

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM
DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Promoção da Saúde



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Formação de gestores e profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) para a organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis- DCNT (diabetes mellitus-DM, hipertensão arterial sistêmica- HAS e obesidade) e a abordagem dos fatores de risco. O presente livro aprofunda no âmbito da Promoção da Saúde, sua história e interrelações com as DCNT.



GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA E INOVAÇÕES

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Processo CNPq: 443751/2020-0



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor: Irineu Manoel de Souza
Vice-Reitora: Joana Célia dos Passos
Pró-Reitor de Pós-Graduação: Werner Kraus
Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação: Jacques Mick
Pró-Reitora de Extensão: Olga Regina Zigelli Garcia

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor: Fabricio de Souza Neves
Vice-Diretor: Ricardo de Souza Magini

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe: Ângela Maria Alvarez
Sub-chefe: Patricia Klock

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DCNT

Coordenadora: Monica Motta Lino
Sub-coordenadora: Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora de Tutoria: Thaise Honorato de Souza
Coordenador de AVEA: Tcharlies Dejandir Schmitz

EDIÇÃO

Thaise Torres



DIAGRAMAÇÃO

Thaise Torres
Julia de Mello Holme

Todo o Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com DCNT está licenciado com uma Licença Creative Commons Atribuição Não-Comercial-Compartilha-Igual 4.0 Internacional. Cópia da licença: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.pt_BR

REVISÃO

Samara Eliane Rabelo Suplici

APOIO

Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC)
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina (COSEMS/SC)
Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC)



AUTORES

Ivonete Teresinha Schuller Buss Heidemann
Michelle Kuntz Durand
Jeane Barros de Souza
Aline Megumi Arakawa Belaunde
Crhis Netto de Brum
Samuel Spiegelberg Zuge

ORGANIZADORES

Monica Motta Lino
Felipa Rafaela Amadigi

TÍTULO DA OBRA

Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

SUBTÍTULO

Promoção da Saúde

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de especialização em atenção às pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis [livro eletrônico] : promoção da saúde / [Universidade Federal de Santa Catarina ; organização Monica Motta Lino , Felipa Rafaela Amadigi]. -- 1. ed. -- São José, SC : Ed. dos Autores, 2023.

PDF.

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-62424-3

1. Diabetes mellitus 2. Doenças crônicas não transmissíveis - Prevenção 3. Doenças crônicas não transmissíveis - Tratamento 4. Educação em saúde 5. Hipertensão arterial 6. Obesidade - Cuidado e tratamento I. Lino, Monica Motta. II. Amadigi, Felipa Rafaela. III. Título.

23-145286

CDD-616.044

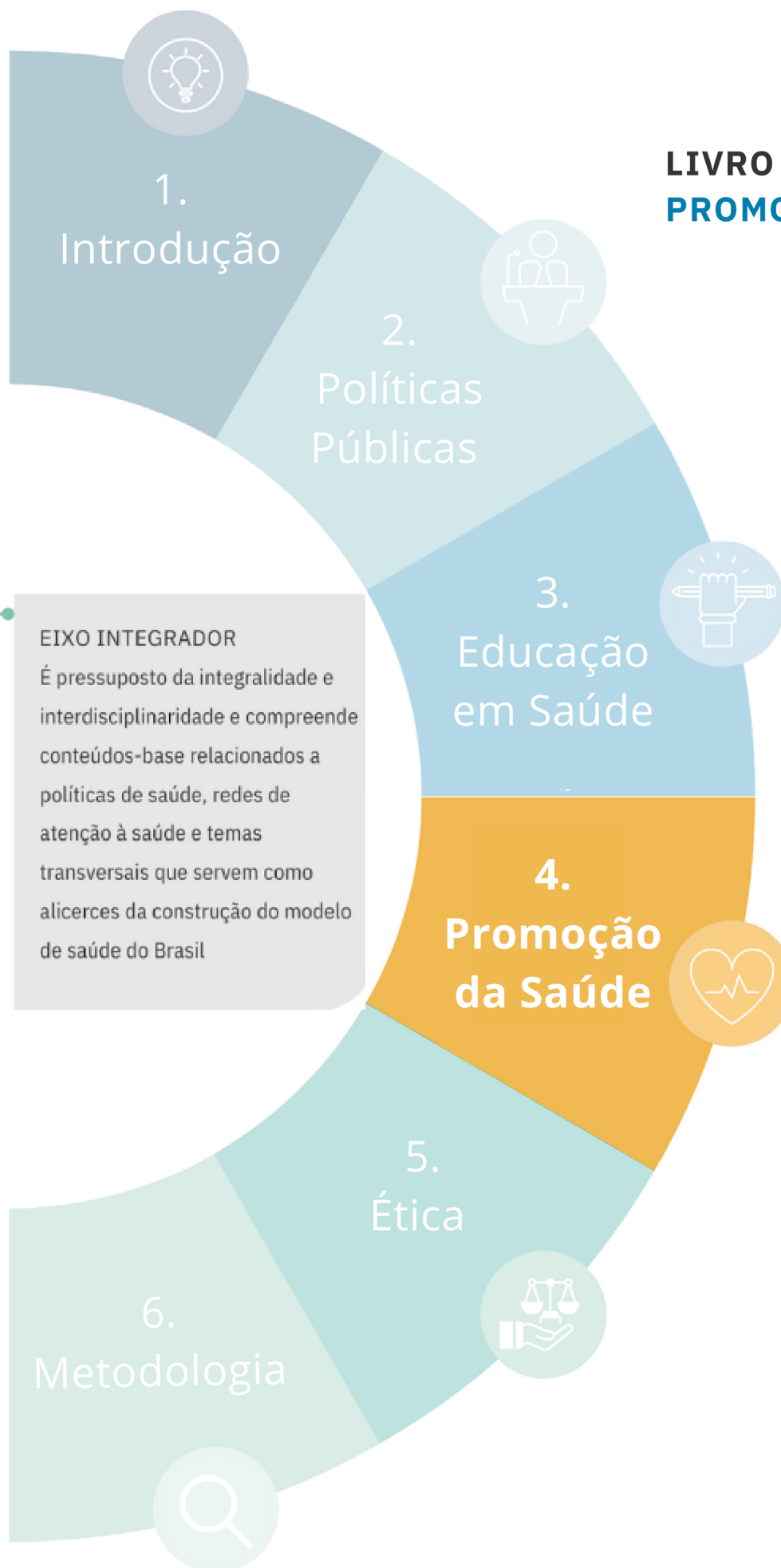
Índices para catálogo sistemático:

1. Doenças crônicas não transmissíveis : Ciências médicas 616.044

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

COMO CITAR ESSE MATERIAL

Heidemann, Ivonete Teresinha Schuller Buss; Durand, Michelle Kuntz; Souza, Jeane Barros de; Belaunde, Aline Megumi Arakawa; Brum, Crhis Netto de; Zuge, Samuel Spiegelberg. Promoção da Saúde. In: Lino, Monica Motta; Amadigi, Felipa Rafaela (Orgs). Curso de Especialização em Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não-Transmissíveis [livro eletrônico]. Brasil, Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); São José, SC: Ed. dos Autores, 2023.



LIVRO 4 PROMOÇÃO DA SAÚDE

4. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Estratégias de promoção da saúde como política pública, ações intersetoriais de promoção.
CH: 15h/a.

AUTORES

**Ivonete Teresinha
Schulter Buss
Heidemann**



Possui Graduação e Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ EERP/USP. Pós-Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto (UofT) com bolsa CAPES. Professora Associada IV na UFSC. Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. É líder do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde - LAPEPS. Coordena o Laboratório de Relações Internacionais Saúde e Enfermagem - LARISE. Membro do Grupo de Pesquisa Salud Familiar da Universidad Del Magdalena, Unimagdalena, Colombia. Desenvolve parceria com a Universidad de Girona, Espanha. Membro do Departamento Científico de Atenção Primária da Associação Brasileira de Enfermagem, Santa Catarina. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Promoção da Saúde, atuando principalmente nos temas: saúde da família, promoção da saúde, determinação social da saúde, determinantes sociais da saúde, enfermagem, educação e saúde e cuidado, APS, interdisciplinaridade, empowerment, autonomia e pesquisa-ação participante. É Pesquisadora PQ2 CNPq.

Michelle Kuntz Durand



Graduação em Enfermagem. Possui Especialização em Saúde da Família. Mestre e Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) da UFSC. Tem experiência na área de Enfermagem, Saúde Coletiva, Terapia Intensiva e Gestão, atuando nos seguintes temas: Promoção da Saúde, Determinação Social do Processo Saúde-doença, Populações em Vulnerabilidade Social, Gestão e Planejamento em Saúde e Enfermagem, Urgência e Emergência, Pesquisas Participativas.

Jeane Barros de Souza



Enfermeira, Especialista em Enfermagem na Saúde da Família, Especialista em Metodologia do Ensino da Música, Especialista em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Pós-doutorado em Enfermagem pela UFSC. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Líder do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) da UFFS e Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) da UFSC. Tem experiência na Atenção Primária à Saúde, com ênfase em Promoção da Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, populações vulneráveis, determinantes sociais de saúde, repercussões da COVID-19, pesquisa ação participante, música como promotora da saúde, políticas públicas.

AUTORES

**Aline Megumi
Arakawa Belaunde**



Fonoaudióloga. Mestre em Ciências Odontológicas Aplicadas - área Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP), Doutora em Ciências pela FOB/USP. Professora do Departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora colaboradora do Mestrado em Fonoaudiologia da UFSC. Tem experiência na área da saúde coletiva atuando em temas relacionados à atenção primária à saúde, promoção da saúde e saúde do idoso.

**Crhis Netto de
Brum**



Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Licenciada em Educação pelo Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional. Doutora em Enfermagem. Pós-doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Pós-Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó (UFFS/SC). Possui liderança compartilhada do Grupo de estudo e pesquisa sobre evidências do cuidado à saúde em pediatria e hebiatria (GEPE-CPDH). Membro do Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS) da Universidade Federal de Santa Catarina. Atua nos seguintes temas: pediatria e hebiatria com ênfase na promoção da saúde e na prática baseada em evidência.

**Samuel Spiegelberg
Zuge**



Enfermeiro. Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde. Licenciado em Educação pelo Curso de Formação de Professores para a Educação Profissional. Mestre em Enfermagem. Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Interdisciplinaridade Baseado em Evidências (GP - EVIDÊNCIAS).

SUMÁRIO

1	CONCEITO E HISTÓRIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	08
1.1	Um breve apanhado do trajeto histórico	02
2	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	20
2.1	Contextualização da criação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil	20
2.2	Conhecendo a Política Nacional de Promoção da Saúde	22
2.3	Ações estratégicas e financiamento para institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde	26
3	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE	35
4	COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E VULNERABILIDADE EM SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS	52
4.1	Risco em Saúde e seus Aspectos Conceituais	52
4.2	Origem da Vulnerabilidade em Saúde	54
4.3	Planos analíticos da Vulnerabilidade em Saúde	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
6	REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

Neste livro, você terá a oportunidade de aprofundar o seu conhecimento sobre uma temática intensamente discutida e necessária nos tempos atuais, que é a Promoção da Saúde.

No contexto das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), a Promoção da Saúde desponta como algo essencial para os indivíduos e coletividades, tanto para as pessoas já diagnosticadas, como para aquelas que não a possuem. Neste sentido, os profissionais da saúde e gestores precisam compreendê-la e resgatá-la em suas práticas assistenciais e gestoras.

Para tanto, este livro primeiramente irá discutir sobre o conceito de Promoção da Saúde, com resgate da história das Conferências Internacionais, que o fundamentaram no Brasil e no mundo.

Posteriormente será abordado acerca da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no Brasil e suas reedições, desvelando algumas das ações estratégicas realizadas em prol da saúde da população brasileira.

Em seguida, você irá ampliar os horizontes quanto a importância dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e a Determinação Social, em que terá a oportunidade de mais uma vez refletir que as condições de vida que envolvem os indivíduos e a comunidade interferem profundamente no seu processo-saúde e na escolha de hábitos saudáveis.

Para a conclusão deste livro, ainda será abordado acerca do Risco e Vulnerabilidade em saúde, sendo que no findar desta leitura e estudo, você identificará os conceitos relacionados as terminologias. O enfoque do presente texto está sustentado nos planos analíticos da vulnerabilidade e na sua distinção de risco para auxiliar nas condutas promotoras de saúde às pessoas com alguma doença crônica.

Salienta-se que ao término de cada assunto específico abordado neste livro, será apresentado um breve resumo, com um momento reflexivo para você pensar a respeito e resgatar o conteúdo discutido.

Além disso, o livro 04 - Promoção da Saúde será desenvolvido de modo assíncrono, com a carga horária prevista de um crédito, perfazendo o total de 15 horas.

Desejamos a você bons estudos e muito aprendizado!

Os autores

Ementa: Estratégias de promoção da saúde como política pública, ações intersetoriais de promoção.

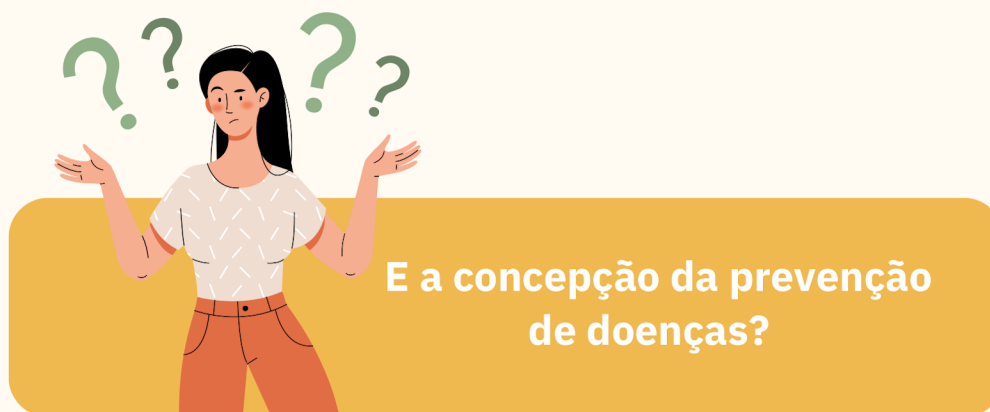
Carga horária: 15h/a

1 CONCEITO E HISTÓRIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

1.1 Um breve apanhado do trajeto histórico

Para conhecer sobre a temática da Promoção da Saúde no contexto das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), primeiramente é necessário compreender o seu conceito e trilhar alguns caminhos da sua história no cenário internacional e nacional.

A Promoção da Saúde tem sido considerada uma estratégia em que se unem esforços para o enfrentamento e resolução de múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. Tais esforços são direcionados à articulação entre os setores públicos e privados, individuais e comunitários trabalhando sobre um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania articulada às estratégias como as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.¹



Inicialmente é importante compreender que prevenção de doenças não é sinônimo de promoção da saúde. A medicina preventiva mantinha o foco sobre os aspectos biológicos, sem considerar a causa do problema levantado que pode estar relacionada aos aspectos sócio históricos, a formulação de políticas públicas saudáveis e intersetoriais que atendessem às demandas dos determinantes,

econômicos, políticos, educacionais, ambientais e culturais do processo saúde e doença. Além de não estimular nas coletividades processos de valorização de suas potencialidades bem como seu envolvimento na tomada de decisões como àquelas relacionadas às políticas de saúde. Portanto o conceito atual de Promoção da Saúde contempla as atividades de Prevenção, tratamento, reabilitação pois o foco é direcionado à pessoa, família, coletividade, condições de vida, território e iniquidades.²⁻³

A compreensão e aplicabilidade do conceito atualmente utilizado sobre a Promoção da Saúde recebeu ênfase nas últimas décadas, suas raízes podem ser encontradas em civilizações antigas, como a Grécia Antiga, conforme documentos filosóficos dos séculos VI a IV a.C. Os gregos romperam com as concepções sobrenaturais de saúde e doença que até então dominavam as sociedades humanas e passaram a perceber que a manutenção da saúde e combate à doença estava relacionada ao equilíbrio dinâmico entre o ambiente interno e externo, por meio dos determinantes físicos e sociais da saúde, empoderaram indivíduos e comunidades por meio de novas instituições democráticas e participativas, deram ênfase à saúde educação e desenvolvimento de habilidades, e reconheceram a importância das políticas públicas saudáveis.⁴

O conceito de Promoção da Saúde vem se desenvolvendo ao longo dos tempos, surgindo como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Registros em artigos científicos foram sinalizados como no estudo de Winslow (1920) que mencionou ser a Promoção da Saúde um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde populacional e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, bem como o desenvolvimento de estruturas social que possa assegurar condições para manutenção e melhoramento da saúde a todos.

Na mesma época, Sigerist (1946) definiu quatro tarefas essenciais para a medicina: promoção de saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação, afirmando que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”, ainda solicitou esforços coordenados de políticos, setores sindicais, empresariais, educadores e médicos.²

Leavell e Clark (1965), abordaram o conceito de Promoção da Saúde no modelo da história natural da doença que comportaria três níveis de prevenção dentro dos quais existem cinco componentes distintos passíveis de aplicar medidas preventivas.

A prevenção primária é desenvolvida no período pré-patogênese e envolve medidas destinadas a desenvolver a saúde geral por meio da proteção específica do homem contra agentes patogênicos e o estabelecimento de barreiras contra tais agentes. Ainda neste primeiro nível as medidas destinadas à Promoção da Saúde não se destinam a uma doença específica, mas para aumentar a saúde e bem-estar geral. Neste contexto, a educação e motivação sanitária são elementos importantes para atingir

tais objetivos e ainda os elementos para a promoção de saúde incluem bom padrão de nutrição ajustado às diferentes fases do desenvolvimento humano, atendimento das necessidades para o desenvolvimento da personalidade (Quadro 1).⁵



Quadro 1 – Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Prevenção primária		Prevenção secundária/terciária	Prevenção terciária
Promoção de saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento precoce Limitação da invalidez	Reabilitação
Período pré-patogênese		Período patogênese	

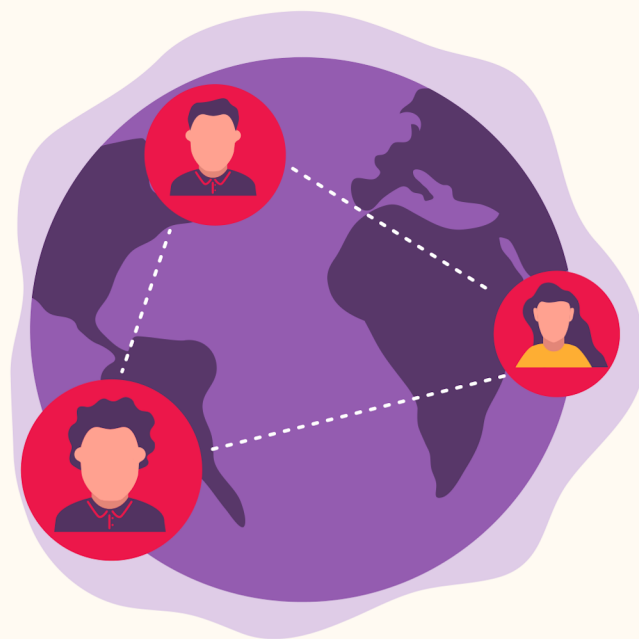
Fonte: Leavel & Clark (1976)

Contudo, tais conceitos não se estendiam às doenças crônicas não-transmissíveis onde a prevenção de doenças e promoção de saúde estão associadas a medidas sobre os ambiente físico e estilos de vida e nesse contexto, não eram considerados os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho bem como dos aspectos sociais das pessoas.³

Pode-se sinalizar dois marcos históricos que remodelam a nova concepção de Promoção da Saúde sendo o primeiro a abertura da China para duas expedições com especialistas ocidentais da Organização Mundial da Saúde que constataram um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, as quais foram utilizadas como sustentação para delinear as ações propostas na atenção primária à saúde, posteriormente enfatizada na Declaração de Alma-Ata.⁶⁻⁷ Assim, tem-se na Atenção Primária à Saúde o principal, embora não exclusivo, campo da Promoção da Saúde dentro do sistema de saúde vigente.⁸

A Declaração de Alma-Ata, resultado da Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde realizada em 1978 é considerada um marco histórico mundial da atenção primária à saúde. Neste documento afirma-se a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. A APS é considerada como função central do sistema nacional de saúde e parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico nas comunidades.⁶ As temáticas abordadas neste encontro firmaram-se na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,⁹ com a promulgação da Carta de Ottawa.⁷

No processo histórico encontra-se o Relatório Lalonde, datado de 1974 (*A new perspective on the health of Canadians*), que reforça as ações que delineavam a Promoção da Saúde. Nele, o termo “promoção de saúde” se tornou parte de uma publicação oficial do governo canadense. A motivação central do Relatório Lalonde foi política, técnica e econômica pois visava enfrentar o aumento dos custos da assistência médica e se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas.^{7,10}



O influente Relatório Lalonde expressou o reconhecimento de que muitas mortes e doenças resultam de desigualdades em cuidados de saúde, estilo de vida ou fatores comportamentais, determinantes socioambientais e características biofísicas (biológicas) dos indivíduos. Assim identificou os campos da saúde que a saúde humana poderia ser promovida.

O Relatório Lalonde, portanto, relançou o conceito inovado de Promoção da Saúde afirmando que uma mudança no ambiente e no estilo de vida seria necessária para melhorar as condições de saúde das pessoas. Seus fundamentos estão no campo da saúde que reúne os determinantes da saúde. Assim sendo, não se constitui uma política de saúde e sim ofereceu uma nova abordagem para análise da política de saúde. Nesse momento, pode-se verificar o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis e diminuição das infectocontagiosas, enfatizando a importância da atenção a fatores como aqueles relacionados ao estilo de vida.

O termo em si, Promoção de Saúde foi contemplado primeiramente na Carta de Ottawa, documento elaborado na I Conferência internacional de Promoção da Saúde (1986). Nele, é definido como processo de capacitação que objetiva atuar na melhora da qualidade de vida e de saúde da comunidade; condições e recursos fundamentais são citados como pré-requisitos para a melhora da saúde, tais como paz, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Na Carta de Ottawa, encontramos as cinco estratégias que nortearam todas as demais Conferências (Quadro 2).



Quadro 2 - Estratégias de acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986).

Criação de ambientes favoráveis	<p>Enfatiza a necessidade de cada cidadão cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural, encorajando a ajuda recíproca. Além disso, reforça a necessidade de conservação dos recursos naturais mundiais como uma responsabilidade global, bem como o acompanhamento sistemático das alterações do meio ambiente sobre a saúde. O trabalho e o lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. Outros ambientes podem favorecer a saúde como o lar, a escola e a própria cidade.</p>
Reforço da ação comunitária	<p>Ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. Por meio dos recursos humanos e materiais existentes nas comunidades, busca-se intensificar a autoajuda e o apoio social, proporcionando a participação nas tomadas de decisões dos assuntos de saúde. Para tal, faz-se necessário um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.</p>
Desenvolvimento de habilidades pessoais	<p>A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação e informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, assim podem-se realizar ações contemplando diferentes pessoas como nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e outros espaços comunitários. Assim, as populações podem exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas.</p>

Políticas públicas saudáveis

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, contemplando outros determinantes. A saúde deve estar na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências de suas decisões e responsabilidades. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais, assegurando bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde.

Reorientação dos serviços de saúde

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos em prol da saúde e não da doença. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, respeitando as peculiaridades culturais, além de apoiar as necessidades individuais e comunitárias abrindo canais entre o setor saúde e os demais setores da sociedade (sociais, políticos, econômicos e ambientais). Apoiar também os esforços para o desenvolvimento de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores, adaptado de WHO (1986) e Heidemann et al. (2006).

Nesse momento, firma-se uma forte aliança em torno da saúde pública a nível internacional, direcionando o Brasil a registrar em sua constituinte o enfoque dado à atenção à saúde, ao desenvolver ações promotoras em detrimento das assistenciais,¹¹ levando à elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Outras Conferências seguiram sendo realizadas com o intuito de fortalecer o que fora firmado na Primeira, sendo a Carta de Ottawa o fio condutor de todas, sendo elas apresentadas de forma sucinta no Quadro 3.

Quadro 3 - Síntese das principais conferências Internacionais e regionais de promoção da saúde.

Ano	Conferências Internacionais	Principais pontos analisados
1986	I Conferência internacional de Promoção da Saúde	Marco para a Nova Promoção da Saúde, com o lema Saúde para Todos no Ano 2000 por meio de ações que visem reduzir as desigualdades sociais em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Apresenta cinco estratégias sendo elas: a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.
1988	II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ou Conferência de Adelaide	Tratou como tema central as políticas públicas saudáveis. Estas são caracterizadas pela preocupação de todas as áreas de políticas públicas em relação a saúde e equidade e impacto de tais políticas sobre a saúde da população, destacando-se a importância da intersetorialidade e responsabilidade do setor público. Foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ação imediata em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis.
1991	III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde ou Conferência de Sundsvall	A primeira a focar a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos, onde convocou governos, organizações e pessoas a se engajarem no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticas mais favoráveis à saúde. Portanto tem seu foco na temática relacionada aos ambientes favoráveis.

		<p>Foram ressaltados quatro aspectos para um ambiente favorável à saúde: dimensão social, dimensão política, dimensão econômica e reconhecimento feminino em todos os setores.</p>
1997	<p>IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, ou Conferência de Jacarta</p>	<p>A primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento e incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde. Enfatizou os determinantes da saúde destacando os fatores transnacionais dentre eles: integração da economia global, mercados financeiros e comércio, continuação da degradação ambiental.</p>
2000	<p>V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p>	<p>Reconhece a implementação das ações promotoras da saúde, no entanto, ainda se encontram escassas, reforçando a necessidade da articulação de todos os setores sociais a nível local, regional e mundial.</p>
2005	<p>VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde</p>	<p>Reforça as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas. Enfatiza a abordagem dos determinantes sociais da saúde além de reafirmar os valores da Carta de Ottawa. Salienta quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática.</p>

1992	Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Bogotá	Esta Conferência tratou da promoção da saúde na América Latina e afirma que esta busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento. Propõe garantir o acesso universal e estimula o compromisso social para assumir a vontade política de fazer da saúde uma prioridade.
1993	I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe	Propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; "empoderamento" das comunidades para alcançar o bem-estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde; construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação.
1998	Rede de Megapaíses para Promoção da Saúde	Idealizada pela Organização Mundial da Saúde, formou-se uma aliança entre os países mais populosos na busca de soluções para a promoção da saúde. O Brasil faz parte dessa Rede. Como meta, sugere: melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersetorialidade e parcerias para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde.

Fonte: Brasil (2002), Heidemann et al. (2006),

Houveram críticas quanto à responsabilização e/ou culpabilização do indivíduo sobre seus problemas de saúde e diminuição dos deveres do Estado ao mencionar que a Promoção da Saúde impõe estilos de vida saudáveis. No entanto os documentos resultantes das Conferências Internacionais não sinalizam ações individuais e autoritárias culpabilizando aqueles com estilos de vida não saudáveis, mas à construção da autonomia, cidadania, movimentos instituintes dentre outros.^{3,12}

Promoção da saúde define-se em um sentido mais amplo do que a prevenção, pois as medidas adotadas não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. A Promoção enfatiza a transformação das condições de vida e trabalho, sendo necessário que as estratégias de prevenção sejam requalificadas e ampliadas para que sejam compatíveis com as ações de promoção da saúde.



2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.1 Contextualização da criação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil

A criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem muita história para contar. Tal política não foi criada repentinamente e nem ficou estagnada. Ela foi construída com base em fundamentos sólidos, retomando as estratégias propostas pela Carta de Ottawa, com o envolvimento de diversos setores da sociedade. Aos poucos, a PNPS foi sendo redefinida, conforme o contexto histórico, político e social do Brasil, como veremos a seguir.



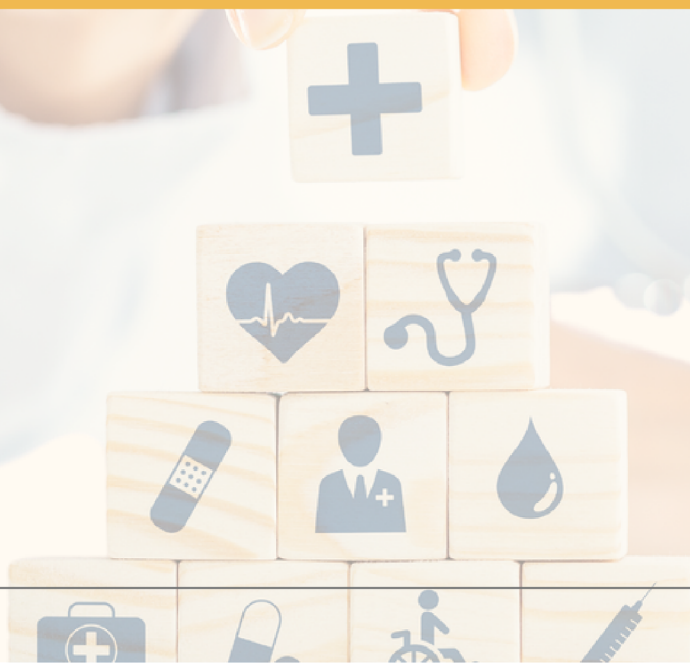
No Brasil, a Reforma Sanitária influenciou a construção social e histórica da Promoção da Saúde.¹³ Tal movimento foi propulsor para que a Promoção da Saúde fosse englobada em todos os níveis de complexidade e atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴ O fato é que enquanto o SUS incorporou a concepção ampliada de saúde, dando ênfase na análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos, com articulação intersetorial e com a sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos, consequentemente também comprometeu-se com a Promoção da Saúde.¹⁵

Em 1988, na Constituição Federal, o Brasil assumiu como um dos seus objetivos essenciais a redução das desigualdades sociais e regionais.¹⁴ A partir de então, com a garantia das definições constitucionais, bem como com a legislação que regulamenta o SUS e as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a

construção da PNPS, na perspectiva de enfrentar os desafios de produzir saúde em uma conjuntura social e histórica complexa no país.¹⁶

No cenário político-institucional brasileiro, a Promoção da Saúde passou a ocupar maior espaço a partir dos anos 1990. Mas foi no findar dessa década que suscitou uma maior movimentação para institucionalizar a Promoção da Saúde como política nacional, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).¹⁷ Portanto, a discussão sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) desenvolveu-se durante os anos 2000 e o primeiro documento para debate foi apresentado em 2002, sendo que a sua institucionalização foi aprovada em 2006.¹⁸

A elaboração da PNPS envolveu discussões com todas as áreas do MS, com a participação efetiva de gestores locais do SUS, universidades e diferentes atores sociais. Essa construção desenvolveu-se em duas fases: a primeira foi coordenada pela Secretaria Executiva do MS na gestão de 2004-2004; a segunda ocorreu entre 2005 e 2006, sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde.¹⁹ Em 2006, por meio da portaria MS/GM nº 687/2006, finalmente o MS instituiu a PNPS.



2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.2 Conhecendo a Política Nacional de Promoção da Saúde

A PNPS, instituída por meio da portaria MS/GM nº 687/2006, defende a proposta de ser transversal, com vistas a perpassar entre todos os setores governamentais, privados e sociedade, abarcando o compromisso e a corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população. A PNPS emergiu com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, envolvendo os modos de viver, habitação, educação, ambiente, condições de trabalho, cultura, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.¹⁶

Dessa maneira, o MS formalizou a política de Promoção da Saúde no SUS, reforçando diversas iniciativas promocionais, com as seguintes diretrizes (Quadro 4).

Quadro 4 - Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006.

Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde

1. Reconhecer que a Promoção da Saúde é fundamental para alcançar a equidade e a melhoria da qualidade de vida e de saúde.
2. Estimular as ações intersetoriais, com parcerias que possibilitam o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde.
3. Fortalecer a participação social como uma base para obter os resultados de Promoção da Saúde, principalmente a equidade e o empoderamento individual e comunitário.
4. Instigar mudanças na cultura organizacional, a fim de adotar práticas horizontais de gestão, com estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais.

5. Incentivar a pesquisa em Promoção da Saúde, com avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações realizadas.

6. Divulgar as iniciativas promotoras para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, com utilização de metodologias participativas, considerando o saber popular e tradicional.

Para estabelecer políticas públicas e assim garantir a integralidade da atenção à saúde, o MS passou a assumir novas demandas e novos compromissos nacionais e internacionais. Esse cenário motivou o aprimoramento e a atualização da PNPS. O processo de revisão dessa política desenvolveu-se de maneira ampla, democrática e participativa, contando com a participação de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior. Somado a isso, houve a participação de representantes de instituições para além do setor Saúde, comprometidos com ações de promoção da saúde de todas as regiões do Brasil.

O processo de revisão da PNPS foi sendo desenvolvido e em 11 de novembro de 2014, por meio da Portaria nº 2.446/2014, foi redefinida, com a defesa dos seguintes valores e princípios fundamentais de todas as práticas e ações no âmbito da atuação da Promoção da Saúde:²⁰

1

Reconhecimento da subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;

2

São valores fundamentais no processo de sua concretização: solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça e inclusão social;

Adoção dos seguintes princípios: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersectorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.

A PNPS continuou sendo revisada e em 28 de setembro de 2017, foi publicada a Portaria de Consolidação nº 2/2017, revogando a Portaria nº 2.446 de 2014,²¹ em que defendeu a articulação de suas ações com outras redes. Portanto, os demais setores e instituições são fundamentais para a produção de saúde e cuidado. O quadro 5 evidencia uma breve interface das três edições da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil.

Quadro 5 - Breve interface entre as edições da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006

Objetivo: Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Principais características: Destaca a Promoção da Saúde como estratégia de articulação transversal, com estreita relação com a vigilância em saúde, privilegiando o bem de todos e a construção de uma sociedade solidária. Seu objetivo se aproxima da vigilância em saúde e, portanto, do conceito de prevenção.

Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014

Objetivo: Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Principais características: Salienta as ações de Promoção da Saúde no território, garantindo sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a regionalização e estratégias de financiamento e cogestão. Fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e nos referenciais teóricos da Promoção da Saúde, buscando a produção da saúde no contexto individual e coletivo, com ênfase na necessidade de articulação intra e intersetorial e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção, com destaque à participação e o controle social.

Política Nacional de Promoção da Saúde de 2017

Objetivo: Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Principais características: Esta nova versão toma por fundamento o próprio SUS, que traz em sua base o conceito ampliado de saúde, o referencial teórico da Promoção da Saúde e os resultados de suas práticas desde a sua institucionalização. Destaca a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com ênfase na participação social e nos movimentos populares, considerando que o setor Sanitário não é capaz de enfrentar sozinho os determinantes e condicionantes da saúde. Defende a equidade, a melhoria das condições e dos modos de viver, o direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da Promoção da Saúde.

Fonte: elaborado pelos autores a partir de Brasil (2006); Brasil (2014); Brasil (2018); Silva e Baptista (2015).

A PNPS aponta que as intervenções em saúde precisam considerar os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, a fim de ultrapassar os muros dos serviços de saúde e afetar as condições de vida dos indivíduos e coletividades, favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis. Nesse aspecto, a saúde exige a participação ativa de todas as pessoas na elaboração de ações promotoras de saúde. Assim, a PNPS, em seu processo de implementação nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor Sanitário e os demais setores, atua para fomentar transformações nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde.

2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2.3 Ações estratégicas e financiamento para institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde

Para o crescimento e desenvolvimento da PNPS no Brasil, criou-se uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde para o biênio 2007/2008.¹⁶

Para a continuidade de seu crescimento e efetivação, nos anos subsequentes a Promoção da Saúde foi incluída na Agenda de Compromissos pela Saúde, nos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão, na Agenda de Compromissos pela Saúde e também foi incluída na agenda estratégica do MS, bem como nos seus Planos Nacionais de Saúde seguintes.²²

Para a institucionalização da PNPS no Brasil, o MS financiou ações estruturantes, com o intuito de incentivar a realização de programas de Promoção da Saúde. Inicialmente, apoiou-se principalmente as capitais dos Estados e Distrito Federal. Os repasses financeiros ocorreram mediante pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio de editais e ou portarias públicas. Para tanto, os municípios enviaram projetos de Promoção da Saúde, os quais foram avaliados e selecionados, considerando-se a disponibilidade orçamentária. A partir de 2011, foram definidas novas modalidades de repasse de recursos, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais, como a implantação do Programa Academia da Saúde. O quadro 6 evidencia algumas das principais ações desenvolvidas para a institucionalização da PNPS no Brasil.

Quadro 6 - Algumas ações estratégicas para a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Ano	Ações estratégicas
2006	Criação de linha de programação orçamentária específica para Promoção da Saúde no Plano Plurianual e sua inserção no Plano Nacional de Saúde.

2007	Lançado o Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), nos ministérios da Saúde e da Educação.
2008	MS comemora o Dia Mundial da Saúde e da Atividade Física.
2009	<ul style="list-style-type: none"> - Lançamento do Plano Nacional de Atividade Física pelo MS. - Resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre os determinantes sociais da saúde e a igualdade na saúde.
2010	Início do projeto Vida no Trânsito, uma parceria do MS com a OMS.
2008-2011	Inserção de repasses financeiros para projetos ou programas de promoção da saúde, como os de promoção de atividade física e alimentação saudável, prevenção do tabagismo, implementação de núcleos de prevenção de violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito.
2008-2011	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão da PNPS na agenda interfederativa por meio do Pacto Pela Vida: monitorização dos indicadores sobre a redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo nas capitais; implantação dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde. - A partir de 2011 foram inseridos indicadores de Promoção da Saúde, como notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras, implementação do Programa Academia da Saúde, expansão do Programa Saúde na Escola e do Projeto Vida no Trânsito, entre outros, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instituído a partir do Decreto 7508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

2011	<ul style="list-style-type: none">- Plano Nacional de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) 2011-2022.- Programa Academia da Saúde (Portaria GM/MS n.º 719, de 7 de abril).- Termo de Compromisso do MS e empresas de alimentação para redução do teor de sódio nos alimentos processados no Brasil.
2012	Rio+20 – Cúpula dos Povos, Cúpula dos Prefeitos.
2013	Publicação da Portaria n.o 2.761, instituindo a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (Pneps-SUS).
2006-2012	Financiamento de ações para prevenção de violência e acidentes e cultura da paz em cerca de 1300 municípios brasileiros.
2008-2014	Novas modalidades de financiamento para o Programa Saúde na Escola (PSE). Com a ampliação dos critérios para adesão, o PSE passou de 1,9 milhões de pessoas beneficiadas em 2008, para 18,7 milhões em 2013, com a participação de 4.864 municípios. Em 2014, o repasse financeiro para o PSE foi de R\$ 71 milhões
2014	<ul style="list-style-type: none">- Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n.º 2.446, de 11 de novembro).- Lançamento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade.

2015	<ul style="list-style-type: none"> - Agenda 2030 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Segunda edição do Plano Nacional de Atividade Física (MS e do Esporte).
2016	22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, em Curitiba, Brasil, com a temática “Promovendo a saúde e a equidade”.
2017	Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.
2018	OMS lança o Plano de Ação Mundial sobre Atividade Física e Saúde, 2018-2030.
2019	Criação do Departamento de Promoção da Saúde na Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde.
2020-2021	   <p>Brasil enfrenta a pandemia de COVID-19, com atuação em várias frentes, na tentativa de não apenas combater a doença, como também atuar na prevenção de agravos e Promoção da Saúde.</p>

Fonte: elaborado pelos autores a partir de Malta et al. (2016); Brasil (2021).



A Promoção da Saúde está em processo de construção e ainda há um caminho a trilhar. No entanto, como já descrito, vários passos foram percorridos nesta trajetória para o alcance da sua institucionalização e fortalecimento, tais como: inclusão de programas de Promoção da Saúde; financiamentos destinados aos municípios e estados para projetos de atividade física e práticas corporais; avanços na avaliação dos projetos, nas parcerias, na capacitação de recursos humanos e na mobilização social; avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das DCNT.²²

É premente que a Promoção da Saúde no Brasil continue se expandindo, viabilizando políticas públicas saudáveis voltadas para a diminuição das iniquidades sociais no contexto individual e coletivo, com vistas a alcançar o fortalecimento da ação comunitária, a qual é essencial para o exercício da autonomia, com valorização do conhecimento popular e da participação social,¹⁴ sobretudo no que tange às DCNT.

Vale salientar que no ano de 2019, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT e 11,5% por agravos.²³ As DCNT são decorrentes do estilo de vida, sendo que a adoção de determinado modo de vida por indivíduos e coletividades determina uma modificação no perfil de morbidade. Por conseguinte, as DCNT são determinadas pelo acesso a: bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. Além disso, os fatores de risco afetam o indivíduo ao longo de sua vida e do seu espaço, sendo que podem ser modificados por meio de ações promotoras de saúde.²⁴

Para enfrentar e deter as DCNT, em 2011, o MS estruturou o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, com previsão para os anos 2011-2022, como consta no quadro 3, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas de maneira integrada, sustentável, baseadas em evidências para a prevenção e o controle das doenças crônicas e seus fatores de risco, buscando fortalecer os serviços de saúde para a qualificação da assistência.²⁴

Conforme ilustra a Figura 1, o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT (2011-2022) destaca os principais grupos de doenças crônicas: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes. Também aborda sobre os fatores de risco em comum modificáveis, tais como: tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Estes riscos podem ser modificados pela mudança de comportamento e por estratégias governamentais promotoras de saúde, como as que já foram apontadas no Quadro 3.

Para tanto, o Plano define diretrizes e ações para enfrentar as DCNT que abarcam:²⁴

1

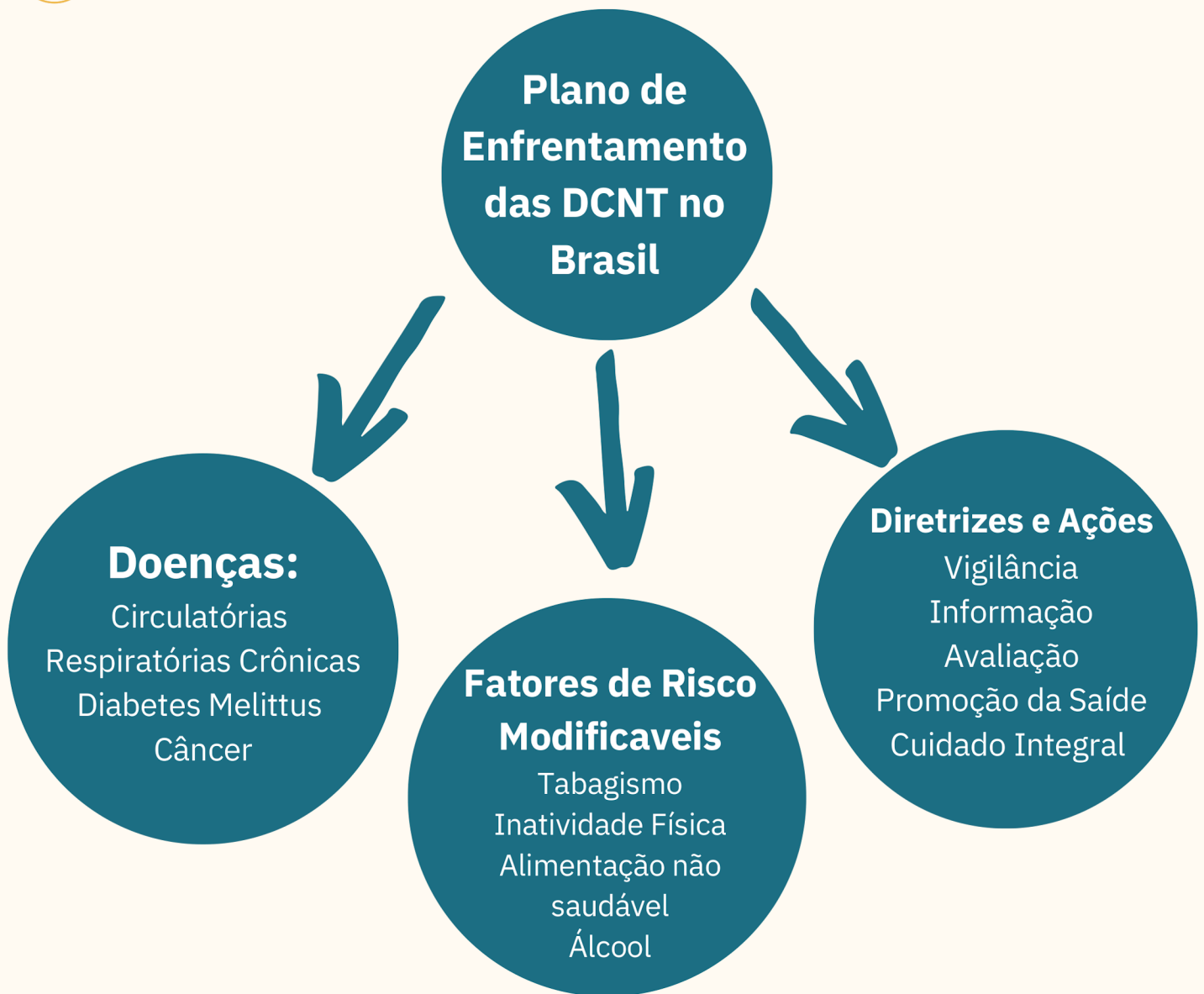
Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;

2

Promoção da saúde;

3

Cuidado integral.



Fonte: elaborado pelos autores a partir de Brasil (2011).

No ano de 2021, o MS lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não-Transmissíveis no Brasil (DANT) 2021-2030, o qual incentiva a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população, a fim de diminuir as desigualdades em saúde. Além das DCNT, este Plano também enfatiza os agravos não-transmissíveis (violências e acidentes), os quais estão incluídos no cenário de morbimortalidade da população.

O Plano defende: criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais; organização de serviços em rede; construção de governança de processos; produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências; controle social; e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde.²³

Evidencia-se que ainda há muito a ser desenvolvido no enfrentamento das DCNT no Brasil, mas ao mesmo tempo, também desvela-se a trajetória das políticas públicas e ações promotoras de saúde já realizadas no país em prol da saúde da população brasileira, considerando os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), objeto de discussão a partir de agora.

MOMENTO REFLEXIVO



Você já havia parado para pensar sobre como foi constituída a Política Nacional da Promoção da Saúde?

Conforme vimos no texto, essa política foi construída à muitas mãos, por meio de diálogos envolvendo diversos setores e atores da sociedade. E você, como cidadão, como profissional da saúde e ou gestor(a) do setor Sanitário, o que tem feito para instituir a PNPS no seu âmbito de trabalho e território de atuação?

Saiba que você não poderá colocá-la em prática se não a conhece-la! Então, é tempo de se aprofundar mais sobre as políticas e estratégias que o MS tem discutido, planejado e publicado, para o desenvolvimento e ampliação do cuidado integral aos indivíduos e coletividades, que envolve as ações promotoras da saúde, especialmente no contexto das doenças crônicas.

Portanto, **não se esqueça de colocar em prática**, no seu contexto de trabalho, tudo que aprendeu até aqui e continue lendo a respeito dessa importante temática.

SAIBA MAIS

Se você deseja inteirar-se mais sobre o tema, acesse a Política Nacional da Promoção da Saúde e a conheça na íntegra.

[CLIQUE AQUI](#)



SÍNTESE DO CONTEÚDO

Em março de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687. Em 22 de novembro de 2014 foi redefinida pela Portaria nº 2.446, a qual foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.

A PNPS resgata o compromisso do Brasil com a ampliação e a qualificação de ações de Promoção da Saúde nos serviços e na gestão do SUS. Nesse contexto, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde desde a sua criação, o que ampliou as possibilidades das políticas públicas existentes, sobretudo no enfrentamento das DCNT.²¹

Em 2011, o MS lançou o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2011-2022 e no ano de 2021, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não-Transmissíveis no Brasil (DANT) (2021-2030), o qual incentiva a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população, a fim de diminuir as desigualdades em saúde.

3. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Os modelos de Determinação Social e Determinantes Sociais da Saúde se apresentam como um novo paradigma de perceber o processo saúde-doença. Em uma visão retrospectiva, o pensamento médico social, na Europa, século XIX, expresso na obra de autores como Allison, na Escócia, Chadwick e Snow, na Inglaterra, Villermée, Leususcher, na França, Virchow, na Alemanha e Grotjahn, na Bélgica, afirmaram haver uma relação entre saúde e condições de vida.

Um dos eventos que impulsionou o debate sobre Determinantes Sociais da Saúde ocorreu em 1974, no Canadá, quando o Ministro da Saúde, Marc Lalonde, divulgou o Informe “Novas Perspectivas de Saúde dos Canadenses”, conhecido como **Relatório Lalonde**. Este documento indagou a exclusividade do modelo biomédico na resolução das situações de saúde considerado como um marco na inserção do tema, tendo ampla repercussão na saúde pública.²⁵

Neste relatório não são realizadas diferenciações entre os conceitos de “Determinação Social da Saúde” e “Determinantes Sociais da Saúde”, contudo é relevante destacar que apesar de inúmeros estudos apresentarem estes termos como sinônimos existem diferentes abordagens relacionadas a estes conceitos.

Na década de 1970 emergiram as primeiras reflexões que remetem ao campo da medicina social na América Latina.²⁶ Porém, no cenário brasileiro, o caminho percorrido que aborda o pensamento social foram resultantes de diferentes aproximações e contextos. Estas aproximações resgataram os fundamentos da saúde coletiva embasada no modelo preventivista da década de 1950, originando os departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que expandiram o enfoque da clínica, como a epidemiologia, as ciências exatas, a bioestatística. Neste momento, instala-se a perspectiva biopsicossocial do processo saúde e doença do indivíduo. Entretanto, apenas a partir de 1980, desenvolveu-se uma perspectiva de política pública concreta, impulsionando o fortalecimento da reforma sanitária brasileira e a mudança do sistema de saúde vigente. Este movimento culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS em 1987.²⁶⁻²⁷



A óptica da Determinação Social compreende-se os fenômenos saúde, doença e formas de enfrentamento apoiados na perspectiva social e científica da abordagem marxista. Direciona para as estratégias fundamentais de construir diferentes formas de pensar a saúde e novos modos de organizar e desenvolver as práticas de saúde.²⁸

Nesta perspectiva, Laurell (1983) aborda o caráter histórico-social do processo saúde-doença e afirma que este é condicionado pela forma como o homem se apodera da natureza em um período da história o momento e que esta apropriação acontece por meio do processo de trabalho apoiado no desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.



Para Breilh e Granda o processo saúde- doença é definido como a “síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde”.²⁹

São diversos os elementos que afetam no processo de saúde e doença, gerados hegemonicamente por questões macrossociais. A partir disso, os fatores de risco e as situações individuais pouco esclarecem sobre o processo saúde e doença. Compreende-se que as desigualdades sociais estão associadas às injustiças, uma vez que muitas pessoas em vulnerabilidade social são privadas do acesso a determinadas oportunidades para alcançar qualidade de vida. As condições de saúde de uma população devem ser analisadas a partir da perspectiva de determinação social, rompendo dessa forma, com a lógica individual, respeitando a liberdade das pessoas para fazerem as escolhas, sendo que estas estão fortemente influenciadas por questões sociais, econômicas e políticas.³⁰

A Determinação Social da Saúde são dimensões inseparáveis, visto que a política é essencial e tem um importante papel no ordenamento social. **Entende-se que a saúde é um tema sensível para a política, e Determinação Social da Saúde fortalece a dimensão crítica, ao vincular diretamente a saúde de pessoas e populações ao ordenamento social.**²⁷

Ultimamente a temática da Determinação Social da Saúde assume posição central e internacional em relação a saúde e a sociedade. As discussões reaparecem com o termo da Determinação Social da Saúde, no intuito de impulsionar um importante debate sobre a temática das desigualdades, compreendendo sobre as disparidades nas condições de vida e de trabalho, no acesso diferenciado à assistência à saúde e suas repercussões sobre a morbimortalidade da população.³¹



O conceito de Determinação Social da Saúde ou produção social da saúde desponta a partir da constatação da lógica capitalista da medicina e contrário ao Estado autoritário, excludente e discriminatório, questionando a sua responsabilidade. Contestam a medicina clínica de enfoque biologicista com abordagem médica curativista, as práticas que não consideram os determinantes estruturais e a sociedade capitalista com sua lógica de transformação da saúde em objeto de lucro.

É um referencial teórico que discorre a amplitude da coletividade e da especificidade do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não abordando as discussões epidemiológicas individuais e explicando a relação entre o biológico e o social.



Em contraposição, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são embasados em uma forte perspectiva epidemiológica, direcionada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução das iniquidades, se afastando do discurso tradicional da saúde pautada no indivíduo.³²

As inconsonâncias principais observadas nestas duas correntes de pensamento apontam para a análise da sociedade, na qual o referencial da Determinação Social reflete a crítica ao modo de produção capitalista e os Determinantes Sociais operam no que é produzido pela sociedade, ou seja, a pobreza, a desigualdade, o desemprego, e demais fatores relacionados às questões sociais. Em relação às teorias sociais vinculadas, a perspectiva da Determinação Social está explicitamente atrelada ao referencial marxista que não se encontra no enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde.³¹

A Determinação Social da Saúde não nega a atenção individualizada quando necessária, mas é contextualizada numa relação entre pessoas. Os estudos epidemiológicos na década de 1970, originaram o conceito de Determinação Social do processo saúde-doença, constituindo com as ciências sociais e aproximando o conceito de saúde com o modo de produção capitalista e a formação socioeconômica. Neste momento, ocorreram questionamentos do paradigma biomédico da doença, e a fragilidade de relacionar o conceito de saúde com a organização da sociedade. Este emerge em um contexto marcado pela dificuldade do setor saúde em identificar a produção de um novo conhecimento que fosse capaz de entender as principais causas relacionadas às situações de saúde que revelavam-se nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e o câncer.^{19,31}

Saúde



Ausência de doença



Análise
puramente
biológica

A epidemiologia social ressalta que as situações de saúde e doença resultam a partir da inserção das pessoas na sociedade, e a concepção biológica não consegue resolver. Hegemonicamente, o conceito de saúde, limitado à ausência de doenças, propõe uma análise puramente biológica, sendo fortemente discutida por não relacionar a interpretação da Determinação Social da Saúde, uma vez que o enfoque ocorre a partir da perspectiva do tratamento e prevenção de doenças, restringindo o conceito positivo de saúde. Como exemplo, percebe-se a utilização do conceito de risco como recurso para a identificação de fatores que aumentam a probabilidade da ocorrência de doenças.²⁶

A Determinação Social da Saúde traz como enfoque a ordem social, destacando a relevância da organização social nos aspectos relacionados a vida de um território. As condições econômicas, de renda, emprego e organização da produção, podem interferir positiva ou negativamente nas condições de vida de uma população. O ambiente de trabalho e convivência, cultura e valores, diversidade de gênero, etnia, cidadania são também, elementos que podem contribuir ou não na saúde das pessoas.²⁶

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), apresentam uma importante justificativa epidemiológica, direcionada para a compreensão das iniquidades sociais da saúde e bem-estar e centrada no papel da política de diminuição da desigualdade, se afastando do discurso tradicional da saúde pautada no ser humano.³²



Os Determinantes Sociais da Saúde foram se constituindo ao longo da história, principalmente no final dos anos 1970 com a **Conferência de Alma-Ata**, e na década de 1990, com o debate sobre as Metas do Milênio, ratificado, posteriormente com a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005.³³

Os Determinantes Sociais da Saúde, incluem o indivíduo e seu estilo de vida, as redes sociais e comunitárias, a oferta de serviços de saúde, educação, habitação e saneamento, além das condições socioeconômicas, culturais e ambientais. Compreendem-se os Determinantes Sociais como os fatores que influenciam as condições de saúde da população e estão dispostos aos níveis individual, social, econômico, cultural, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.



Contudo, é relevante a sinergia dos Determinantes Sociais com a promoção da saúde em prol da equidade, para melhor compreensão e endereçamento das iniquidades.

Em 2006, criou-se no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Por meio desta comissão os Determinantes Sociais abarcam fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, e comportamentais que influenciam as condições de saúde e doença da população. **Os Determinantes Sociais são as relações entre as condições de vida e trabalho das pessoas com a sua situação de saúde.**³⁴

A Comissão dos Determinantes Sociais teve como objetivo promover, um reconhecimento sobre relevância dos determinantes sociais na situação de saúde das pessoas, populações no enfrentamento das iniquidades em saúde. **Entende-se os Determinantes Sociais da Saúde como as circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas implementados para lidar com a doença, situações delineadas por “forças de ordem política, social e econômica”.**

Diversos são os modelos que estudam os Determinantes Sociais e abordam sobre as relações entre a natureza social, econômica e política. Um dos modelos de referência adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde é o Modelo de Dahlgren e Whitehead de 1991, ilustrado na Figura 1 que define quatro níveis de Determinantes que interagem e afetam a equidade em saúde e bem-estar.³⁴

O **modelo de Dahlgren e Whitehead** descreve os Determinantes Sociais relacionados ao processo saúde e doença dos indivíduos, famílias e comunidade. Este modelo abarca **cinco níveis interdependentes** que interferem direta e indiretamente sobre o processo saúde/doença da população.

Assim, no **primeiro nível** do modelo de Dahlgren e Whitehead estão os fatores voltados aos hábitos de vida. No **segundo nível** se encontram as redes de apoio sociais e comunitárias. O **terceiro nível** ilustra os macrodeterminantes, relacionados com os fatores econômicos, ambientais e culturais da sociedade em geral.^{33,35}



Figura 2 - Modelos de Determinantes Sociais da Saúde



Fonte: Dalhgren e Whitehead (1991), adaptado pela CNDSS (2005)

As condições sociais possuem uma significativa relação com os hábitos e comportamentos das pessoas. Estas interferem no conhecimento, na percepção e na capacidade de gerenciar sua situação de saúde e doença. Em uma visão ampliada, percebe-se a importância em reconhecer as desigualdades socioeconômicas e suas dimensões, as quais são fundamentais para a promoção de políticas públicas que possam anular estas diferenças, em especial no que tange às comunidades mais vulneráveis.^{33,35}

No nível subsequente se encontram os determinantes intermediários como função das condições de vida e de trabalho, representados pelo acesso aos serviços públicos, educação, habitação, saneamento, saúde, produção de alimentos, emprego e renda. No nível mais externo estão os macrodeterminantes representados pelas condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.³³

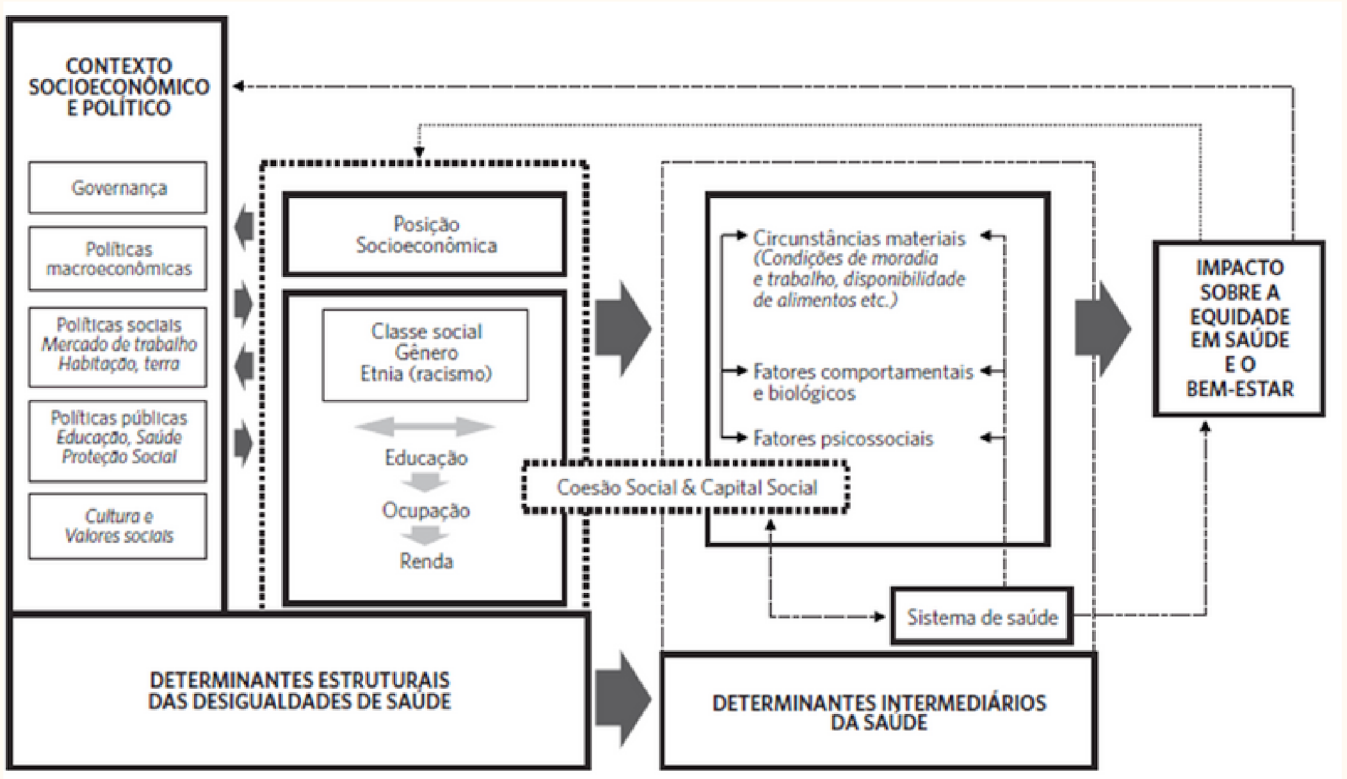
A CNDSS (2008), destacam que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead devem ser **acessíveis, efetivas, possíveis e baseadas no engajamento comunitário, nas evidências científicas e na intersectorialidade**. É relevante, uma agenda global de políticas públicas com ações voltadas aos Determinantes Sociais da Saúde no sentido de empoderar a população vulnerável, de forma a conquistar a melhoria da qualidade de vida.

Em 2011, aconteceu a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) no Brasil, com o tema “Todos pela Equidade”, ressaltando que a construção da equidade em saúde requer a colaboração de todas as instâncias governamentais, segmentos da sociedade e comunidade internacional em ações organizadas por políticas públicas embasadas em evidências que interfiram diretamente sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

Urge compreender o enfoque sobre os Determinantes Sociais da Saúde **afim de reduzir as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais**, ou seja, a distribuição desigual de poder, renda e riqueza que determina a disparidade nas condições de vida entre os ricos e os pobres, e, portanto, afeta a saúde das pessoas. Analisar a promoção da saúde em sinergia aos determinantes sociais da saúde podendo contribuir para o endereçamento das iniquidades sociais e alcance da equidade contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) determinou um novo enfoque sobre os Determinantes Sociais da Saúde, baseado no modelo de Solar e Irwin, ilustrado na Figura 3. Este modelo foi adotado na Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde de 2011, sendo incluído no relatório ‘Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde’.

Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.



Fonte: Solar e Irwin (2010).

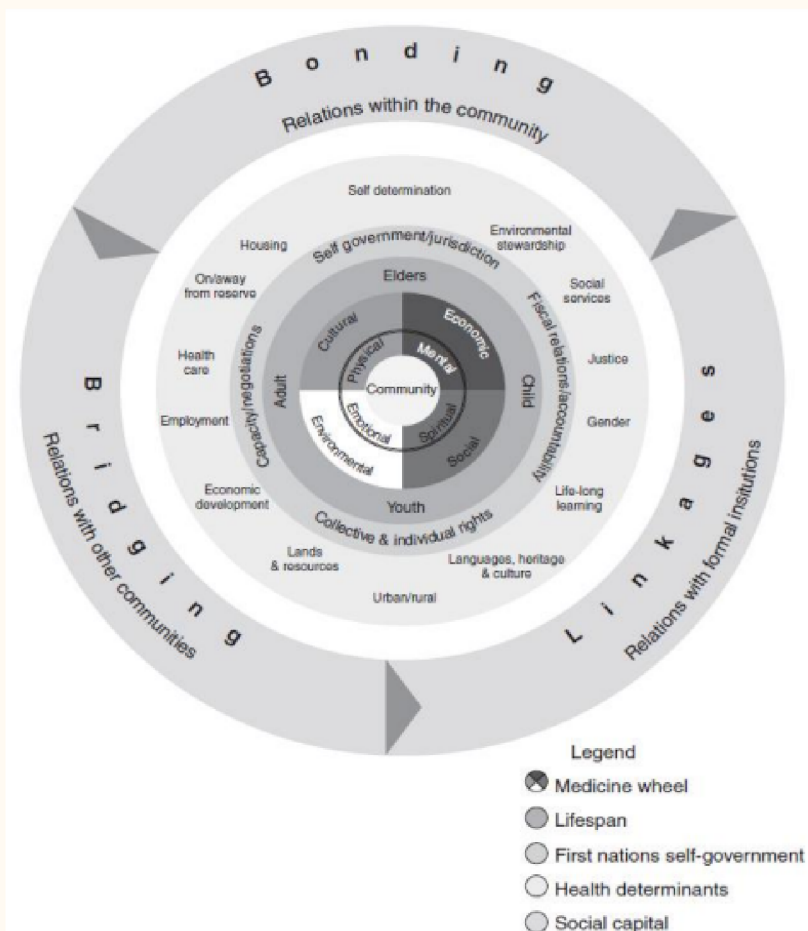
Neste enfoque, **os determinantes estruturais atuam por meio de um conjunto de determinantes intermediários** para delinear as situações na saúde. A ‘estrutura’ expressa como as ferramentas sociais, econômicas e políticas gerando um conjunto de situações socioeconômicas, em que as populações são estratificadas conforme a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores.

Essas situações socioeconômicas, determinam as vulnerabilidades e posições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e resultam o lugar das pessoas dentro níveis sociais. ³⁶

Outrossim, os determinantes intermediários representam o conjunto de elementos e materiais (como condições de moradia, características da vizinhança, condições de trabalho, qualidade do ar, acesso e disponibilidade a alimentos, água), fatores comportamentais (estilos de vida, consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (estressores psicossociais, circunstâncias estressantes, falta de apoio social). O sistema de saúde é considerado um determinante intermediário, reconhecendo, especialmente, a influência das barreiras de acesso.³⁶

Destaca-se que os Determinantes Sociais de Saúde são pautados em uma justificativa, direcionada para a compreensão das desigualdades na saúde e bem-estar social. Busca reduzir as iniquidades e se distancia do discurso tradicional da Promoção da Saúde que pauta no indivíduo e mudanças dos seus estilos de vida.³²

Figura 4 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional



Neste sentido, a melhoria da saúde da população necessita mais do que um enfoque a nível biológico, pela prescrição de uma medicação ou procedimento cirúrgico, é imprescindível abordar ainda as dimensões emocional, social e espiritual que estão diretamente associadas às situações de saúde e doença.³⁷



Os Determinantes Sociais estão diretamente relacionados com a qualidade de vida, alimentação e nutrição, habitação e saneamento; condições de trabalho adequado; educação ao longo da vida; ambiente saudável; rede de apoio social.



Em uma visão ampliada, Andermann (2013) afirma que no conceito de Determinantes Sociais a saúde deve ser analisada de diferentes dimensões a partir de um conceito **holístico e multidimensional**, como ilustrado na Figura 4.³⁷

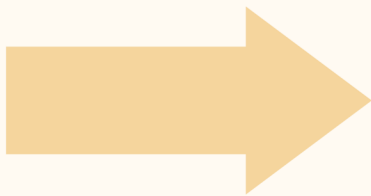
O centro do círculo representa a comunidade e suas relações mentais, espirituais, emocionais e físicas. Em seguida os fatores econômicos, ambientais, sociais e culturais. No próximo elo estão a idade das pessoas, seguido da capacidade de se autorregular e se relacionar na comunidade que estão representadas no círculo como determinantes que impactam de forma positiva ou negativa a saúde da população. O nível externo representam as relações dentro da comunidade.³²

A conexão entre a promoção e os Determinantes Sociais da Saúde contribui para melhor compreensão e enfrentamento das iniquidades em saúde. **A busca da equidade social requer inúmeros esforços sendo esta uma importante oportunidade para integrar, teoricamente e politicamente, os Determinantes Sociais e a promoção da saúde.**³²

Como estratégia chave para conectar os campos da promoção da saúde e dos Determinantes Sociais é trabalhar intersetorialmente, avançando do nível individual para o coletivo, por meio de esforços políticos no enfrentamento das desigualdades em saúde.

Ressalta-se a importância da mobilização comunitária para a construção de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis, para o alcance da melhoria da qualidade de vida.³⁷

A promoção da saúde oferece estratégias para a criação de ambientes favoráveis, estimulando movimentos da sociedade civil e ações comunitárias. Os Determinantes Sociais de Saúde em contrapartida oferecem análises dos fatores epidemiológicos para o alcance da equidade, e endereçamento das iniquidades sociais.³²



Neste sentido, as ações de saúde atreladas a compreensão do território, podem revelar as reais necessidades da população, permitindo a seleção de estratégias apropriadas para abordar situações sociais, bem como estimar se foram efetivas, apropriadas e podem impulsionar mudanças na realidade social.³⁷

A integração da promoção da saúde com os Determinantes Sociais também pode ser efetivo com a aplicação do conceito "Saúde em Todas as Políticas", e envolvimento de todos os setores a nível individual, da comunidade, e político. Urge esforços para conquista dos direitos humanos, podendo contribuir para a base de evidências da justiça social, garantindo melhores condições de saúde e equidade em saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde devem ser vistos como pontes para a promoção da saúde. É relevante considerar o que determina a saúde da população e a partir disto pensar em ações que impactem de forma positiva a qualidade de vida, mobilizando a comunidade e empoderando para reduzir os determinantes que influenciam negativamente a saúde.

Sob esta perspectiva é relevante trabalhar intersetorialmente na perspectiva das redes de atenção em saúde, influenciando nos determinantes a partir da visão ampliada da promoção da saúde.

MOMENTO REFLEXIVO



O problema em debate deveria ser o da **determinação social da vida**, e não apenas o da determinantes sociais da saúde. Por ora, basta argumentar que a ação pela saúde humana não é completa, sem integrá-la à luta pela defesa da vida na Mãe Natureza, ou seja, que não é adequada e viável para a saúde coletiva em o mundo, a médio prazo, focar todas as nossas operações com um sentido

antropocêntrico apenas na promoção e defesa da vida humana, sem proteger e ampliar a reprodução da vida na natureza. Esse argumento poderia ser reforçado dizendo: **não é possível realizar uma epidemiologia crítica eficiente e eficaz sem trabalhar uma ecologia crítica complementar orientada para a sustentabilidade; não é viável alcançar estilos de vida saudáveis de forma plena e sustentável apenas construindo uma sociedade solidária, sem que ela seja ao mesmo tempo sustentável.**

Assim na comunidade em que você atua, quais são os determinantes sociais de saúde predominantes? Na sua prática, você os considera? De que forma?

SÍNTESE DO CONTEÚDO

As abordagens da Determinação Social e Determinantes Sociais da Saúde são importantes conhecer para compreender o processo saúde-doença, apesar dos embates e diferenças entre ambas.

O modelo da Determinação Social da Saúde considera a dimensão individual, mas ela é analisada numa relação entre pessoas. Este modelo surge na década de 1970, com os estudos epidemiológicos que originaram o conceito de determinação social do processo saúde-doença, e relacionando o conceito de saúde com o modo de produção capitalista e a formação socioeconômica. Os Determinantes Sociais da Saúde são pautados na justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão das iniquidades em saúde e na política de redução das desigualdades e afastando do modelo hegemônico de atenção em saúde. Assim, apesar das diferenças entre os modelos de Determinação Social e Determinantes Sociais da Saúde, ambos buscam a redução das desigualdades.

SAIBA MAIS

Se você deseja inteirar-se mais sobre o tema, acesse o Portal da Comissão Nacional de Determinantes Sociais. Disponível em:
<<http://www.determinantes.fiocruz.br>>

CLIQUE AQUI



4 COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E VULNERABILIDADE EM SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

4.1 Risco em Saúde e seus Aspectos Conceituais

O conceito de risco foi originalmente proposto no campo da epidemiologia como uma **medida de traduzir parcialmente as proposições causalistas, ou seja, relacionando-se a condição etiológica, por meio do referencial probabilístico**. Esta relação, possibilitou a constituição de um rigor teórico, a fim de explicar e prever a ocorrência de determinados agravos, contribuindo principalmente para o processo de gestão em saúde. A partir desta perspectiva, entende-se que o conceito de risco favorece um aspecto menos relevante no discurso social comum, a probabilidade.³⁸



O risco é definido pela probabilidade de um evento ocorrer, sendo calculado pela relação entre o número de casos diagnosticados do evento em determinado período e a população exposta. Assim, calcula-se a probabilidade e as chances, podendo ser maiores ou menores, de grupos populacionais de adoecerem ou morrer por algum agravo de saúde.

INSTALAÇÃO

Sucintamente, o risco é definido a partir da **“probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado”**. Esta definição tem se destacado, uma vez que tem sido utilizada pela ciência que embasa as intervenções da saúde coletiva.³⁹

A fim entender as medidas de risco existentes, torna-se necessário conhecer as definições de agravos ou danos à saúde e fatores de risco.

Agravos ou danos à saúde - é definido como um mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população.

Fatores de risco - são componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde.

Podem, também, ser definidos como: atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos que não os tenha ou que apresente menor exposição a tais características, ou ainda, fator de risco ou fator de exposição como algum fenômeno de natureza física, química, orgânica, psicológica ou social, no genótipo ou fenótipo, ou alguma enfermidade anterior ao efeito que se está estudando, que pela variabilidade de sua presença ou ausência está relacionada com a doença investigada, ou pode ser causa de seu aparecimento.³⁹

Além disso, aponta-se que o fator de risco é utilizado quando seu efeito pode ser prevenido (hipertensão arterial, obesidade, doenças coronarianas). No entanto, quando os atributos são inevitáveis, fora da possibilidade de controle (sexo, grupo étnico, idade e ascendência familiar para) recomenda-se utilizar o termo marcador de risco. Outro aspecto importante a destacar, está relacionado à origem do fator, podem ser: **Endógenos** – são fatores de risco endógenos quando advindas do próprio organismo sob risco; **Exógenos** – são fatores de risco exógenos os considerados externos ao organismo sob risco.³⁹

Na epidemiologia, a fim de estimar o risco tem-se utilizado, principalmente a medida de avaliação do risco relativo (RR), que é resultante da associação entre a exposição a determinado fator de risco e a probabilidade de ocorrência do problema estudado. Assim, o RR é calculado dividindo-se a taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos expostos pela taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos não expostos. ³⁹

4 COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E VULNERABILIDADE EM SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

4.2 Origem da Vulnerabilidade em Saúde

Originária do latim, vulnerabilidade nasce do verbo vulnerare, que significa provocar um dano, uma injúria, ferir; e pode-se atribuí-la do grego, vulnus, que aponta o mesmo significado descrito anteriormente.⁴¹


Já, na área da saúde, o termo vulnerabilidade tem sua origem vinculada da área da advocacia internacional sustentada nos Direitos Universais do Homem e designa, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, vinculados⁴² a promoção, proteção ou na garantia de seus direitos de cidadania.

Embora constantemente citada por profissionais de saúde e trazida em documentos oficiais, é só a partir do início do século XXI que o conceito de Vulnerabilidade na saúde inicia sua expansão, com maior amplitude no campo, da saúde a partir da publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro 'Aids in the Word' que foi parcialmente reeditado no Brasil em 1993 só após⁴³ é que passou a englobar as condições crônicas não-transmissíveis.

Assim, passou a ser definida, no Brasil, pelo Ministério da Saúde como um **conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e mental** cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população diante de uma determinada doença, condição ou dano.⁴⁴

Também pode ser entendida como um processo dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõe, tais como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde. **Admite-se que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento.**⁴⁵

- Lembrando que não somos vulneráveis em todo o tempo, mas podemos nos aproximar de situações que nos deixam mais vulneráveis a alguma determinada doença crônica não-transmissível.



Além disso, propõe possibilidades de ações intersetoriais e uma percepção de maior compreensão dos processos de saúde-doença e, conseqüentemente, de respostas de cunho social mais efetivas.⁴⁶ O ser vulnerável é alguém que possui uma cidadania frágil, que ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais econômicos, políticos e trabalhistas. Em saúde, comumente, os termos vulnerabilidade e vulnerável são empregados para designar suscetibilidade das pessoas à problemas e danos de saúde.⁴⁵

Analisar a vulnerabilidade permite conhecer e compreender como cada um individualmente e em grupo vivencia e enfrenta diferentemente o processo saúde-doença. A construção de marcadores pode ser utilizada para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos para subsidiar a intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade.⁴⁷

Na perspectiva da determinação social da saúde-doença e da vulnerabilidade está implícito o seu **caráter multidisciplinar**, o que é fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que **a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teóricos e metodológicos.**⁴⁵

Ao se reconhecer os aspectos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, família ou grupo oportuniza-se vislumbrar as intervenções de enfermagem que venham a favorecer mudanças e uma assistência mais equânime e solidária, fortalecendo os sujeitos para o exercício de seus direitos e um compromisso com o cuidado que envolve três dimensões éticas: a justiça, a autonomia e a benevolência.⁴⁵

Entende-se que considerar a vulnerabilidade do indivíduo ou de grupos populacionais possibilita a mobilização, tanto dos profissionais da saúde como da população civil, por meio do processo educativo construtivista para transformações sociais que estão alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não só assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.⁴⁸

SAIBA MAIS

Se você deseja inteirar-se mais sobre o tema, acesse o seguinte texto na íntegra. Disponível em:

<<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2004.060905>>

CLIQUE AQUI



4 COMPREENDENDO O CONCEITO DE RISCO E VULNERABILIDADE EM SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

4.3 Planos Analíticos de Vulnerabilidade em Saúde

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade se apresenta como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a pessoa se proteger. Entretanto, a abordagem da vulnerabilidade pressupõe e demonstra, simultaneamente, que não depende somente do indivíduo, mas ainda inclui as relações com os outros e o seu entorno.⁴⁹

Neste contexto, a vulnerabilidade visa particularizar as diferentes situações de suscetibilidade dos sujeitos frente as condições de saúde, especialmente as doenças crônicas não-transmissíveis, perpassando por três planos analíticos inter-relacionados: **o individual, o social e o programático** os quais serão destacados a seguir:

Plano analítico individual:

As análises da dimensão individual da vulnerabilidade partem do princípio de que **todos os indivíduos são suscetíveis as condições crônicas de saúde não-transmissíveis**. Tais análises tomam como ponto de partida aspectos próprios ao modo de vida das pessoas que podem contribuir para que se exponham a uma determinada situação de saúde ou, ao contrário, proteger-se. Se refere ao grau e à qualidade da informação de que as pessoas dispõem sobre saúde e suas formas de se proteger ou não dos agravos, uso de drogas e serviços; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção e de promoção de saúde.^{43,49,50}

No plano pessoal, a vulnerabilidade individual está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer. Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. O grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade precisa ser considerado. Mas a mudança de comportamentos não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos. Conhecimentos e comportamentos têm significados e repercussões muito diversificados na vida das pessoas, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa é vulnerável. Só é possível dizer que uma pessoa está vulnerável a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.⁵⁰⁻⁵³

Plano analítico Social:

A análise dos aspectos individualmente delimitáveis que expõem indivíduos as condições crônicas não-transmissíveis, está vinculada diretamente a saúde-doença como processos sociais.

O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual.^{43,49-50}



Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza entre outros, são aspectos que permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos à infecção.^{50-51,53}

Cabe ressaltar que a obtenção de informações, as possibilidades de assimilação dessas informações e o poder de as incorporar a mudanças práticas, não dependem só das pessoas individualmente, mas de aspectos como: acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, entre outros fatores.

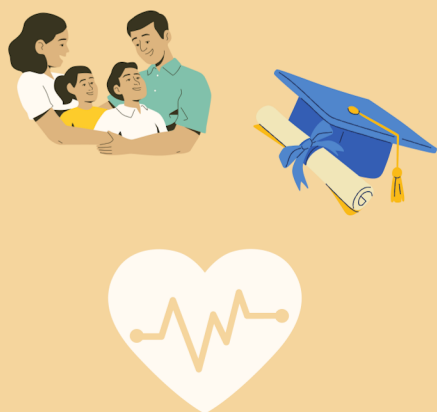
No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sócio-políticos e culturais combinados, como o acesso a informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais. A vulnerabilidade social pode ser entendida, portanto, como um espelho das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão.⁵⁰⁻⁵³

Para avaliar o grau de vulnerabilidade social é necessário conhecer a situação de vida das coletividades através de aspectos como:

- a)** legislação em vigor e sua aplicação;
- b)** situação de acesso aos serviços de saúde por parte das pessoas de diferentes extratos sociais;
- c)** qualidade dos serviços de saúde aos quais se tem acesso.

Plano analítico Programático:

Já no plano programático, diz respeito a uma **interdependência entre o individual e social**, pois se configura como aglutinador de informações, recursos investidos em programas de prevenção, assistência bem como recursos investidos nas áreas de saúde e educação.⁵³



A vida das pessoas nas sociedades está sempre mediada pelas diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviços de saúde, e demais fatores. Para que os recursos sociais de que as pessoas precisam prevenir e promover sua saúde estejam disponíveis de forma efetiva e democrática, é necessário que existam esforços programáticos (institucionais) nesta direção.

O plano de análise da dimensão programática (ou institucional) da vulnerabilidade busca justamente avaliar como, em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade.



O quanto nossos serviços de saúde, educação, por exemplo, estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade?^{43,49-50}

Por isso, diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, precisam considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.^{43,49-50}

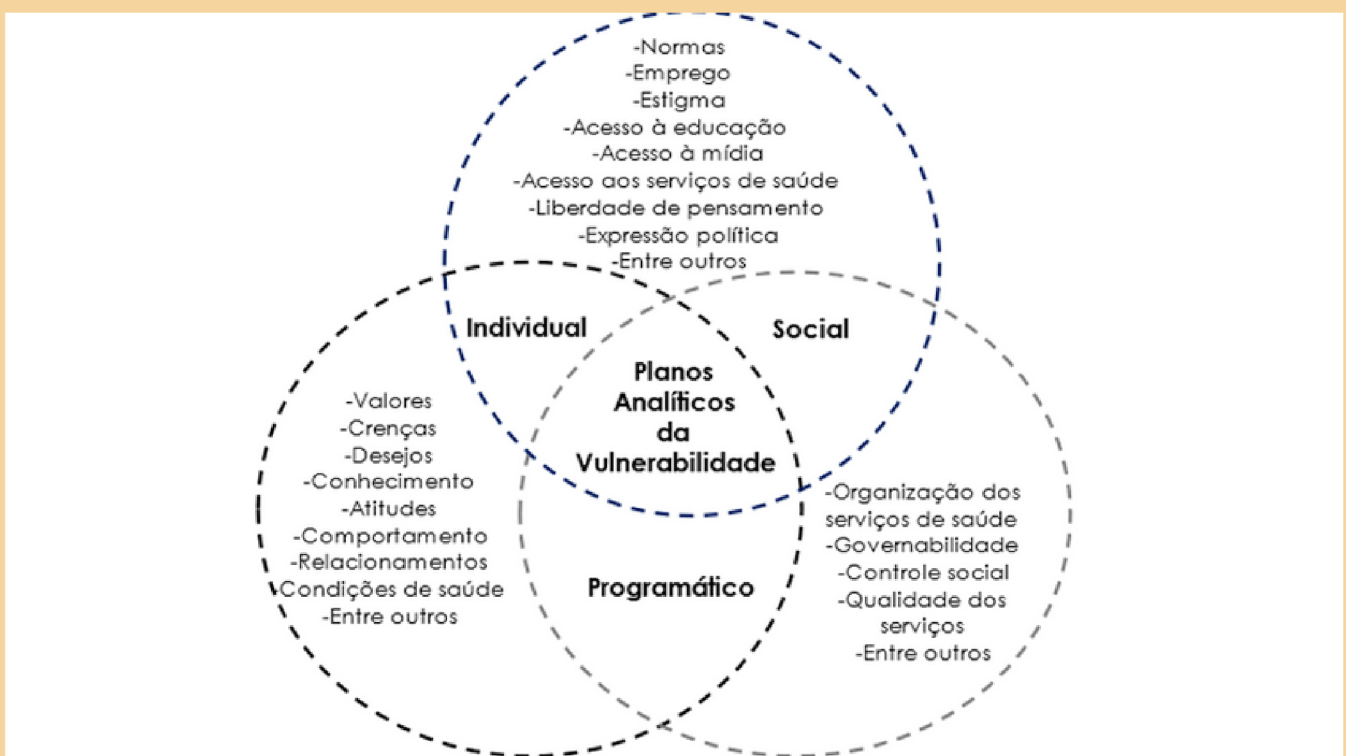
No plano institucional, **a vulnerabilidade programática está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar as doenças crônicas não-transmissíveis.** Pode ser avaliada a partir de aspectos como:

- ✓ a) compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema;
- ✓ b) ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades;
- ✓ c) coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social e trabalho) para a ação;
- ✓ d) planejamento e gerenciamento dessas ações;
- f) financiamento adequado e estável dos programas;
- ✓ g) continuidade dos programas;
- i) avaliação e retroalimentação dos programas,
- ✓ j) sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade;
- ✓ k) vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada, etc. Quanto maiores forem o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade frente à epidemia.⁵⁴

Uma síntese dos elementos que se sugere considerar nas análises de vulnerabilidade, em seus três planos analíticos está logo abaixo na Figura 5. Certamente o enunciado na figura condiz apenas com alguns dos elementos para facilitar a compreensão dos três planos. Na prática, os aspectos a serem considerados e articulados dependerão das situações concretas em exames e das condições objetivas de que se dispõe para análises e intervenções.^{43,49-50}

Diante deste contexto cabe salientar que a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para renovar as práticas no âmbito da saúde, preconizando que o cuidado deve ser responsabilidade de diferentes setores da sociedade. O uso deste conceito pode facilitar a implantação de possíveis formas de abordagem, contribuindo de forma efetiva para a promoção da saúde junto às doenças crônicas não-transmissíveis.⁵³

Figura 5 - Planos Analíticos da Vulnerabilidade em Saúde



Fonte: Adaptado de Ayres et al. (2006); Zuge et al. (2013).

SAIBA MAIS

Se você deseja inteirar-se mais sobre o tema, acesse os seguintes documentos na íntegra. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/rLkthBr6mn96Z3ZJTPDQTfc/?lang=pt> e
<https://scielosp.org/article/csc/2012.v17n8/2129-2139/>

CLIQUE AQUI **CLIQUE AQUI** **MOMENTO REFLEXIVO**

Você já havia parado para pensar que a vulnerabilidade possui três planos que são interdependentes?

Conforme vimos no texto, cada um dos três planos analíticos permitem analisar contextos que aproxima as pessoas, em algum momento, às doenças crônicas não-transmissíveis. Mediante a conceituação de cada um, é importante considerá-los ao realizar um atendimento de saúde e até mesmo no momento de discutir, ampliar e desenvolver alguma política pública, já que permitem singularizar e particularizar, sem julgar as escolhas de saúde dos sujeitos de quem é cuidado.

Embora cada plano analítico tenha sua definição específica são denominados interdependentes, pois cada um depende do outro na compreensão dos processos de saúde e permitir ações de promoção de saúde ampliadas. Assim, os planos permitem analisarmos o contexto de cada pessoa e não apenas uma parte.

E você, como cidadão, como profissional da saúde e ou gestor(a) do setor Sanitário, consegue identificar em seu cotidiano a aplicação dos três planos analíticos da vulnerabilidade?

É importante que possa pensar em cada um deles para que as ações de promoção de saúde possam abarcar a diversidade de cada pessoa, família e até mesmo sociedade. Portanto, não se esqueça de colocar em prática, no seu contexto de trabalho, tudo que aprendeu até aqui e continue lendo a respeito dessa importante temática que é a vulnerabilidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este I, espera-se que você tenha reconhecido o conceito e a história da promoção da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, os determinantes sociais da saúde e determinação social de saúde e o conceito de risco e vulnerabilidades na atenção às DCNT.

De forma geral, as políticas de saúde brasileiras representam o avanço e a preocupação com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Neste contexto, a Política Nacional de Promoção da Saúde representa o avanço da saúde brasileira dentro das diretrizes internacionais em saúde, no qual dá sustentação e sedimenta as diretrizes do Sistema de Saúde vigente.

Em relação as DCNT, tem-se realizado inúmeras ações, o que contribuiu para o desenvolvimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil (2021-2030), que incentiva a realização de ações de prevenção e promoção da saúde, a fim melhorar a condição de saúde da população, contribuindo para a diminuição no número de pessoas com DCNT e minimizando as taxas de mortalidade no País, que tem se mostrado elevadas.

Neste sentido, os determinantes sociais da saúde têm contribuído para o contexto das pessoas que vivem com uma condição crônica, uma vez que ao compreender o impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social, e centrado na redução das iniquidades e as diversidades econômicas e culturais, possibilitam melhor articulação das ações de promoção de saúde. A superação do modelo centrado na doença para o enfoque de qualidade de vida, com reestruturação dos serviços de saúde na perspectiva das redes de atenção, com certeza implica no envolvimento de todos, não somente dos profissionais, gestores, mas também da sociedade.

Da mesma forma, a identificação dos fatores de risco em saúde nas pessoas com DCNT possibilitam explicar e prever a ocorrência de determinados agravos, o que contribui para a determinação de ações promotoras de saúde. No entanto, somente a avaliação dos riscos em saúde não permite a compreensão de elementos importantes relacionado a vida e saúde da população. Desta forma, o conceito de vulnerabilidade, no qual abrange três dimensões, individual, social e programática ampliam a possibilidade de identificação de situações que potencializam o adoecimento e agravamento das DCNT, permitindo o estabelecimento de ações promotoras em saúde mais efetivas e focadas nas necessidades da população.

Assim, a promoção da saúde se apresenta como uma possibilidade concreta de mudança nas práticas em saúde. Articular as ações de promoção da saúde com a determinação social/determinantes sociais pode endereçar as iniquidades, nas quais o cuidado em saúde realizado pelos profissionais assume um caráter relevante e trabalhar os riscos e vulnerabilidades são necessários para diminuir o aumento das DCNT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BUSS, P. M. I.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.
- 2- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 176 pp.
- 3- WESTPHAL, M. F. *Promoção da saúde e prevenção de doenças*. In: Campos, W.G.S.; Bonfim, J.R.A.; Minayo, M.C.S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho, Y.M. organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 681-717.
- 4- TOUNTAS, Y. The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promotion International*. v. 24, n. 2, p. 185-192, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dap006>.
- 5- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Ltda do Brasil, 1976.
- 6- WHO, UNICEF. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva: WHO, 1978.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
- 8- FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. *Promoção da saúde: práticas grupais na estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.
- 9- WHO. World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.
- 10- LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Supply and Services of Canada; 1981.
- 11- BRASIL. *Constituição: 1988*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- 12- HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. *Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções*. *Texto Contexto Enferm*. v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/W4mZfM69hZRxdMjtSqcQpSN/?format=pdf&lang=pt>.
- 13- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; PAULA, J. B. *Promoção da Saúde: aspectos históricos e conceituais*. In: CATRIB, A. M. F.; DIAS, M. A. S.; FROTA, M. A. (Organizadores). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas: Saberes; 2011. p. 23-44.
- 14- DIAS, M. S. A.; et al. *Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil*. *Ciênc. saúde colet*. v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>
- 15- MALTA, D. C.; et al. *A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014*. *Cien. Saúde Colet*. v. 19, n. 11, 4301-4311, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>
- 16- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
- 17- BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. *Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008)*. *Ciênc. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>
- 18- SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política*. *Saúde Debate*. v. 39, p. 91-104, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZLXXFnLk8zFzPkM8VYd8zM/abstract/?lang=pt>
- 19- ROCHA, D. G.; et al. *Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos*. *Cien. Saúde Colet*. v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gLQPn7k3vmhmgNQZsmKDrYM/abstract/?lang=pt>.
- 20- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: MS; 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf
- 21- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: MS, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf
- 22- MALTA, D.C.; et al. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção*. *Ciênc. Saúde colet*. v. 21, n. 6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>

- 23- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da Saúde: aproximações ao tema: Caderno 1. Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/doc/promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf
- 24- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: MS, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas/>.
- 25- HEIDEMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P. Freire's dialogic concept enables family health program teams to incorpora HEIDEMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.te health promotion. *Public Health Nurs*, v. 26, n. 2, p. 159-67, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00898.x>
- 26- ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. S. L. Determination or determinants? A debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo*, v. 49, n. 1, p.129-135, fev. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>.
- 27- SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p.44-56, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>.
- 28- VIANA, N; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Celia Maria Sivalli, organizadores. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42.
- 29- BREILH, J.; GRANDA, E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque de método epidemiológico. São Paulo: ABRASCO, 1986, 215 p.
- 30- ARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. *Temas em Saúde collection*. 120 p.
- 31- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p.63-76, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206>
- 32- JACKSON, S. F.; et al. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. *Rev. panam. salud pública*. Washington, v. 34, n. 6, p. 473- 480, 2013.
- 33- CNDSS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: CSDH; 2005 Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%E7%E3o%20APF.pdf.
- 34- CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [Internet]. Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>
- 35- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.
- 36- SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health. Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO, 2010.
- 37- ANDERMANN, A. *Evidence for health: from patient choice to global police*. Ottawa: Cambridge, 2013. 220 p.
- 38- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Atualizando o conceito de risco: de indicador de causalidade a sobre determinante da complexidade em saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- 39- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. *Introdução à Epidemiologia*. 4.ed. Guanabara Koogan, 2006.
- 40- SANTOS, J. L. G. et al. Riscos e vulnerabilidades nas práticas dos profissionais da saúde. *Rev. Gaúcha Enferm*. v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/b6rp6Bzv6jRZLtnRTDLFXB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 fev. 2022.
- 41- ADAY, L. *At risk in América: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
- 42- ALVEZ, J. A. L. *Os direitos humanos como tema global*. São Paulo, Perspectiva, 1994.
- 43- CALAZANS, G. J. et al. O conceito de vulnerabilidade. In: PADOIN, S. M. M. et al. *Experiências interdisciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia*. Santa Maria: Ed. da UFSM, 2006, p.43-62.
- 44- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto de Terminologias em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 45- ALMEIDA, A. M. *Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Políticas de saúde na atenção as doenças crônicas não transmissíveis*. Ana Maria de Almeida; Leila Maria Marchi Alves; Maria Lúcia Zanetti; et al. (Org). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. 97 p.
- 46- FLORÊNCIO, R. S. et al. Significados do conceito de vulnerabilidade em saúde: uma revisão de escopo. *Brazilian Journal of Health Review*, v.4, n.3, p. 12817-12834, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/31156/pdf>>.

47- TAKAHASHI, R. F. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

48- PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-42, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300014>. Acesso em: 13 fev. 2022

49- ZUGE, S. S. et al. Fatores predisponentes à não adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que têm HIV/AIDS. *Evidentia (Granada)*, v. 10, p. 1-7, 2013.

50- AYRES, J. R. C. M, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 117-39.

51- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface – Comunicação, saúde, educação*, v. 6, n 11, p. 11-24, 2002.

52- FELICIANO, K. V. O.; AYRES, C. M. J. Prevenção da aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. *Revista Brasileira de Epidemiologia, suppl. especia, pôster 668*, p. 297, p. 2002.

53- VALANDÃO, L. P. et al. Conhecimento dos adolescentes sobre a infecção pelo HIV. In: BARBOSA, S. R. M. (Org.). *A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral 6. 6ed.* Ponta Grossa: Atena Editora, 2020, p. 98-109.

54- BRETÂS, J. R. S. Vulnerabilidade e adolescência. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* v. 10, n. 2, p. 89-96, 2010.

