90-99.

10. Ribeiro MCS, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. 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. 2006;11(4):1011-1022.

11. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2006;11(4):911-926.

12. Amorim VMSL, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M, Fatores associados à não realização do exame de papanicolau: um estudo de base populacional

no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2006 nov.;22(11):2329-2338.

13. Amorim VMSL, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2008 nov.;24(11):2623-2632.

14. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, ALMEIDA ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2008; 42(4):733-740.

15. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2008; 42(4):717-723.

16. Lefrèvre F, Lefèvre AMC, Madeira W. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento no campo da saúde-doença. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. 2007;16(3):149-157.

17. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panam Salud Pública*. 2002 maio/jun;11(5):365-373.

18. Ministério da Saúde (Brasil). Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, 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.

19. Penteadó RZ, Pereira IMTB. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2007;41(2):236-243.

20. Simões M, Latorre MRDO. Prevalência de alteração vocal em educadores e sua relação com a auto-percepção. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(6):1013-1018.

21. Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. *Revista de Saúde Pública*. 2006;40(5):851-858.

22. Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do estado de São Paulo. *Ciência & saúde Coletiva*. 2008;13(3):1061-1073.

23. Sarno F, Bandoni DH, Jaime PC. Excesso de peso e hipertensão arterial em trabalhadores de empresas beneficiadas pelo Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11(3):453-462.

24. Tavolaro P, Pereira IMTB, Pelicioni MCF, Oliveira CAF. Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2007;41(2):307-312.

25. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures

Studies;2007:14.

26. Francisco PMSB, Donalísio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2006;40(3):428-435.

27. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007;23(6):1329-1338.

28. Almeida MHM, Berger MLM, Watanabe HAW. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde & Educação*. São Paulo. 2007 mai/ago.:11(22):271-280.

29. Rowe JW, Kahn RL. The structure of successful aging. In: ____ *Successful aging*. New York: Dell Publishing. 1998;36-52.

30. Cervato AM, Dernil AM. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a terceira idade. *Revista de Nutrição*. Campinas. 2005, jan/fev.;18(1):41-52.

31. Godoy FC, Andrade SC, Morimoto JM, Carandina L, Goldbaum M, Barros MBA, Cesar CLG, Fisberg RM. Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes na distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil. *Revista de Nutrição*. Campinas. 2006, nov/dez.;19(6):663-671.

32. Razzolini MTP, Günther WMR. Impactos na saúde das deficiências de acesso a água. *Saúde e Sociedade*. 2008;17(1):21-32.

33. Giatti LL, Rocha AA, Santos FA, Bitencourt SC, Pieroni SEM. Condições de saneamento básico em Iporanga, Estados de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2004;38(4):571-577.

34. Giatti LL, Rocha AA, Toledo RF, Barreira LP, Rios L, Pelicioni MCF, Mutti LV, Cutolo SA. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1711-1723.

35. Rios L, Cutolo SA, Castro M, Rocha AA, Toledo RF, Barreira LP, Rios L, Pelicioni MCF, Santos JG. Prevalência de parasitos intestinais e aspectos socioambientais em comunidades indígenas no distrito de Iauaretê, município de São Gabriel da Cachoeira (AM), Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo. 2007;16(2):76-86.

36. Farias N, Cesar CLG. Tendências da morb-mortalidade por Aids e condições socioeconômicas no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo. 2004;7(4):489-501.

37. Farias N, Cardoso MR. Mortalidade por Aids e indicadores sociais no município de São Paulo, 1994 a 2002. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2005;39(2):198-205.

38. Gawryszewski VP, Costa LS. Homicídios e desigualdades sociais no município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2005;39(2):191-197.

39. Lopes FS, Ribeiro H. Mapeamento de internações hospitalares por problemas respiratórios e possíveis associações à

exposição humana aos produtos da queima da palha de cana-açúcar no estado de São Paulo. *Revista Brasileira Epidemiologia*. 2006;9(2):215-225.

40. Martins IS, Marinho SP, Oliveira DC, Araújo EAC. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2007;12(6):1553-1565.

41. Souza ES, Silva SRV, Caricari AM. Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. 2007;41(esp):810-840.

42. Ministério da Saúde (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.

43. Bamba C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64:284-291.

Artigo apresentado em: 07/10/2013

Artigo aprovado em: 25/11/2013

Artigo publicado no sistema em 3/12/2013