

Capítulo 3

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Juan Stuardo Yazlle Rocha¹

Milton Roberto Laprega¹

Resumo:

O capítulo trata do desenvolvimento do conhecimento acerca das causas que levam ao adoecimento de pessoas e populações. O estudo das diferenças observadas nas doenças que acometem grupos sociais e populações levou ao conhecimento das causas que originam - e explicam – a determinação das enfermidades. Este conhecimento é muito importante porque ele fundamenta as estratégias para o combate às enfermidades que mais acometem as populações – e as políticas que podem melhorar o nível de saúde de todos. O objetivo deste capítulo é apresentar de forma bastante resumida a evolução do pensamento em relação a essas questões, com foco especial na discussão proposta recentemente pela OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

Por que as pessoas adoecem? Porque adoecem diferentemente umas das outras? Essa é uma preocupação que sempre esteve presente na história da humanidade. As explicações sofreram variações ao longo do tempo e é preciso distinguir entre a abordagem de um caso individual e a causalidade e distribuição das doenças nas populações. No primeiro caso, na abordagem clínica, com uma boa e cuidadosa anamnese, com avaliação da história do paciente e de sua família, conhecimento de seu local de moradia, suas condições de trabalho, seus sinais e sintomas, é possível fazer um diagnóstico e encontrar uma explicação bastante aproximada para o aparecimento do problema de saúde. Quando se analisa a distribuição e a determinação dos processos e estados de

¹ Docente, Departamento de Medicina Social da Fac. Medicina de Ribeirão Preto - USP

saúde e doença das populações, o paradigma clínico é insuficiente, sendo esse o papel da Epidemiologia.

Modelos Explicativos da doença na sociedade

Na Antiguidade, as primeiras interpretações podem ser separadas em duas vertentes: a presente entre os assírios, caldeus, hebreus e egípcios, que considerava o corpo como receptáculo de alguma causa externa (natural ou sobrenatural) e a outra, mais totalizante, presente entre os gregos, chineses e hindus, que considerava a doença como consequência do desequilíbrio entre os elementos do corpo humano, provocado por alguma alteração do meio ambiente¹. Essas duas maneiras de ver a questão da causalidade persistiram e ainda estão presentes nos dias de hoje. Aliás, em momento nenhum da história existiu apenas uma maneira de interpretar a origem das doenças. Sempre coexistiram diferentes concepções, frequentemente antagônicas, com predomínio de uma ou de outra.

A visão hipocrática, surgida na Antiguidade, que se baseava no equilíbrio entre os humores do corpo humano prevaleceu durante toda a Idade Média, período em que a discussão sobre a causalidade permaneceu praticamente estagnada, porém contaminada de conteúdo religioso, que atribuía responsabilidade aos pecadores, judeus, ciganos, feiticeiros, etc.

No final do período feudal a discussão da causalidade é retomada, com a medicina voltando a ser exercida por leigos. Existiriam, segundo pensadores da época, partículas invisíveis – chamadas de miasmas - que eram responsáveis pela produção das doenças e que provinham dos pântanos e outras regiões insalubres e atingiam os homens.

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, ligada aos movimentos revolucionários multiplicam-se as observações e experimentos dando origem ao aparecimento da bacteriologia. Outra ideia partia da concepção de que a causa das doenças é um (fenômeno) social. Neumann, expoente dessa corrente afirmava em 1847 que “a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social e, enquanto isso não for reconhecido na prática, não poderemos usufruir seus benefícios”. Para esse pensador “é dever da sociedade, isto é, do Estado, proteger e, quando em perigo, salvar as vidas e a saúde dos cidadãos”. Essas duas correntes de pensamento coexistiram e se opuseram e inspiraram práticas diferentes de proteção à saúde. Vemos, pois, que há mais de 160

anos, logo depois da revolução francesa, é possível encontrar que “saúde é um direito do cidadão e dever do Estado”, inserido na Constituição brasileira em 1988.

Com o desenvolvimento da bacteriologia, a teoria dos miasmas e a discussão da causalidade social das doenças foram deixadas de lado e deram lugar à busca de uma causa externa, passível de detecção por análise, a existência de um micro-organismo, inaugurando assim um período de predominância de uma **concepção unicausal**, ou seja, para cada doença haveria um agente que deveria ser descoberto pela ciência e possibilitando seu combate através de agentes químicos ou vacinas.

Essa concepção, entretanto, mostrou-se insuficiente. A realidade mostrava que na maioria das vezes a causalidade era um fenômeno muito mais complexo e que a unicausalidade tinha um papel útil nas doenças infectocontagiosas, mas era absolutamente insuficiente, por exemplo, nas doenças crônico-degenerativas. Surgiram então teorias **multicausais** cujos expoentes mais conhecidos são Brian MacMahon e Leavell & Clark.

MacMahon considerava “toda a genealogia mais propriamente como uma rede, que em sua complexidade e origem fica além de nossa compreensão” e para ele, o papel da epidemiologia seria, por meio de estudos científicos, reconstruir na teoria a **rede de causalidade** encontrada no mundo real. Para esse autor não é necessário conhecer os mecanismos causais em sua integralidade, sendo suficiente encontrar alguma associação estatística entre fatores associados à doença que permita algum grau de intervenção por meio da saúde pública¹.

Leavell & Clark mantém na essência a concepção de que a causalidade é um fenômeno multifatorial, mas ao invés de disporem os fatores numa rede de causalidade, os dispõem em uma tríade ecológica constituída por fatores relacionados com o agente, com o hospedeiro e com o meio ambiente. Desenvolvem também o modelo da História Natural da Doença, segundo o qual toda doença tem uma história natural que deve ser desvendada de forma a permitir algum grau de intervenção. É desses autores a elaboração da proposta de níveis de prevenção, largamente utilizada nas discussões e na prática atual da saúde.

Até o início da década dos anos setenta do passado século a área de saúde 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. Em meados da década dos anos setenta as autoridades de saúde do Canadá concluíram que as causas das doenças no país não poderiam ser combatidas pelos sistemas de saúde provinciais, pois elas 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 então Ministro Marc Lalonde². 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. Dessa maneira, propuseram um novo conceito do ***Campo da Saúde*** apresentado no esquema a seguir.

O Conceito do Campo da Saúde

(1) Estilo de Vida	(2) Ambiente
(4) Tecnologia/Pesquisas/Fatores Endógenos/Biologia Humana	(3) Organização da Atenção à Saúde

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 inclui 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 modelo explica 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 população²). A consequência mais importante é que o esforço para elevar o nível de saúde das populações deve contar com a participação da mesma.

Outra visão é a defendida por alguns autores da chamada **Medicina Social** de origem européia, 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 precárias condições de vida e trabalho, mantidas pelas condições de exploração da mão de obra no início da industrialização. Nessa perspectiva não poderia haver 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 das décadas dos anos 60 e 70 – período que coincide com ditaduras e governos militares em vários países do continente – que catalisaram pessoas e grupos na área da saúde na luta pela redemocratização e transformação das condições de vida e trabalho da população com avanços significativos. Todavia estes movimentos sofreram grande refluxo após a queda do muro de Berlim (1989) e dissolução do bloco de países socialistas, perdendo em grande parte o paradigma orientador das suas ações³.

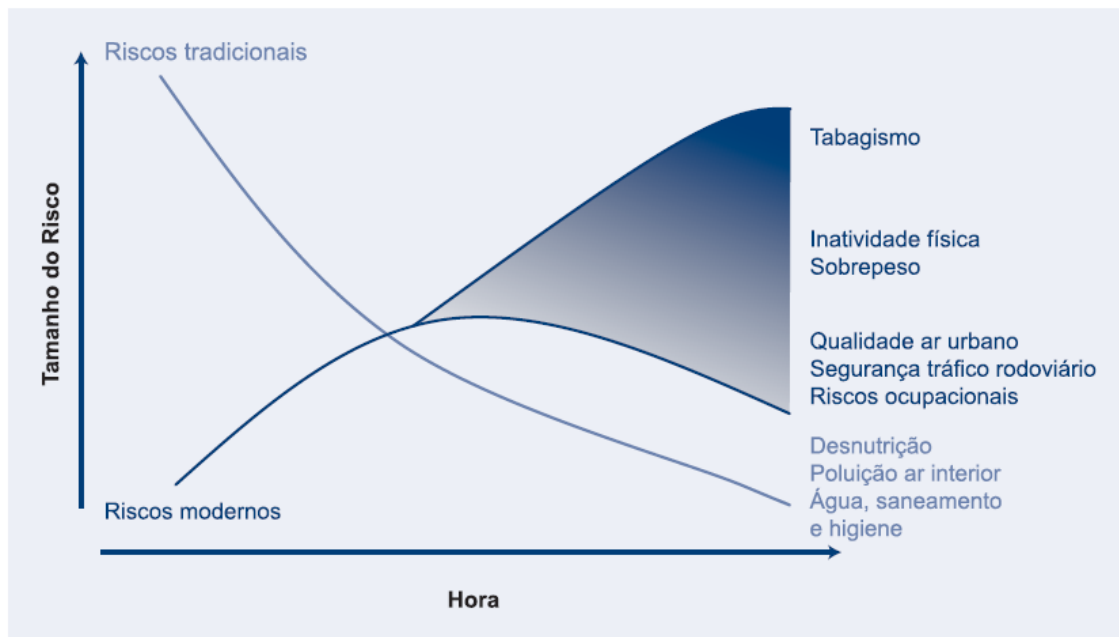
Doenças e riscos para a saúde no século XXI:

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**⁶ 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 Saúde⁷ elaborado com dados de 2004 confirma a grande mudança no padrão de causas de morbidade e mortalidade. Na figura abaixo, extraída daquela publi-

² Tradução livre dos autores

³ 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

cação 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.



Os fatores de risco não estão distribuídos igualmente entre países e regiões apresentando diferenças significativas segundo o produto interno bruto dos países. Na tabela 3.1 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.

Tabela 3.1: Classificação dos fatores de risco selecionados: os dez fatores de risco de morte mais frequentes segundo grupos de renda, 2004							
Fator de risco		Mortes (milhões)	Porcentagem do total	Fator de risco		Mortes (milhões)	Porcentagem do total
Mundo				Países de renda baixa ^a			
1	Pressão sanguínea elevada	7.5	12.8	1	Baixo peso na infância	2.0	7.8
2	Tabagismo	5.1	8.7	2	Pressão sangui- nea elevada	2.0	7.5
3	Glicemia elevada	3.4	5.8	3	Sexo não seguro	1.7	6.6
4	Inatividade física	3.2	5.5	4	Higiene, sanea- mento e água	1.6	6.1
5	Obesidade e sobrepeso	2.8	4.8	5	Glicemia elevada	1.3	4.9
6	Colesterol elevado	2.6	4.5	6	Fumaça interior de combustíveis sólidos	1.3	4.8
7	Sexo não seguro	2.4	4.0	7	Tabagismo	1.0	3.9

Tabela 3.1: Continuação							
	Fator de risco	Mortes (milhões)	Porcentagem do total		Fator de risco	Mortes (milhões)	Porcentagem do total
	Mundo				Países de renda baixa ^a		
8	Uso de álcool	2.3	3.8	8	Inatividade física	1.0	3.8
9	Baixo peso na infância	2.2	3.8	9	Amamentação deficiente	1.0	3.7
10	Fumaça interior combustíveis sólidos	2.0	3.3	10	Colesterol elevado	0.9	3.4
Países de renda média				Países de renda alta			
1	Pressão sanguínea elevada	4.2	17.2	1	Tabagismo	1.5	17.9
2	Tabagismo	2.6	10.8	2	Pressão sanguínea elevada	1.4	16.8
3	Obesidade e sobrepeso	1.6	6.7	3	Obesidade e sobrepeso	0.7	8.4
4	Inatividade física	1.6	6.6	4	Inatividade física	0.6	7.7
5	Alcoolismo	1.6	6.4	5	Glicemia elevada	0.6	7.0
6	Glicemia elevada	1.5	6.3	6	Colesterol elevado	0.5	5.8
7	Colesterol elevado	1.3	5.2	7	Baixa ingestão de frutas e verduras	0.2	2.5
8	Baixa ingestão de frutas e verduras	0.9	3.9	8	Poluição do ar urbano	0.2	2.5
9	Fumaça interior de combustíveis sólidos	0.7	2.8	9	Alcoolismo	0.1	1.6
10	Poluição do ar urbano	0.7	2.8	10	Riscos ocupacionais	0.1	1.1

^aCountries 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. 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.

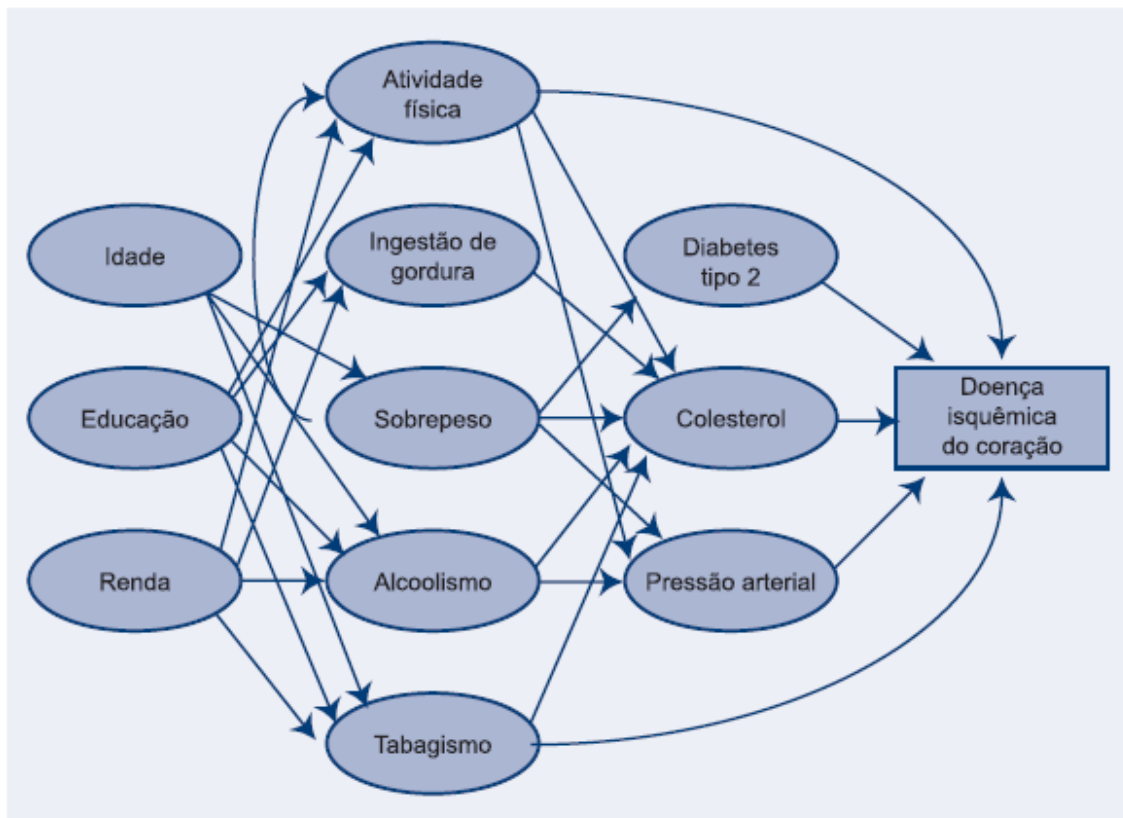


Figure 3.2: A cadeia causal. São apresentadas as principais causas da cardiopatia isquêmica. As setas indicam algumas (não todas) as vias pelas quais essas causas interagem.

A DETERMINAÇÃO SOCIAL DAS DOENÇAS:

Em março de 2005 a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde composta por pesquisadores e membros da sociedade civil com o objetivo de estudar e apresentar recomendações sobre como combater as desigualdades em saúde. No documento preliminar “Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde” de maio de 2005, “os determinantes sociais

de saúde (SDH da sigla em inglês) são definidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham – merecendo especial atenção aquelas que podem ser modificadas”. A Comissão propôs o conceito de equidade, que pode ser definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis - segundo o documento 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. Uma vez definido esse valor como pressuposto, a Comissão pôs-se a examinar modelos de determinantes de saúde dos quais selecionamos o primeiro que foi adotado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde no Brasil.

O modelo de Dahlgren e Whitehead

A figura abaixo representa o modelo proposto por esses autores: os indivíduos ocupam o centro com suas características de gênero, idade e fatores genéticos. A camada seguinte representa o comportamento, hábitos e os estilos de vida. A influência da sociedade e da comunidade é demonstrada na próxima camada. “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 preva-
lentes 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”.



Diferentes modelos explicativos dos DSS conduzem a diferentes modelos de intervenção que no geral propõem medidas para redução das desigualdades como 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 consequências das doenças (Diderichsen)

As recomendações podem ser sintetizadas em três princípios gerais:

- 1 – melhorar as condições da vida quotidiana: as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- 2 – combater a distribuição desigual do poder, dinheiro e recursos – os responsáveis estruturais dessas condições da vida quotidiana – global, nacional e localmente.
- 3 – medir o problema, avaliar a ação, expandir a base de conhecimento, desenvolver uma força de trabalho treinada nos determinantes sociais da saúde, e sensibilizar a opinião pública sobre os determinantes da saúde.

As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil:

No Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁴ 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 Final⁵ em abril de 2008. Ao elaborar seu Relatório a Comissão Nacional se propôs a traçar um panorama geral da saúde no Brasil e a sugerir políticas, programas e intervenções relacionadas aos DSS.

A Comissão desenvolveu um diagnóstico abrangente, baseado em dados de fontes oficiais principalmente no período de 1940 a 2000, agrupando seus resultados em sete seções, para as quais propõe o estabelecimento de políticas públicas intersetoriais que combatam os principais fatores de risco apontados e que atuam em posições diferentes na determinação da distribuição dos problemas de saúde da população brasileira:

1. Situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica:

No período de 1940 a 2000 o país sofreu forte **urbanização**, com a população urbana passando de 31% a 81% com queda da população trabalhando no setor primário, crescimento do setor secundário e forte crescimento do setor terciário, que passou de 20% em 1940 para 60% em 2000.

A queda da fecundidade aliada à diminuição das taxas de mortalidade tem levado a mudanças na estrutura populacional da população com acumulação de pessoas mais idosas e crescimento da razão de dependência. Esse fenômeno, conhecido como **Transição demográfica** tem profunda repercussão no perfil epidemiológico da população e na organização dos serviços de saúde.

Com relação ao **Crescimento econômico e distribuição de renda**, destaca que o país permanece como um dos campeões mundiais em concentração de renda apesar de melhorias recentes associadas a estabilidade macroeconômica, valorização do salário mínimo e aos programas de transferência de renda intensificados nos últimos anos.

Ainda nessa seção o relatório discute aspectos do **desenvolvimento social como educação e saúde**: o analfabetismo caiu de 56% em 1940 para 13,6 no ano 2000; a

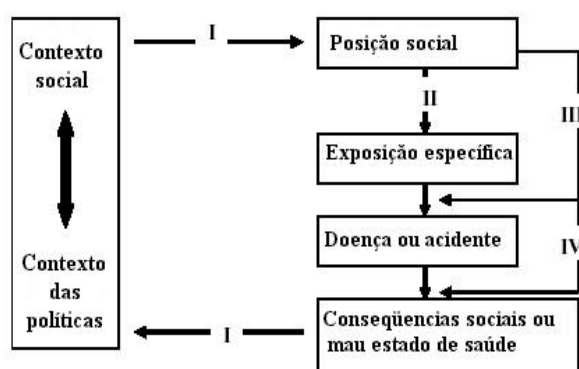
⁴ <http://www.determinantes.fiocruz.br/>

⁵ <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

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:

A segunda seção cuida de discutir a relação entre as condições de vida e trabalho de indivíduos e grupos e o nível de saúde apresentado. Como referencial teórico a Comissão utilizou o esquema de Diderichsen e Hallqvist (1998) apresentado abaixo.



Segundo os autores desse esquema as condições socioeconômicas, culturais e ambientais em uma dada sociedade geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde.

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. 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?” Para responder a essas questões os autores desenvolvem considerações acerca dos seguintes aspectos:

- Alimentação e nutrição
- Saneamento básico e habitação
- Condições de emprego e trabalho
- Ambiente e saúde
- Acesso a Serviços de Saúde
- Acesso à Informação

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...”

Dieta – 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.

Atividade Física - 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 o 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.

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 a 6,2 % dos anos de vida ajustados perdidos por incapacidade (*Disabilities Adjusted Life Year (DALY)*) nos países em desenvolvimento.”

6. Saúde Materno-infantil

A mortalidade na infância a partir de 1990 – Para os autores do Relatório, apesar dos avanços ocorridos nos últimos anos, a reprodução de estruturas sociais onde a pobreza é predominante continua tendo fortes impactos nas 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 – Em relação à saúde materno-infantil o estudo considera importante a educação da mãe na determinação da redução dos índices de mortalidade infantil. Além desse outros temas são levantados pelo Relatório, como: 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

O quadro de saúde dos povos indígenas é bastante complexo e dinâmico e vem sofrendo novos desafios que dizem respeito ao avanço das doenças crônico-degenerativas, contaminação ambiental, crescente urbanização e dificuldades na sustentabilidade alimentar, entre outros.

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**⁶ (2010) desencadearam uma série de críticas, principalmente sobre aspectos conceituais e metodológicos, como os de Oliva; Escudero e Carmona²⁰⁰⁸ 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, Nogueira⁷ lembra que em todo(s) o(s) documento(s) não se explicita o que exatamente significa “determinantes sociais da saúde” e lembra Raphael⁸

Determinantes sociais da saúde são condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo. Determi-

⁶ http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

⁷ Nogueira, R.P. Determinantes, determinação e determinismo sociais – Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

⁸ Raphael, D. Social determinants of health – Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press Inc., 2004

nantes sociais da saúde determinam também se os indivíduos se mantêm sãos ou se tornam enfermos (uma definição estreita de saúde). Determinantes sociais da saúde também determinam a extensão em relação a qual uma pessoa possui os recursos físicos, sociais e pessoais para identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente (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). No livro citado refere trabalho realizado na Conferencia de 2002 da York University sobre os Determinantes Sociais da Saúde onde se estabeleceram critérios para a seleção dos determinantes sociais – consistência com a literatura de saúde, com o entendimento acerca dos fatores que afetam a saúde, ser atuais e relevantes e estar alinhados com gestores e valores de cidadania. Com esses critérios selecionaram 11 determinantes sociais da saúde no Canadá: a vida na infância, educação, condições de emprego e trabalho, segurança alimentar, serviços de saúde, habitação, a renda e a sua distribuição, redes sociais de apoio, exclusão social, desemprego e seguridade no trabalho. Nogueira conclui dizendo que “a abordagem (de Raphael) 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”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Laprega, M.R. Processo Saúde-Doença e Níveis de Prevenção in Fundamentos de Epidemiologia, 2ª edição. Barueri, SP: Manole, 2011.
2. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document, - Government of Canadá. Ottawa, Canadá, 1981
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
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.