

# *Os determinantes Sociais da Saúde e o Projeto Família Saudável: possibilidades e limites*

*Social Determinants of Health and the Health Family Project: possibilities and limits*

Vera Lucia Marques da Silva (Marques da Silva, V. L.)\*

Este artigo se propõe a apresentar alguns dos modelos teóricos dos determinantes do processo saúde-doença, com ênfase na proposta de Dahlgren & Whitehead (1991) que enfatiza a intersetorialidade e a participação social como fundamentais para o êxito de uma política social de saúde. Ao mesmo tempo, este artigo realiza uma análise das possibilidades e dos limites do Projeto Família Saudável - uma iniciativa da Faculdade de Medicina de Campos - como uma estratégia possível de intervenção sobre os determinantes sociais da saúde. Embora seja abordado como um estudo de caso, as reflexões apresentadas possuem um cunho de universalização possível para outros projetos de atenção básica de saúde que, como o Projeto Família Saudável, são norteados pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é uma política pública de saúde do Governo Federal. Segundo dados do Governo Federal, até o ano de 2007 havia um total de 27.324 equipes de Saúde da Família implantadas em 5.125 municípios, cobrindo 46,6% da população brasileira, o que correspondia a cerca de 87,7 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2009). Estes dados demonstram a relevância desta Estratégia como uma política pública. A reflexão aqui apresentada também se impõe devido a o município de Campos dos Goytacazes ser um dos poucos que não tem, em sua política de saúde pública, a Estratégia Saúde da Família e estar em vias de nova implementação, como publicizado pelo governo municipal. Cabe considerar, também, que a apresentação dos diversos

*This article aims to present some of the theoretical models of determinants in health-disease processes, with emphasis on Dahlgren & Whitehead's proposal (1991) which emphasizes intersectoriality and social participation as fundamental to the success of a social policy for health. The paper also presents an analysis of the possibilities and limits of the Healthy Family Project – an initiative of the Medical School of Campos, RJ – as a possible strategy for intervening on social determinants of health. Although approached as a case study, it presents possible solutions for other health care projects oriented by the Family Health Strategy (FHS), a Federal Government health policy. According to data from the Federal Government, by the year 2007 there were a total of 27 324 family health teams in 5125 municipalities, covering 46.6% of the population – about 87.7 million people (Ministry of Health, 2009). These data demonstrate the relevance of this strategy as a public policy. The discussion presented here is also relevant due to the fact that Campos dos Goytacazes, RJ, is one of the few municipalities with no public health policy, and also because the Family Health Strategy is being reviewed and implemented as publicized local officials. The presentation of the various explanatory models may contribute to the understanding of the theoretical determinants in health-disease processes guide proposals of health interventions and policies that support them.*

\* Pós-Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (UERJ). Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) e Professora da Faculdade de Medicina de Campos (FMC).

modelos explicativos poderá contribuir para o entendimento do arcabouço teórico dos determinantes do processo saúde-doença que norteia a relação das propostas das intervenções em saúde e as políticas de saúde que as amparam.

Palavras-chave: Determinação social da saúde. Projeto Família Saudável. Intersetorialidade. Participação social. Estratégia saúde da família.

*Key words: Social determinants of health. Family Health Project. Intersectorialit. Social participation. Family health strategy.*

## ***Introdução***

O adoecimento faz parte do atributo da própria vida. Consequentemente, a busca da saúde e o esforço para compreender o processo saúde-doença e intervir sobre ele são questões que remontam a tempos. Vários modelos explicativos foram construídos. Por sofrerem influências dos 'estilos de pensamento' (FLECK, 1979) de cada época, esses modelos valorizam ora os determinantes biológicos, ora os sociais, sem uma sequência linear e acumulativa dos conhecimentos, como se verá na breve descrição a ser apresentada (ROSEN, 1994).

Na Antiguidade Clássica, o processo saúde-doença era explicado por dois modelos contraditórios. Nos templos de Asclepius predominava um modelo metafísico e holístico para os fenômenos da doença (vontade dos deuses), com soluções terapêuticas mágicas. Ao mesmo tempo, o Tratado de Hipócrates constrói um modelo baseado na observação da clínica e da natureza ressaltando a influência da água, dos lugares e do ar nas doenças locais, embora tenha omitido um dos elementos mais significativos: as ocupações dos homens. O modelo hipocrático funda a tradição da medicina ocidental e a base da lógica do pensamento científico.

Na baixa Idade Média, envolta no obscurantismo que a caracteriza, houve um retrocesso do conhecimento das práticas sanitárias observadas anteriormente por Hipócrates. O 'estilo de pensamento' desta época, prolongado até o Renascimento, implicava a ideia de saúde como ação divina e doença como punição e castigo divinos.

No Renascimento, com o impulso do pensamento racional, as pragas divinas passam a ser objeto de observação e reflexão sistemática, sendo buscadas as suas causalidades nos fatores externos. Embora muito longe do conhecimento dos microrganismos, surge o modelo baseado na teoria dos miasmas, que atribuía à insalubridade de ambientes físicos a origem dos fenômenos de contágio e difusão das epidemias. Este é o momento no qual surge a ideia de que as medidas de proteção à saúde deveriam ser dirigidas tanto para o indivíduo como para o coletivo. Cabe ressaltar, em relação a esta questão, a afirmação feita por um médico, em 1515, em Strassburg, de que pacientes que não

tivessem recebido nenhum cuidado médico anteriormente permaneciam mais tempo no hospital. Esta afirmação remete ao paradigma que norteia a importância das ações de promoção e de prevenção que podem ser realizadas nas unidades de atenção básica.

Ainda no Renascimento, o médico Bernardino Ramazzini, em 1713, afirma a relação entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida, que são determinadas pela sua posição social. Desta forma, Ramazzini pode ser considerado um dos teóricos que estabeleceu alguns dos elementos básicos do conceito de medicina social. Esta vertente de medicina incorpora os determinantes sociais como fatores a serem considerados no processo saúde-doença.

A modernidade aprofunda o pensamento racional e a desnaturalização do mundo, trazendo consigo as ações do Estado sobre a sociedade e visando ao bem comum. Este modelo de cuidado público com a saúde nasce e se desenvolve como uma política muito mais de proteção contra riscos sociais e ambientais do que como uma política de assistência e de cunho individual. O estilo de pensamento envolvido neste modelo norteou vários estudos, sendo que alguns, clássicos, registraram a estreita relação entre o desenvolvimento da industrialização e urbanização e as condições de vida. No século XVIII, Peter Frank publica a obra 'A Miséria do Povo', na qual afirma que a pobreza e as más condições de vida eram as principais causas das doenças. Vilerme (França) e Chadwick (Inglaterra) documentaram a associação da mortalidade com as condições de vida dos diferentes grupos sociais. Virchow (Alemanha) liderou um movimento de reforma médica orientado pela ideia de que a medicina é uma ciência social e a política não é mais do que a medicina em larga escala (ROSEN, 1994). Mais recentemente, o estudo de McKeown & Lowe (1989) demonstrou que a redução da mortalidade ocorrida na Inglaterra no século XIX e início do XX deveria ser mais creditada à melhoria das condições de vida do que às intervenções médicas específicas. As políticas de saúde conduzidas pelo Estado surgiram justamente nestes países - França, Inglaterra, Alemanha - que foram, também, os primeiros a conduzir os estudos mais sistematizados das condições de vida e saúde da população. Ou seja, nesse momento reconhece-se que a política de saúde deveria ser tratada como uma política social, a partir do entendimento de ser uma política voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades.

A partir de então, as políticas de saúde foram-se delineando, incorporando tanto o conhecimento científico como a responsabilidade pública do governo. Diferentes propostas de sistemas de saúde surgiram. Como exemplos de modelo ideal (WEBER, 2003), três sistemas foram construídos no decorrer do século XX: o de seguridade social originado do Plano Beveridge, na Inglaterra, com tendência à universalidade de atenção e em regime político de social democracia; o de seguro social, originado com o plano de Bismark, na Alemanha; o de assistência social, com atenção residual e em regime político liberal (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). O sistema de saúde russo, o modelo Semashko, foi exportado unicamente para Cuba. Com a implantação das políticas de saúde, passa a ser reconhecida, cada vez mais, a relação íntima entre elas e o sistema de

saúde adotado por cada país. As palavras de Bismark (1881) corroboram esta ideia: ‘o caminho para a cura da desordem social não está apenas na repressão dos ataques social-democratas, senão igualmente no fomento positivo do bem-estar dos trabalhadores’. Ressalta-se que o modelo de saúde alemão teve incentivo de sua exportação para diversos países, no sentido de conter a esquerda e a política econômica socialista.

No decorrer do século XX, se, por um lado, a dimensão social e o pensamento social em saúde foram reconhecidos, por outro foram negligenciados. Esta negligência se deu, principalmente, por um predomínio do estilo de pensamento marcado por um enfoque no biológico, decorrente do advento da microbiologia e da chamada revolução pasteuriana. Para Löwy (1994), o desenvolvimento da bacteriologia propiciou uma transformação radical do conhecimento médico e da medicina nos séculos XIX e XX, principalmente, pela aliança entre as ciências de laboratório (química, histologia, bacteriologia) e a ‘medicina de beira de leito’. Esta aliança contribuiu - e tem contribuído - para fortalecer a dimensão biológica e negligenciar a social.

Esse enfoque na dimensão biológica, que tem trazido consequências importantes para a atenção à saúde (FOUCAULT, 2004; CLAVREUL, 1983; BIRMAN, 1991; BONET, 1999; CAMARGO JR, 2003b), pode ser considerado um ‘estilo de pensamento’ (FLECK, 1979) hegemônico na atenção à saúde. Como estilo de pensamento, tal enfoque no orgânico funcionaria como um obstáculo epistemológico em relação à incorporação de outras lógicas, como as produzidas por outros saberes e por outras ciências, que não as biológicas. Atualmente, se por um lado há um retorno ao reconhecimento da dimensão social, por outro tem havido um aprofundamento do reducionismo biológico, com centralidade na biologia molecular e, mais particularmente, na busca da causalidade e explicação pela genética. Isso tem tido consequências, pois, no círculo exotérico, onde estariam os leigos educados<sup>1</sup>, a genética é vista como um modelo, na ‘teoria das doenças’, propiciador de uma visão de causalidade única e linear (LEWONTIN, 2002; CAMARGO JR, 2007b), uma visão que tem se ampliado e se sedimentado pela indústria de produção e difusão do conhecimento biomédico (CAMARGO JR, 2007a). Essa apropriação de uma imagem de causalidade biológica única e linear tende a ser predominante e, por isso, tende a descartar, muitas vezes, outros determinantes envolvidos, como os sociais. Pode gerar, e tem gerado, por conseguinte, mais aprofundamento do ‘reducionismo biológico’, dessa vez pela subsequente atenção à saúde guiada por uma ótica de intervenção única. Algumas categorias diagnósticas já estão envolvidas nesse modelo, com suas consequências decorrentes<sup>2</sup>. Um dos modelos

<sup>1</sup> Na representação gráfica da topografia epistemológica do coletivo de pensamento específico das ciências biomédicas “básicas”, os profissionais de saúde se situariam no círculo exotérico, sendo considerados como “leigos educados” (CAMARGO JR, 2003 b).

<sup>2</sup> O aprofundamento na intervenção única já tem acontecido em algumas categorias diagnósticas, como, por exemplo, na úlcera péptica. A causalidade biológica detectada como a principal pelo *Helicobacter pylori* tem levado a um descarte de todas as outras orientações terapêuticas que, num passado bem recente, levavam a melhoras do quadro clínico. Atualmente, a orientação do tratamento concentra-se quase que exclusivamente na terapêutica medicamentosa, deixando à margem as outras orientações, como a mudança de hábitos alimentares, tão importantes para o tratamento dessa categoria diagnóstica. Por outro lado, há análises (PEDIATRIA IN, v. 6, n. 6, p. 679, dezembro de 2006) que mostram que o avanço do conhecimento da fisiopatologia da úlcera duodenal, detectando a causalidade pelo *Helicobacter pylori*, propiciou uma diminuição considerável da indicação de gastrectomia. Porém, cabe considerar que, embora tenha havido exageros em relação à indicação dessa cirurgia, ela trouxe melhoria da qualidade de vida dos ulcerosos. Cada época, com seu estilo de pensamento, apresenta os seus recursos possíveis.

com forte visão biológica da doença é o da ‘História Natural da Doença’ (LEAVELL; CLARK, 1976). Ao contrário deste, o modelo ‘Social Estruturalista’, surge como uma proposta de desnaturalização do processo saúde-doença.

O reconhecimento da relação entre saúde e a política é considerado na definição da política de saúde proposta pelo Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Canadá. Esta política é norteada por três conceitos básicos: 1) a saúde resulta de um processo de interação contínua entre o indivíduo e o ambiente físico e social em que vive; 2) as boas condições de saúde consistem em uma responsabilidade compartilhada por todos, indivíduo e poder público; 3) a saúde é um investimento para a sociedade como um todo e a diminuição das desigualdades em saúde no país resulta não apenas na efetivação de um compromisso ético, mas também em elemento de desenvolvimento e progresso para toda a nação (CANADÁ, 1994). Esta política adotada pelo Canadá é decorrente do modelo explicativo ‘Campo da Saúde’(LALONDE, 1994), que será mais bem detalhado no seguimento do presente artigo.

Vários modelos têm apresentado tentativas de incorporação da atenção individual à coletiva e da manutenção da dimensão biológica sem perda das dimensões social, cultural e política. Um dos modelos mais bem acabados que incorpora essas dimensões é o da proposta de ‘Dahlgren & Whitehead’ (1991), que norteia o Projeto Família Saudável em discussão no presente trabalho. Este modelo enfoca, além das dimensões citadas, a importância da ação do poder público, da participação da comunidade, da intersectorialidade e da evidência científica, conferindo-lhe o caráter de ser o mais adequado quando se propõe a realizar intervenções sobre o processo saúde-doença numa comunidade. Em relação às evidências científicas, a realização de intervenções sobre a comunidade exige o reconhecimento, senão prévio pelo menos reflexivo, de que elas trarão melhor qualidade de vida, o que poderá ser avaliado pelos resultados das pesquisas.

### ***Os modelos explicativos do processo saúde-doença***

A partir da modernidade, como anteriormente analisado, vários modelos explicativos do processo saúde-doença foram surgindo, ora com uma visão interdisciplinar, aliando a dimensão social e a biológica, ora com uma visão essencialmente unicausal e com enfoque biológico na doença. Cabe considerar que as intervenções no processo saúde-doença são decorrentes dos modelos explicativos, ou seja, as intervenções ora envolvem os aspectos sociais, ora os negligenciam. Neste sentido, a apresentação dos diversos modelos explicativos poderá contribuir para o entendimento do arcabouço teórico que sustenta a relação das propostas das intervenções em saúde e as políticas de saúde que as amparam, principalmente as de cunho local, como as municipais.

### ***O modelo 'História Natural da Doença'***

Um dos modelos explicativos mais conhecidos abrangendo a causalidade e determinação do processo saúde-doença é o de Leavell e Clark (1976). A partir deste modelo, denominado de 'história natural da doença', vários níveis de intervenção são propostos, considerando-se o período de desenvolvimento da doença, que se daria de seu início no período de pré-patogênese, até o de patogênese. Embora teoricamente abranja as dimensões sociais e ambientais, os conceitos neste modelo partem de uma visão essencialmente biológica da doença, sendo considerado, portanto, por muitos autores como um retrocesso em relação ao pensamento social em saúde surgido no início do século XX. É um modelo hegemônico na atualidade da assistência médica, nas gestões públicas e privadas da saúde e no imaginário da população na atualidade (BUSS, 2000).

### ***O modelo 'Social Estruturalista'***

Em contraposição à história natural da doença, alguns autores formularam modelos com enfoque na história social da doença. Breihl e Granda (1986) formularam um modelo epidemiológico que enfocava a relação entre mortalidade e classe social: estar doente ou sadio é determinado pela classe social do indivíduo e a respectiva condição de vida, devido aos fatores de risco a que esse determinado grupo da população está exposto.

Na linha de pensamento do modelo social há uma dimensão estruturalista que incorpora o modelo econômico de desenvolvimento da sociedade, uma dimensão particular que incorpora, por exemplo, a reprodução social e modos de consumo de cada classe social do modelo capitalista e uma dimensão individual, como o corpo físico do trabalhador. Este modelo tem sido redimensionado, incorporando outras dimensões, como a do estilo de vida individual e a subjetividade, sem perder o seu enfoque estruturalista principal.

### ***O modelo 'Campo da Saúde' (Lalonde, 1994)***

Este é um modelo considerado bem abrangente, tendo sido desenvolvido na reforma do sistema de saúde do Canadá em 1970. A partir dele, há o entendimento de que as condições de saúde dependem de quatro fatores: o patrimônio biológico; as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o homem é criado e vive; o estilo de vida adotado; os resultados das intervenções médico-sanitárias, que têm importância

relativa variável de acordo com o problema de saúde em questão. Este modelo reconhece que o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, sendo influenciados pelas relações sociais e econômicas, entre outros fatores. A valorização da estruturação do sistema de saúde como um dos fatores que influenciam o processo de adoecimento e morte confirma ser este modelo bem adequado para análise da política e do sistema de saúde local brasileiro, principalmente se for considerada a política municipal de saúde.

### *Os modelos críticos do modelo biomédico*

Como anteriormente destacado, tem havido uma forte tensão entre a valorização das dimensões biológicas e as sociais, principalmente pelo avanço considerável da genética e do modelo explicativo decorrente. A adequação do modelo biológico tem sido reforçada pelas observações indicativas de que algumas disfunções humanas resultam de mutações claramente definidas de gens. Por conseguinte, quase toda variação humana é hoje atribuída a diferenças genéticas. Segundo Lewontin (2002), a partir da consideração de que determinadas mutações gênicas, como a de Tay Sachs, ou aberrações cromossômicas, como a síndrome de Down, tenham como fontes variações patológicas, os geneticistas humanos têm suposto que as doenças cardíacas, o câncer de mama, a hipertensão, a obesidade e outras doenças também devem ser variantes genéticas. Conseqüentemente, a busca de variações genéticas subjacentes a patologias humanas amplamente difundidas tem sido um dos principais focos de atenção da pesquisa médica, dos consumidores de recursos públicos dirigidos para projetos de pesquisa e dos artigos sobre saúde.

Entretanto, o resultado desses modelos biomédicos baseados predominantemente no conhecimento científico sobre as estruturas biológicas e de funcionamento humano têm gerado frustração, principalmente em relação aos riscos e danos resultantes dos interesses crescentes do complexo médico industrial. Em consequência, surgiram vários modelos críticos a estes modelos biomédicos. Uma das características dos modelos críticos é a revalorização da dimensão social, acrescida da cultural, como determinantes do processo saúde-doença, ultrapassando, portanto, o foco exclusivo de combate à doença somente depois de instalada. Outra característica é a valorização dos determinantes gerais sobre a saúde e, neste aspecto, estes modelos se colocam, principalmente, **mas não somente** (grifo nosso), como propostas de um novo paradigma para a promoção da saúde (CARVALHO; BUSS, 2008).

A retórica sobre a Promoção da Saúde possui uma trajetória que se iniciou na Carta de Ottawa em 1986, onde é definida como 'processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo' (BRASIL, 2002). As conferências posteriores de Promoção

da Saúde incorporaram recomendações e práticas inovadoras que começam a compor a agenda dos serviços de saúde, como as práticas de aconselhamento, acolhimento, práticas coletivas saudáveis, além de esforços pela responsabilização e conscientização dos cidadãos. A intersetorialidade, como uma das práticas inovadoras, já começa a lograr experiências exitosas em nível local, porém com pouco impacto sobre as desigualdades sociais e sanitárias devido a terem pouca influência nos determinantes sociais de caráter mais estrutural, produzidos por políticas econômicas geradoras de pobreza e desemprego. Por outro lado, já há constatações de que o discurso excessivo de educação como promoção da saúde é insuficiente para enfrentar alguns problemas mais complexos, além de tender a enfatizar mudanças predominantemente de cunho individual e amenizar as de responsabilização governamental. Ou seja, determinados riscos e doenças precisam ser enfrentados não apenas como políticas de saúde produtoras de atenção e de educação, mas também por meio de políticas reguladoras da própria atividade econômica.

Um dos modelos críticos do modelo biomédico construído a partir destas reflexões é o de 'Dahlgren & Whitehead'.

### *O modelo 'Dahlgren & Whitehead'*

O modelo Dahlgren & Whitehead (1991) explica as determinações sociais do processo saúde-doença e, ao mesmo tempo, norteia os diversos planos de intervenção, o que lhe confere o caráter de mais adequado para a implantação de um projeto de intervenção numa comunidade. É um modelo que, sem desvalorizar a dimensão individual e a biológica, insere-as num contexto maior, que vai desde a dimensão coletiva e social até a política, cultural e econômica. Deste modo, como se delinea no quadro de apresentação esquemática do modelo em análise (Figura 1), os diversos fatores individuais deverão ser considerados tanto como determinantes do processo saúde-doença como norteadores das intervenções a serem realizadas neste nível. Diversas doenças estão inseridas neste primeiro nível, porém, mesmo as de determinação puramente biológica e hereditária, como a anemia falciforme, necessitarão de intervenções no nível individual, mas, também, de ações no nível de políticas mais coletivas. Neste exemplo citado, a normatização do teste do pezinho com a detecção precoce da doença anemia falciforme tem contribuído consideravelmente no seu tratamento e controle adequado. A normatização do teste do pezinho foi decorrente de reivindicações de movimentos sociais (redes sociais e comunitárias), constatando-se outro nível que influencia na forma de ações de intervenção. Pela Figura 1, demonstra-se que as condições diversas de vida (produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e habitação) contribuem positiva ou negativamente para

os determinantes do processo saúde-doença, implicando, portanto, que as intervenções deverão ser realizadas sobre elas mesmas. As condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais possuem uma dependência maior das políticas nacionais e, portanto, refletem os tipos de políticas sociais implantados pelo governo federal.



**Figura 1** - Modelo gráfico de Dahlgren & Whitehead (1991)

Em síntese, a Figura 1 do modelo de Dahlgren & Whitehead (1991) leva ao entendimento de que enfrentar as causas, as determinações econômicas e sociais mais gerais dos processos saúde-enfermidade envolvem ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais, isto é, de projetos de políticas que envolvam os diversos setores relacionados às condições de vida e de trabalho. E, sobretudo, de políticas de desenvolvimento, voltadas para a distribuição mais equânime dos recursos socialmente produzidos, subordinando a economia ao bem-estar-social (CARVALHO; BUSS, 2008).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada em março de 2006, propôs que as intervenções sobre os Determinantes Sociais da Saúde devem objetivar a promoção da equidade em saúde e contemplar os diversos níveis assinalados no modelo Dahlgren & Whitehead (1991), ou seja, devem incidir sobre os determinantes 'proximais' vinculados aos comportamentos individuais, os 'intermediários' relacionados às condições de vida e trabalho e os 'distais' referentes à macroestrutura econômica e cultural, como nas propostas das políticas abaixo consideradas.

- Políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem a promover um

desenvolvimento sustentável, reduzindo desigualdades sociais e econômicas, violências, degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade;

- Políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, garantindo a todos o acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, ambientes de trabalho saudáveis, serviço de saúde e de educação de qualidade, superando abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública;

- Políticas que favoreçam ações de promoção da saúde, buscando estreitar relações de solidariedade e confiança, construir redes de apoio e fortalecer a organização e a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, especialmente dos grupos mais vulneráveis;

- Políticas que favoreçam mudanças de comportamento para a redução de riscos e para o aumento da qualidade de vida mediante programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.

Com base nas questões abordadas, o modelo Dahlgren & Whitehead (1991) é considerado o mais adequado para nortear o Projeto Família Saudável, ora em implantação no bairro de Custodópolis-Campos/RJ.

### ***O Projeto Família Saudável***

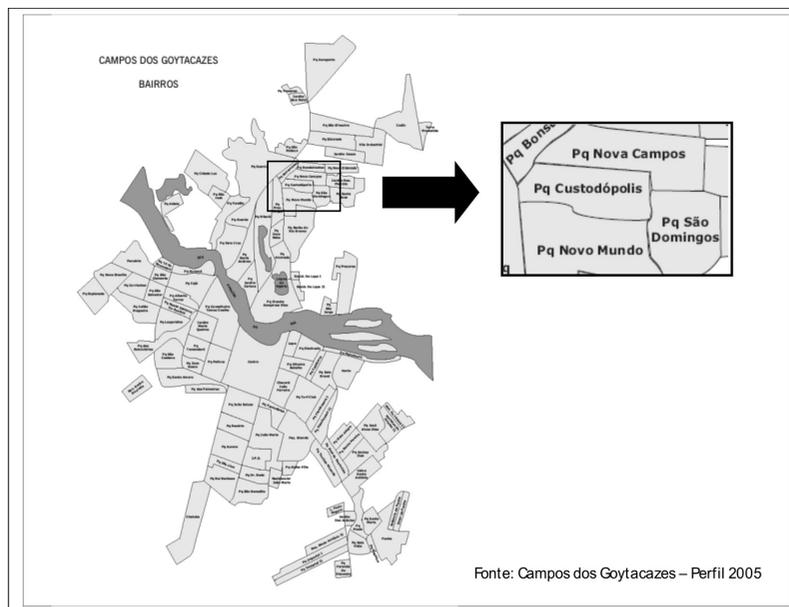
É um dos projetos inseridos no Programa Bairro Saudável (PBS)<sup>3</sup>. No sentido de consolidar o PBS em um território mais definido, elaborou-se o Projeto Família Saudável (PFS), uma das iniciativas da Faculdade de Medicina de Campos. O PFS tem como apoio o ‘Centro de Saúde Escola de Custodópolis’ (CSEC), que é uma unidade básica de saúde, com presença docente-assistencial e pertencente à Faculdade de Medicina de Campos (FMC). Esta unidade localiza-se na Júlio Armond, no bairro de Custodópolis. A escolha do bairro de Custodópolis (Figura 2) como área do PFS deve-se à proximidade do CSEC e aos resultados de uma pesquisa realizada inicialmente pela UFF<sup>4</sup> e complementada, posteriormente, por outra realizada em parceria pelas instituições UFF-Campos, FMC e UNIVERSO-Campos<sup>5</sup>, que constataram

<sup>3</sup> O PBS é uma proposta interinstitucional e interdisciplinar integrando diversos projetos de ensino-pesquisa-extensão das 08 Instituições de Ensino Superior: Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto Federal Fluminense (IFF), Universidade Cândido Mendes (UCAM), Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Universidade Estácio de Sá (UNESA), Faculdade de Filosofia de Campos (FAFIC) e Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF). No desenho deste programa há um Coordenador Geral, no momento com um representante da Faculdade de Medicina de Campos, e o Grupo Gestor que é formado por um Titular e por um Suplente representando cada instituição parceira.

<sup>4</sup> Cidade de Palha: re-conhecendo o território de Custodópolis/Campos dos Goytacazes/RJ.

<sup>5</sup> Inquérito Populacional no território de Custodópolis, em fase de análise dos dados.

vulnerabilidades em diversas dimensões. Porém, os dados obtidos dos prontuários dos pacientes, a partir da inserção do CSEC em Custodópolis com ações de intervenção na assistência à saúde durante 10 anos confirmaram as diversas necessidades de saúde da população, e serviram como mais uma justificativa para a implantação do PFS no bairro.



**Figura 2** - Mapa do município de Campos dos Goytacazes e sua divisão em bairros

O início da implantação do PFS se deu em junho de 2010, como uma estratégia que visa a trabalhar com o princípio de Vigilância à Saúde (MENDES, 1996), no território definido do bairro de Custodópolis e com prioridade para as famílias adscritas. Tem como objetivo enfrentar e resolver os problemas identificados. A área abrange um quadrilátero definido pelas ruas Júlio Armond, Patrício Menezes, Poeta Marinho, Carlos Bruno e Travessa Nossa Senhora da Conceição, abrigando cerca de 600 famílias (Figura 3). Este território/área é dividido em 02 microáreas: a microárea 01, composta pelas ruas Carlos Bruno e Poeta Marinho e a microárea 02, pelas ruas Júlio Armond e Patrício Menezes. Cada microárea abrange cerca de 300 famílias, sob a responsabilidade de um enfermeiro, um agente cuidador da saúde (ACS), um médico e dos diversos profissionais acoplados ao Projeto, conforme a necessidade e a parceria das diversas instituições que compõem o Programa Bairro Saudável.



*requisitos fundamentais para a saúde* (MENDES, 1999). Neste sentido, o Projeto Família Saudável, em implantação no bairro de Custodópolis-Campos/RJ objetiva ações de intervenção sobre uma saúde ampliada, ou seja, sobre os determinantes sociais da saúde, cabendo algumas considerações para este entendimento. Uma das considerações diz respeito ao tempo de 11 meses, desde que este Projeto está sendo implantado, o que implica pouco tempo ao se considerar as dificuldades de intervenção sobre alguns dos determinantes sociais, como os relacionados ao estilo de vida e os envolvidos nos níveis ‘intermediários’ da proposta de Dahlgren & Whitehead (1991). Mesmo assim, as ações sobre os determinantes ‘proximais’ poderão ser analisadas, assim como alguns dados que espelham o percentual de algumas doenças mais prevalentes. As reflexões sobre as possibilidades e limites serão mais bem detalhadas a seguir.

### ***Os determinantes Sociais da Saúde e o Projeto Família Saudável como uma estratégia de intervenção: possibilidades e limites***

Considerando o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), as intervenções realizadas do PFS sobre os determinantes ‘proximais’ vinculados aos comportamentos individuais estão sendo possibilitadas pela equipe de saúde que o compõe e por ações básicas, como vacinação, curativos, procedimentos odontológicos e assistência farmacêutica que fazem parte do Centro de Saúde Escola de Custodópolis, estrutura física na qual o PFS está instalado. Nestes determinantes ‘proximais’, uma das propostas do Projeto Família Saudável baseia-se nas visitas e consultas domiciliares, com ênfase na Educação em Saúde realizada pelos enfermeiros e Agentes Cuidadores de Saúde que fazem parte do PFS.

Em 11 meses de implantação do PFS e, considerando as duas microáreas, foram cadastradas 294 famílias, num total de 1.039 pessoas, o que corresponde a uma média de 03 a 04 pessoas/família. Todas estas famílias estão em acompanhamento, com 01 visita mensal, sendo que os casos mais graves detectados são acompanhados por meio de visitas semanais. Dessa forma, no PFS é possibilitado, no nível ‘proximal’ de intervenção, considerando-se o modelo Dahlgren & Whitehead (1991), o acompanhamento adequado, com resolutividade, por meio da garantia de medicamentos e de consultas para as principais necessidades de saúde detectadas. Em relação à resolutividade, diversos estudos apontam que uma equipe de Atenção Primária qualificada, como a proposta pelo PSF, pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Para isto é fundamental que esta equipe atue tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento a pessoas com doenças estabelecidas (STARFIELD, 2002).

Cabe, ainda, considerar que no CSEC há grupos de gestantes, grupo de caminhadas para os portadores de diabetes e hipertensão (um projeto desenvolvido pela

faculdade Estácio de Sá) e grupo de saúde mental, que funcionam como apoio na área de promoção e prevenção. Além dos grupos de apoio, há ambulatórios especializados de hiperdia (hipertensão e diabetes), psiquiatria e obstetrícia para realização de pré-natal. Ressalta-se que essas necessidades de saúde passam previamente pelos clínicos de cada microárea antes de serem encaminhadas para as especialidades.

No total de famílias cadastradas, o perfil encontrado, considerando-se a distribuição por sexo, idade, número de gestação e de algumas doenças pode ser visualizado nos quadros abaixo:

**Tabela 1** - Perfil das famílias cadastradas, em números absolutos e percentuais, considerando-se a distribuição por sexo e idade

JUN/10 a MAI/11	Nº famílias	Nº pessoas	Sexo				Idade											
			M		F		< 1		1 - 5		6 - 10		11- 18		19- 60		> 61	
10 meses	Total	Total	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
	294	1039	519	49	520	51	21	2	93	9	94	9	171	16	549	53	110	11

**Tabela 2** - Perfil das famílias cadastradas, em números absolutos e percentuais, considerando-se a distribuição por gestações e algumas doenças mais prevalentes: Hanseníase (HAN), Alcoolismo (ALC), Tuberculose (TB), Doenças Mentais DME)

Gestantes				Patologias											
< 18		> 18		DIA		HA		HAN		ALC		TB		DME	
%	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%
0	0	9	0,8	75	7	182	18	8	0,8	0	0	2	0,2	8	0,8

A partir das políticas propostas no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), constata-se que, para que as intervenções nos níveis 'intermediários' e 'distais' sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, elas devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a intersetorialidade, a participação social e as evidências científicas.

A intersetorialidade é a 'articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social' (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997). Neste sentido, a intersetorialidade traz uma nova lógica para a gestão da cidade, já que busca superar a fragmentação das políticas, ao considerar o cidadão na sua totalidade.

No entendimento deste trabalho, a participação social diz respeito ao envolvimento dos atores sociais nos processos de decisão e implementação das políticas sociais e responde às demandas em torno da descentralização e da democratização do Estado brasileiro, como é recomendado pela Constituição de 1988. Considerando-se o projeto em análise – PSF –, a participação social implica o envolvimento dos atores da

comunidade de Custodópolis no Conselho Local de Saúde, a ser detalhado abaixo.

As evidências científicas dizem respeito à utilização dos resultados das pesquisas científicas reconhecidas pela comunidade acadêmica, o que não significa uma reflexão crítica sobre os mesmos e sua adequação à realidade local.

O Projeto Família Saudável tem buscado estes três pilares a partir do envolvimento da comunidade, com reuniões para construir projetos em comum, e da busca por parceria com as instituições para a realização de algumas ações de intervenção, como projetos de arborização, coleta do lixo seletivo, acessibilidade, identificação das ruas, incentivo às hortas domésticas. Um dos projetos está sendo desenvolvido em parceria com o curso de Arquitetura e Urbanismo da Faculdade de Filosofia de Campos (FAFIC). Essas possibilidades têm sido efetivas na implantação do projeto e serão avaliadas e analisadas em estudos mais aprofundados posteriormente. Outros projetos de intervenção, que implicam mudanças de estilos de vida, estão sendo desenvolvidos pelas instituições parceiras FAFIC (arteterapia), UNIVERSO (educação em saúde pelo curso de enfermagem), ESTÁCIO DE SÁ (atividades físicas pelo curso de fisioterapia), FMC (orientação sobre medicalização pelo curso de farmácia), FMC (Fitoterapia popular e patrimônio cultural imaterial sobre plantas medicinais pelo curso de farmácia), entre outros. A intersectorialidade é uma prática que tem sido pouco desenvolvida no PFS, ficando restrita à parceria com o curso de Arquitetura da FAFIC. Mesmo nos projetos de políticas públicas, essa prática é pouco desenvolvida, como nas políticas de saúde cujas ações tendem a ficar restritas àquelas desenvolvidas pelas secretarias de saúde. Quando desenvolvida, apresenta impactos nos determinantes ‘proximais’ e ‘intermediários’ em nível local, embora tenha pouco impacto nos determinantes sociais mais estruturais que se situam no nível ‘distal’. No PFS em análise, as ações têm ficado restritas às que estão podendo ser desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam no CSEC, ou seja, as ações de intervenção, embora bem realizadas, somente atuam no nível dos determinantes ‘proximais’. Mesmo com esta limitação, têm sido alcançados alguns resultados satisfatórios no nível de determinação ‘proximal’, o que tem condicionado melhorias no processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, devido ao fato de esta última ser, também, mas não somente, um reflexo das famílias que a compõem. Neste projeto, os resultados coletados já estão em fase de análise para publicação posterior.

Quanto à participação social, um dos princípios organizativos do SUS, há a proposta de implantar um ‘Conselho Local de Saúde de Custodópolis’, que objetivaria contribuir para a descentralização da política local de saúde e ampliação do conceito de saúde através da organização comunitária. Porém há limitações para a implantação e consolidação desta proposta: a disponibilidade de profissionais, dificuldade de grande dimensão sob a responsabilidade única da comunidade.

Em relação às evidências científicas, tem-se estimulado que o desenvolvimento dos projetos seja norteado, sempre que possível, pela tríade ensino-pesquisa-extensão,

considerando-se a indissociabilidade destes três conceitos. Ou seja, ao ser realizada uma pesquisa, que esta seja fruto de uma extensão e que seus resultados possam realimentar o ensino para que a pesquisa não se petrifique; da mesma forma, ao ser realizada uma extensão, que esta possa gerar pesquisa que retroalimente o ensino; por outro lado, o ensino deverá ter sempre uma dimensão de extensão além dos muros da faculdade e, ao mesmo tempo, ser articulado às pesquisas como momentos de reflexão crítica e de produção de novos saberes.

Considerando as evidências científicas, as ações de intervenção têm sido guiadas, sempre que possível, por normatizações de intervenções médicas do Ministério da Saúde, e por estudos reflexivos de artigos e livros reconhecidos pelos grupos acadêmicos. Essa prudência diz respeito, principalmente, à medicalização, um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina através da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos (TESSER, 2010). A medicalização comporta alguns efeitos perversos, que deverão ser objeto de vigilância constante. O trabalho em equipe do PFS, as normatizações como guias das intervenções médicas e os estudos reflexivos dos diferentes temas podem funcionar como mecanismos importantes de controle à medicalização exagerada na atenção básica à saúde, dentro do Projeto Família Saudável.

Quanto a algumas intervenções necessárias nas condições socioeconômicas propostas no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), sabe-se dos seus limites. Porém, elas funcionarão como uma imagem-objetivo e mesmo como uma utopia, no sentido de Santos (2001). Esta utopia é entendida como a 'exploração, através da imaginação, de novas possibilidades humanas e novas formas de vontade, e a oposição da imaginação à necessidade do que existe, só porque existe, em nome de algo radicalmente melhor por que vale a pena lutar e a que a humanidade tem direito... a utopia requer, portanto, um conhecimento profundo e abrangente da realidade como meio de evitar que o radicalismo da imaginação colida com o seu realismo' (SANTOS, 2001, p. 332). Além de uma utopia, a visão das intervenções nas condições socioeconômicas deve funcionar como uma imagem que se coloca fora da zona de conforto e de certa ingenuidade para as ações presentes e futuras. É preciso, portanto, marcá-las. Mas, como é demonstrado pelos resultados apresentados neste trabalho, o Projeto Família Saudável poderá contribuir - e já tem contribuído - para a melhoria do processo saúde-doença da comunidade de Custodópolis, através das intervenções realizadas sobre os determinantes 'proximais' vinculados aos comportamentos individuais, sobre os 'intermediários' relacionados às condições de vida e sobre alguns dos 'distais', como os referentes à estrutura local cultural. No momento, este é o desafio que se coloca.

## Referências

- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, v. 1, n. 1, p. 07-11, , 1991.
- BONET, O. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, v. 9, n. 1, p. 123-150, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em 22 jun. 2009.
- BREIHL, L.; GRANDA, E. *Saúde na sociedade: Guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO, 1986.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, p. 163-177, 2000.
- CAMARGO JR, K. R. *Biomedicina, Saber & Ciência*. São Paulo: Editora Hucitec, 2003b. 195p.
- CAMARGO JR, K. R. *The political economy of the production and diffusion of biomedical knowledge*. Mimeo, 2007a.
- CAMARGO JR, K. R. A razão inconstante: ciência, saber e legitimação social. In: JACÓ-VILELA, Ana Maria; SATO, Leny (Org.). *Diálogos em psicologia social*. Porto Alegre: ABRAPSO-Evangraf, 2007b. p. 17-34.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. *Desenvolvimento Social e Intersetorialidade: a Cidade Solidária*. São Paulo: FUNDAP, 1997. (Mimeo).
- LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians,. In: OPAS. *Promoción de la Salud: Una Antología*. OPAS: Washington, 1996. p. 3-5. (Publ. Cient., 557).
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Os Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social equity in Health*. Stockholm: institute of Future Studies, 1991.
- FLECK, Ludwik. *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press, 1979. 203p.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEWONTIN, Richard. *A tripla hélice: gene, organismo e ambiente*. Tradução José Viegas; revisor técnico Charbel Niño El-Hani. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. 138p.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- LÖWY, I. Fleckea Historiografia Recente da Pesquisa Biomédica. In: PORTOCARRERO, V. (Org.). *Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens contemporâneas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 233-249.
- McKEOWN, T.; LOWE, C. R. *Introducción a la Medicina Social*. 4ª ed. México: Siglo XXI, 1989.
- MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- ROSEN, G. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Hucitec : Abrasco, 1994.
- SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência, para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO : Ministério da Saúde, 2002.
- TESSER, C. D. (Org.) *Medicalização Social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- WEBER, Max. A objetividade do conhecimento nas ciências sociais. In: COHN, Gabriel (org.). *Max Weber: sociologia*. 7. ed. São Paulo: Ática, 2003.

*Artigo recebido em: 21 set. 2010*  
*Aceito para publicação em: 27 maio 2011*