



Determinantes



As desigualdades nas condições de saúde entre indivíduos ou grupos são vistas como “naturais”. No entanto são decorrentes da organização social que determina a inclusão ou exclusão social e que se revelam perversas. Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade. As políticas e programas de governo devem interferir nessas determinações. Em 13 de março de 2006, por Decreto Presidencial, instaurou-se a Comissão Nacional sobre os DSS (CNDSS). Desta complexa tarefa nossa entrevistada participou na coordenação de um dos grupos de trabalho.

Marcia Faria Westphal **Prof. Titular da Faculdade** **de Saúde Pública - USP**

Formada em Ciências Sociais pela PUC-SP, atualmente é Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo onde publica artigos e orienta estudantes de pós-graduação em projetos de Promoção da Saúde, é também Presidente do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC), colaborador da Organização Mundial de Saúde.

A senhora poderia explicitar a linha de pesquisa de determinantes sociais que vem sendo desenvolvida pelo CEPEDOC e quais as expectativas sobre o resultado das pesquisas para a política de saúde municipal?

Desde que escolhemos a Promoção de Saúde como área de trabalho, assumimos que esta tem uma ampla causalidade: biológica, social, econômica, cultural, educacional, entre outras. A saúde é produzida no cotidiano de vida da população, pela conjunção das

condições em que as pessoas vivem e seu potencial genético. Nosso trabalho tem sido baseado em reflexões teóricas, relacionadas à contribuição das ciências humanas e sociais para o campo da saúde. Nossas pesquisas buscam subsídios empíricos que possam evidenciar a relação existente entre a justiça social, que inspira o enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde, com o contexto social contemporâneo e paradigmas que vão de encontro à idéia de determinação social. Procuram, ao mesmo tempo, focalizar questões éticas

Sociais da Saúde

e reforçar a importância da dimensão social do processo saúde-doença, o que implica em uma re-politização do campo da saúde.

Um dos pilares da proposta é a participação de grupos da população nos processos de tomada de decisões, fundamental para o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, o empoderamento comunitário e para que as políticas sejam implementadas.

Entretanto, reconhecemos as limitações para o enfrentamento dos desafios colocados pela fragmentação da sociedade e os novos níveis de pobreza e exclusão social. Desta forma, investigamos os determinantes sociais que podem ser equacionados ao nível das cidades ou de territórios menores da mesma, por exemplo, ou como os gestores de uma cidade conduzem as políticas dos diferentes setores de governo e fazem parcerias com ONGS e com o setor privado, para promover o desenvolvimento local e a melhoria das condições de vida e saúde.

Tudo isto está sendo colocado em prática em um projeto nacional de avaliação dos efeitos das agendas de desenvolvimento local, Agenda 21, Cidades Saudáveis, Desenvolvimento Local Integrado Sustentado, utilizando a consecução ou não das metas do milênio como indicadores de sucesso dos municípios brasileiros que desenvolvem uma destas agendas.

Esses indicadores referem-se à melhoria de condições de saúde, educação, saneamento básico, entre outros e têm como objetivo contribuir para uma análise das agendas de governo em todo país, avaliando se a adoção de uma delas por um município faz diferença, isto é, se a saúde positiva está sendo construída ao mesmo tempo em que está se ampliando o desenvolvimento do município.

Para isto escolhemos municípios “casos” e “controles” semelhantes a eles. Estudamos entre casos e controles 281 municípios e a conclusão que chegamos foi que, nos municípios estudados, estas agendas não influíram significativamente nos indicadores dos objetivos do milênio. No entanto, uma análise qualitativa de 24 municípios que desenvolviam agenda no final do ano passado, demonstrou influências positivas destas agendas, nas condições de vida das populações locais, e especialmente na construção da consciência de cidadania e participação democrática entre os participantes. Alguns gestores locais tornam-se mais transparentes e

“As estratégias de ação exigem do profissional não só sensibilidade para identificar as condições facilitadoras, como também as dificuldades de relacionamento, mas também, criatividade para pensar estratégias especiais para o grupo”

a população mais confiante de que as promessas poderão se tornar realidade, desde que a população exija aquilo a que tem direito.

Mais uma vez verificamos que o uso combinado de metodologias, abre a possibilidade de visualizar aspectos que só o uso de métodos epidemiológicos quantitativos não permite avaliar, especialmente quando o objetivo do projeto, como no caso, o desenvolvimento de um município, demora muito para

influenciar indicadores de resultado.

Estamos na contra mão da história, acreditando e trabalhando por integração, participação e cidadania, quando o mundo contemporâneo valoriza a fragmentação e o individualismo, pesquisando e acreditando no uso combinado de metodologias de pesquisa, quantitativas associadas a qualitativas, quando os valores atuais estão na quantificação e instrumentalização das práticas de pesquisa, desenvolvimento e melhoria das condições de saúde.

Com os resultados, ainda que parciais, das pesquisas e relatórios dos determinantes sociais da saúde, que exemplos a senhora poderia citar como sentinelas da desigualdade social em relação aos serviços de saúde?

Temos realizado pesquisas sobre a produção social da saúde tanto nos serviços de saúde como em cidades: sub-prefeituras, escolas, locais de trabalho, entre outros. Nas pesquisas sobre a avaliação e monitoramento de práticas de promoção da saúde relacionadas a doenças e agravos não transmissíveis, encontramos, por exemplo, a irregularidade na frequência das práticas corporais ou seu completo abandono como um evento sentinela a ser investigado, como sinal de dificuldades relacionadas ao fato das pessoas se sentirem desiguais e não terem compatibilidade com o grupo.

É claro que também há o afastamento por questões de saúde, mas isto é mais facilmente incorporado às questões dos profissionais de saúde. O que estou colocando aqui são questões culturais ou de dificuldade de acesso às unidades de saúde.

Outro sentinela importante pode ser a adesão a uma proposta de trabalho em grupo de mães, de crianças diabéticas, de crianças asmáticas ou somente de incen-

tivo ao aleitamento materno. Entre os convidados, alguns aceitam e permanecem trabalhando juntos, se mobilizando com as propostas. O evento sentinela se refere aos que não aceitam a proposta e suas características sociais, econômicas e culturais. No grupo não há nenhum residente das favelas locais ou morador da periferia, onde está a população mais carente, é uma realidade que identificamos. E às vezes, não é uma questão econômica somente, mas de identificação com o grupo. Os eventos sentinelas, quando reconhecidos, podem ajudar a controlar, por exemplo, a mortalidade infantil, que não abaixa a partir de certos percentuais, a ida das crianças ao pronto socorro por infecções repetidas nas vias aéreas superiores e outros problemas.

As estratégias de ação exigem do profissional não só sensibilidade para identificar as condições facilitadoras, como também as dificuldades de relacionamento, mas também, criatividade para pensar estratégias especiais para o grupo que sempre fica à margem dos programas e que é constantemente discriminado por suas características próprias, diferentes, da maioria da população que frequenta os postos de saúde ou hospitais.

Como a pesquisa foi realizada no Brasil todo, quais foram os ganhos e as dificuldades de gerenciar um projeto tão extenso?

Foi a primeira vez que tomamos esta iniciativa e foi muito difícil, mas foi muito proveitoso. As principais dificuldades foram de comunicação que acabaram sendo resolvidas com encontros virtuais e presenciais.

As sete instituições integrantes do grupo, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Tocantins, Universidade Católica Dom Bosco do Mato Grosso do Sul, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Universidade da Amazônia e Universidade de São Paulo, participaram de diversos encontros e atividades objetivando a padronização dos procedimentos metodológicos realizados nas três fases da pesquisa e a capacitação e nivelamento

conceitual entre os pesquisadores.

Além dos seis encontros presenciais, foram realizados encontros virtuais, por meio de quatorze teleconferências e duas videoconferências e todos foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa e a possibilidade de consolidação da rede de universidades, um dos maiores ganhos do projeto.

**“Construímos
juntamente com toda
equipe de DANT da
COVISA e parceiros
locais, um painel de
monitoramento das
práticas de Promoção
da Saúde, desenvolvidas
nas unidades de saúde
ou em seus territórios
de atuação”**

As teleconferências e videoconferências foram importantes, uma vez que orientaram as etapas metodológicas da pesquisa, atualizaram os grupos regionais sobre o seu andamento, além de orientar novas atividades, solucionar dúvidas existentes e, em alguns casos, contribuíram para pactuar decisões do grupo nacional.

Nas reuniões presenciais foram revistos e pactuados os instrumentos da pesquisa (conceitos, terminologia, roteiro de entrevista individual, roteiro para observação de reunião de grupo, roteiro para análise documental) além dos critérios para seleção de entrevistados segundo representatividade dos atores sociais, do tempo de imersão no campo e dos relatórios desenvolvidos (pré-campo/no campo e pós-campo de cada município selecionado).

Ao longo de todo processo ocorreram oito seminários temáticos científicos na região sudeste, nos quais se discutiram temas como: os determinantes sociais da saúde e os diversos modelos que foram desenvolvidos para análise desta questão;

o empoderamento; os diferentes significados atribuídos ao sujeito (enquanto ator social ou passivo na dinâmica da sociedade); autonomia, entre outros. Procedimentos semelhantes ocorreram nas demais regiões. As discussões realizadas foram produtivas no sentido de colocar ao grupo as questões teóricas que necessitavam de maior compreensão para o desenvolvimento da pesquisa.

Que outras pesquisas o grupo do CEPEDOC desenvolveu nos últimos anos?

Conduzimos pesquisas relativas a serviços de saúde e com profissionais de saúde, em geral de avaliação e monitoramento de serviços, procurando entender como os diferentes grupos participam. A pesquisa que desenvolvemos com apoio do CNPq e acompanhando o projeto CAEPS, é um exemplo do tipo de propostas que o CEPEDOC acolhe.

Construímos juntamente com toda equipe de DANT da COVISA e parceiros locais, um painel de monitoramento das práticas de Promoção da Saúde, desenvolvidas nas unidades de saúde ou em seus territórios de atuação. Este foi um processo muito rico e envolveu a nossa equipe, a equipe da COVISA que trabalha com as DANT, funcionários de nível universitário que trabalham nas regionais da cidade de São Paulo, com capacitação ou gestão e funcionários que desenvolvem atividades de Promoção da Saúde junto à população.

Inicialmente todos se envolveram para aproximar conceitos e cada grupo local desenvolveu com orientadores projetos de pesquisa avaliativa para seus programas. Ao longo do tempo, o processo foi tornando-se mais claro para todos os grupos e o painel teve condições de ser montado em uma primeira versão e, depois de avaliado, refeito, mais uma vez reapresentado e reavaliado. Uma versão ainda manual poderá ser transformada em eletrônica, para ser utilizada pelos profissionais para auto-avaliação ou como instrumento para discussão e aprimoramento do trabalho realizado nas unidades de saúde.

Assessoria Técnica
Denise Condeixa
Ruy Paulo D'Elia Nunes