

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA*

Regina Sá dos Reis**

RESUMO

Este artigo discute a influência exercida pelos aspectos sociais na saúde da criança, tendo como referência o conceito ampliado de saúde. A compreensão da determinação social da saúde visa subsidiar práticas mais efetivas, a partir de uma visão integral dos indivíduos, bem como da busca pela efetivação da cidadania, única forma de se garantir saúde. Palavras-chave: produção social da saúde, criança, integralidade, cidadania.

ABSTRACT

This article discusses the influence of certain social aspects on children's health, using a broad concept of health as a reference. The goal of understanding how social factors determine people's health is to support more effective practices, based on an integral view of individuals, as well as the to promote effective citizenship, which is the only way to truly ensure health. Key-words: social production of health, child, integrality, citizenship.

O estudo da determinação social da saúde parte de um entendimento diferenciado e ampliado da mesma, não restrito apenas ao aspecto biológico que, embora tenha irrefutável importância, mostra-se insuficiente para abarcar a totalidade da saúde.

A partir desta constatação, o entendimento sobre o que vem a ser saúde deve superar a ideia de simples ausência de doença. A concepção aqui adotada, portanto, é a de saúde enquanto qualidade de vida.

A qualidade de vida depende e resulta de um conjunto de fatores que se combinam, tais como trabalho, renda, habitação, acesso a serviços, alimentação etc. Estudar o papel destes fatores na determinação da saúde é o objetivo deste trabalho, a fim de fornecer subsídios para uma leitura mais crítica das demandas que chegam aos serviços de saúde, favorecer o estabelecimento de posturas profissionais mais próximas da realidade dos usuários, bem como estimular uma maior mobilização do conjunto dos profissionais da saúde pela efetivação dos direitos de cidadania, única forma de se garantir saúde.

* O conteúdo deste artigo está fundamentado na Monografia do Curso de Pós-Graduação "Política e Pesquisa em Saúde Coletiva" da UFJF – ligado ao Programa de Residência em Serviço Social do Hospital Universitário –, defendida em junho de 2005.

** Professora Substituta na Faculdade de Serviço Social/UFJF; mestranda em Serviço Social/UFJF.

É preciso ressaltar que este estudo dedica-se à análise da determinação social da saúde de uma parcela específica da população: a infantil.

A escolha pelo foco de estudo na criança se deu pelo entendimento de que este segmento constitui-se como população-alvo privilegiada, devido à sua importância sócio-política, às suas condições especiais de desenvolvimento bio-psico-social e às “responsabilidades atribuídas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Constituição Federal ao poder público em seus diferentes níveis administrativos de poder, sobretudo no que se refere à obrigatoriedade de promover e garantir seus direitos” (MOREIRA, 2003:161).

Tal iniciativa se deu, também, devido à oportunidade que tive em desenvolver um trabalho na Pediatria do Hospital Universitário da UFJF, por dois anos, enquanto Assistente Social Residente do Programa de Residência em Serviço Social.

Ao trabalhar com as crianças internadas e suas famílias, foi possível constatar como a situação social das mesmas contribui para que as crianças sejam acometidas por doenças muitas vezes evitáveis, bem como chegam a comprometer a saúde e o desenvolvimento.

Ao aproximar-me da realidade de cada família atendida, uma questão foi se tornando central: muitas vezes, a doença que precisava ser tratada era apenas um sintoma de um quadro mais amplo e complexo de precarização da vida. Afinal, como garantir saúde/qualidade de vida às crianças se, na maioria das vezes, as famílias não tinham emprego, renda, alimentação, escola ou uma casa com um mínimo de estrutura?

Deste modo, atender à demanda específica – a patologia – mostrava-se como um primeiro passo para a equipe profissional, mas a intervenção precisava “ir mais além”. Assim, a convivência com as mais variadas famílias, a cada dia, revelava que, por mais que os problemas fossem variados, todos remetiam à mesma análise: o que deve ser trabalhado e modificado são as condições de vida.

O entendimento acerca do processo de produção social da saúde possibilita a elaboração de respostas que alcancem maior efetividade na atenção à saúde. A perspectiva da integralidade, aliada a outros princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – como a equidade e a universalidade - é apontada por autores como CECILIO (2001), enquanto caminho a ser percorrido, na busca por melhores respostas às necessidades de saúde.

A qualidade de vida/saúde, por se constituírem como produto das relações sociais estabelecidas, necessitam, para se efetivar, que sejam tomadas medidas amplas não só de minimização, mas, principalmente, de superação das desigualdades sociais (CHON, 1997).

O CONCEITO DE SAÚDE

Discutir o conceito de saúde mostra-se fundamental neste início do estudo proposto, uma vez que a direção pretendida para a condução do mesmo encontra-se estreitamente vinculada a uma concepção específica do que vem a ser saúde. Desta forma, para entender como os aspectos sociais influenciam na saúde da população, somente uma concepção de saúde - a chamada concepção ampliada – apresenta-se compatível com tal discussão.

A constituição da medicina científica no início do século XIX delineou a problemática da saúde nos registros individual e social. O saber médico configura-se, assim, como clínica e como prática médica, discurso sobre o corpo singular e discurso sanitário sobre o espaço social. Com a emergência da sociedade industrial, a saúde das individualidades passa a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social (BIRMAN, 1991).

Neste contexto, pode-se questionar o que significam as expressões saúde pública e saúde coletiva. Elas constituem enunciados diversos do mesmo conceito ou, ao contrário, denotam campos diferenciados?

De acordo com BIRMAN (1991), existem boas razões para se concluir que tais expressões não se superpõem, principalmente se forem examinadas a constituição da saúde pública e saúde coletiva nos registros histórico e conceitual. Trata-se de campos não homogêneos, na medida em que se referem a diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares.

O campo da saúde pública se constitui com a medicina moderna no final do século XVIII, como polícia médica, e com a medicina social, marcando o investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades. A saúde pública foi uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana, devido à produção de estratégias preventivistas. Um dos conhecimentos elementares da Saúde Pública desde suas origens é que

os problemas de saúde não se distribuem ao acaso e, muito menos, têm frequência e gravidade similares em todos os grupos humanos.

Mas é inegável que seus diferentes discursos se fundam no naturalismo médico, que, invocando a cientificidade, legitimou a crescente medicalização do espaço social. Combater as epidemias e as endemias, esquadrinhando o espaço urbano com dispositivos sanitários, constitui-se como estratégia dominante da saúde pública (BIRMAN, 1991).

As descobertas biológicas passam a multiplicar o poder da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica ou histórica.

As descobertas bacteriológicas de Pasteur, que representaram um avanço fundamental no conhecimento biológico das infecções, contribuíram para apagar qualquer diferenciação dos corpos. A leitura naturalista se impôs como razão triunfante, legitimando com sua universalidade, as práticas de medicalização. Assim, a saúde pública encontrou definitivamente seu solo fundador na biologia, perdendo qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide.

Entretanto, muitas foram as críticas feitas à História Natural da Saúde-Doença, tentando introduzir modificações, contextualizando a história natural, envolvendo-a no contexto social, econômico e cultural. A maior crítica ao modelo foi que, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico, “metamorfoseando-se em mito” (AROUCA *in* NUNES, 2000).

Já em 1972 ocorreu em Quito, no Equador, o Seminário de Cuenca – com cunho de formação profissional – no qual se discutiu a necessidade de mudar a orientação da concepção de saúde predominante, baseada no paradigma Flexneriano. Tal paradigma consolidou-se no período de 1910 a 1930, a partir das recomendações do Relatório Flexner, e caracterizava-se pela ênfase na pesquisa biológica para superar a era empírica do ensino médico, além de possuir como marcas, entre outros aspectos, o mecanicismo (analogia do corpo humano a uma máquina); biologismo: peso dado, exclusivamente, à natureza biológica das doenças, suas causas e conseqüências; individualismo, que significa a exclusão dos aspectos coletivos e sociais da vida dos indivíduos; especialização; tecnificação e curativismo (privilegiando o aspecto curativo; o diagnóstico).

Assim como ocorreu em 1972 o Seminário de Cuenca, no Equador, outros eventos internacionais, também preocupados com a direção assumida na condução da saúde, foram realizados. Marco destes eventos, a Conferência de Alma Ata, em 1978, na Rússia, deu ênfase à necessidade de inversão do conceito de saúde, que deveria ser ampliado e entendido como qualidade de vida. A partir desta nova concepção, deveria-se investir na promoção da saúde, deixando de ter o curativismo como centro da ação. O social já não aparece como uma forma variável adicionada ao elenco de fatores causais da doença, mas como um campo estruturado no interior do qual a doença adquire um específico significado social (BRAVO, 1996).

Os críticos do modelo, Breilh (1981), Laurell (1983, 1986), Arouca (1970), Vasco Uribe (1986), Barros (1986), Castellanos (1987), utilizavam categorias distintas para suas análises, mas pautavam-se no marco teórico do materialismo histórico e traziam para o centro do debate a necessidade de repensar o processo saúde-doença como processo social (NUNES, 2000).

“Os perfis de saúde-doença de um determinado grupo da população estão determinados pelos processos de reprodução social de suas condições objetivas de existência, os quais estão determinados pelos processos que regem a reprodução geral dessa sociedade e que estabelecem a forma particular de inserção de tal grupo em tais processos gerais” CASTELLANOS (1997: 32).

A partir de então, dá-se o advento da concepção de saúde coletiva, a qual se constitui – ao contrário da saúde pública - através da crítica sistemática ao universalismo naturalista do saber médico. O seu postulado fundamental afirma que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura realizada pela medicina. O discurso da saúde coletiva, em suma, pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial (BIRMAN, 1991).

“Os diversos recursos das ciências naturais são irrefutavelmente fundamentais para a investigação e as práticas sanitárias. Mas possuem alcance limitado, pois a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico” (BIRMAN, 1991:9).

Um dos efeitos da saúde coletiva é o de reestruturar a saúde pública; seu campo teórico é uma ruptura com a mesma, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo saúde.

O limite imposto ao universalismo naturalista e a abertura do campo saúde para outras leituras possíveis, centradas no reconhecimento das diferenças, é o efeito teórico primordial do advento da saúde coletiva. A multidisciplinaridade é sua marca, já que a sua problemática demanda diferentes leituras e permite a construção de diferentes objetos teóricos.

Ao se pensar a saúde como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e sua própria realidade, esta passa a ser definida pela Organização Mundial de Saúde como um bem-estar bio-psico-social.

A região europeia da Organização Mundial da Saúde propôs que a saúde fosse definida como

“a medida em que o indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo” (STARFIELD, 2002:21).

No Brasil, a Constituição de 1988 estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e na Lei que o regulamenta, a concepção de saúde também é ampliada, uma vez que é entendida tendo

“como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, saúde, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (BRASIL, Lei 8.080, 1990).

A partir de então, a saúde passa a ser vista como indicador de qualidade de vida e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais da existência (DUCHIADE in TEIXEIRA, 2002).

Segundo PEREIRA (2003), saúde e doença são objetos ao mesmo tempo sociais e biológicos. Os homens são sadios, enfermam e morrem não segundo apenas variáveis biológicas, mas por razões, o mais das vezes, sociais. Quando se analisa como a enfermidade ocorre e se distribui na população descobre-se que o fato de ela se individualizar em determinados organismos biológicos é, em grande parte, uma consequência de serem esses organismos membros participantes de determinadas relações sociais.

A saúde, portanto, não pode ser entendida como ausência de doença. Não existe pessoa ou população que possa ser considerada como absolutamente livre de qualquer

processo patológico, a não ser em circunstâncias excepcionais e transitórias dificilmente imagináveis (CASTELLANOS, 1997).

Ao se ter clareza de que o contexto social em que os indivíduos estão inseridos e, conseqüentemente, as condições de vida dos mesmos têm rebatimento direto em seu estado de saúde torna-se possível compreender melhor como tal processo ocorre.

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE

Para realizar esta discussão, mostra-se necessário, primeiramente, compreender que, embora a saúde (ou a doença) se manifeste num corpo que é físico, ela não se restringe meramente ao aspecto biológico. Acima do fato de se refletir num corpo, a saúde é “a saúde de alguém” e a forma como esse alguém se encontra inserido no mundo social vai contribuir para seu quadro de saúde/doença e, conseqüentemente, para sua qualidade de vida.

Embora, pelo senso comum, seja possível saber que pessoas que têm condições de vida precárias têm mais chance de adoecer, é preciso que tal afirmativa seja comprovada por meio de estudos, uma vez também que através dos mesmos é que se torna possível entender melhor como esse fenômeno se dá e como alcançar caminhos para reverter as desigualdades e iniquidades.

É preciso ressaltar, contudo, que nem toda diferença na situação de saúde das populações pode ser considerada iniquidade. Mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculada a condições heterogêneas de vida, constitui iniquidade.

Estas diferenças podem expressar-se como freqüências distintas de doenças, porém, mais importantes do que estas, são as diferenças nos perfis de situação de saúde. Assim, mais relevante do que conhecer de que morrem as pessoas, seria conhecer como vivem, com que idade morrem, como se articulam seus perfis de saúde e seus projetos de realização pessoal e coletivos.

A saúde, a doença e a morte apresentam uma dimensão individual e coletiva. Não sendo um acontecer estritamente biológico também apresentam relação com fatores sócio-econômicos, culturais, ambientais e subjetivos. Além disso, indivíduos e grupos populacionais estão desigualmente submetidos a fatores protetores e de risco. Há, também, desigualdade na

produção e no consumo de recursos sociais como determinantes da saúde e doença (PRATA, 1994).

As desigualdades geralmente são classificadas como naturais quando ocorrem como diferenças entre os indivíduos, como no caso de sexo, raça e idade; ou como sociais, quando sua ocorrência é associada com a estrutura da sociedade onde estão inseridos. As desigualdades sociais se originam na ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social do processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa (SZWARCWALD, 1999).

Embora haja registros de que já no século XVIII a associação entre pobreza e mortalidade havia sido sugerida, foi somente na primeira metade do século XIX que se desenvolveram, de maneira sistemática, as investigações sobre as relações entre o processo saúde-doença e as profundas desigualdades sociais da época (SZWARCWALD, 1999).

O debate teórico geral sobre os determinantes da saúde ganhou muita força, proliferando estudos que hoje denominaríamos ‘sobre a situação da saúde’. O debate polarizou-se entre, por um lado, os ‘contagionistas’, em geral conservadores e defensores do *status quo* e dos privilégios dos setores sociais predominantes; e, por outro lado, aqueles que a eles se opunham a partir de posições mais progressistas e vinculadas aos movimentos sociais emergentes. Entre estes últimos estavam situados os de pensamento mais voltado para o social, que atribuíam as doenças à pobreza das maiorias, destacando-se: Virchow, na Alemanha; Villerme, na França; Alison, na Escócia; e os que sustentavam a teoria ‘miasmática’, como Farr e Simon na Inglaterra. Estes dois últimos setores tinham em comum o repúdio à teoria contagionista, colocando a ênfase explicativa nas condições de vida e do meio ambiente.

Com o aparecimento da Medicina Social, durante os séculos XVIII e XIX, surgem não só as investigações sistemáticas sobre o tema, como também um conjunto articulado de proposições, subsidiadas por esse tipo de saber, para a intervenção (ROSEN *in* PAIM, 1997).

Uma destas investigações se deu devido ao grande impacto da Revolução Industrial sobre as condições de vida dos habitantes das cidades européias. Agravou-se um quadro sanitário já bastante precário. Expectativas de esperança de vida ao nascer revelaram médias de 25 a 43,5 anos, para os piores e melhores estratos sociais, respectivamente.

Engels, utilizando-se de dados de Manchester (Inglaterra) concluiu que a taxa de mortalidade era inversamente relacionada com a classe social.

Um dos pioneiros no estudo da mortalidade diferencial foi Villerme. Em 1928, ele mostrou que as taxas de mortalidade na França estavam ligadas às condições de vida das diferentes classes sociais e dos diferentes bairros de Paris. Desse modo, tornou-se possível explicar a distribuição desigual da mortalidade e da morbidade a partir das relações entre o desenvolvimento das forças produtivas, vinculado à industrialização, e os processos sociais, como a urbanização, a questão agrária, as migrações e a formação do chamado exército industrial de reserva.

A contribuição de Villerme é indiscutivelmente original no estudo de diferenciais intra-urbanos de saúde. Já em 1926, analisou a mortalidade de diferentes setores da cidade de Paris; em 1940, em seu trabalho sobre operários das indústrias de algodão, lã e seda, observou que “para encontrar cem homens aptos para o serviço militar, era necessário recrutar 193 da classe endinheirada e até 343 da classe pobre” (VILLERME in SZWARCOWALD, 1999:5).

Outro exemplo da influência dos fatores sociais na saúde é o caso do hemisfério norte, que viveu, a partir do último quarto do século XIX, um período de expansão econômica que durou até a metade da segunda década do século XX. Essa expansão propiciou reformas sociais que promoveram uma melhoria geral das condições de vida das classes trabalhadoras, com importantes repercussões para o aumento da expectativa de vida, o conseqüente envelhecimento das populações e as modificações no perfil de adoecimento e morte. Houve uma progressiva substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico-degenerativas. Esse processo foi denominado de transição epidemiológica e desencadeou a necessidade de transformações importantes nos modelos de estudo da causalidade das doenças, que procuram dar conta da maior complexidade dos processos envolvidos (SZWARCOWALD, 1999).

Contudo, a derrota dos movimentos sociais que inspiraram as concepções e práticas da Medicina Social e com o advento da chamada “era bacteriológica”, esses estudos e concepções acerca da causalidade na Medicina e da relevância dos fatores sociais na gênese e evolução dos problemas de saúde foram tratados como secundários ou mesmo ignorados (PAIM apud ROSEN, 1997). Passaram para o primeiro plano do interesse dos pesquisadores as ‘causas necessárias’, - de acordo com os postulados de Stuart Mills - constituindo o

período de hegemonia das teorias unicasais da doença, em que o social aparece apenas como contexto (PAIM, 1997).

O ressurgimento da Medicina Social no século XX – nos Estados Unidos e na Inglaterra – relaciona-se com a emergência da morbidade moderna, cuja determinação não era suficientemente explicada pelo modelo unicasal, identificando-se seus limites.

Durante as décadas de 1950 e 1960, um número significativo de estudos foram publicados, enfatizando as relações entre os níveis de saúde e os fatores sócio-econômicos, sobretudo quanto à temática “saúde e desenvolvimento”. Na América Latina, destacam-se estudos já considerados clássicos sobre o tema (Castro, 1980; Pessoa, 1978; Behm, 1962). No caso do Chile, por exemplo, registrava-se que a mortalidade infantil era mais elevada entre os filhos de operários do que entre os de não operários (BEHM apud PAIM, 1997).

O questionamento, no que diz respeito aos diversos movimentos de reforma médica (Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Medicina de Família) bem como à crise das políticas sanitárias e às críticas à concepção multicausal dominante na Epidemiologia (AROUCA, 1975) irão constituir as bases conceituais da corrente teórica latino-americana da Medicina Social e, em especial, da chamada Epidemiologia Social, que se desenvolve a partir da década de 1970.

As relações entre saúde e condições de vida estão presentes, de forma diversa e com intensidades distintas, nas diferentes abordagens conceituais e teóricas sobre causalidade em saúde no século XX. O modelo ecológico e o modelo da história natural da doença são exemplos de tentativas de aproximação entre o social e a saúde.

Segundo PAIM (1997), foi proposto por POSSAS (1989), um modelo de determinação da doença que hierarquizava suas causas utilizando categorias de trabalho e modo de vida como mediadoras do conceito de classe social. No esquema elaborado pela autora para ilustrar os níveis de determinação do perfil epidemiológico da população enquanto componente da situação de saúde percebe-se que, dentro do modo de produção capitalista e na dependência da inserção sócio-econômica, os indivíduos vão compor as classes sociais e suas distintas frações.

A partir da estruturação das classes sociais nas diferentes etapas de desenvolvimento do capitalismo, os indivíduos se submetem a formas distintas de inserção na estrutura ocupacional disponível que conforma o mercado de trabalho (ou dela são excluídos), bem

como a um dado modo de vida. Na medida em que os trabalhadores encontram postos nesse mercado, vendem sua força de trabalho em troca de um salário (ou remuneração) que influi no seu modo de vida. Este pode ser decomposto analiticamente em condições de vida, garantidas diretamente por seus rendimentos ou indiretamente através das políticas públicas que asseguram a distribuição de bens de consumo coletivo, e em estilo de vida, enquanto conjunto de comportamentos, hábitos, atitudes etc. O mercado de trabalho estabelece, ainda, as condições de trabalho (apesar da ação reguladora do Estado), às quais são subordinados os trabalhadores, capazes de gerar problemas de saúde. Relaciona-se com o processo de trabalho, enfim, o fato de que, na dependência do tipo, da intensidade e da insegurança, este produz acidentes e outras doenças ocupacionais. Por conseguinte, o perfil epidemiológico da população, enquanto componente da situação de saúde, é determinado, de um lado, pela estrutura de produção (inserção na estrutura ocupacional) e, de outro, pela estrutura de consumo (modo de vida) que, juntamente com a renda auferida no mercado de trabalho, conformam as condições e o estilo de vida.

O estudo das condições de vida de determinados grupos sociais deve levar em conta não só a distribuição da renda e o poder aquisitivo na esfera do consumo individual, mas também certas ações estatais que buscam garantir o atendimento de necessidades consideradas básicas para a sobrevivência, como, por exemplo, saúde, saneamento, educação, alimentação e nutrição, lazer, segurança, entre outras.

As condições de vida expressam as condições materiais de existência dos grupos humanos de determinada sociedade. Dependem da inserção de cada grupo na estrutura de produção e, por conseguinte, da sua vinculação a uma determinada classe social. Portanto, as condições de vida são resultantes da forma como esse grupo se insere também “no processo de reprodução da sociedade, em um momento histórico e em determinadas condições naturais” (CASTELLANOS, 1997: 12).

Ainda segundo Castellanos (1997) cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por idade, sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja, pela sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença peculiares, os quais favorecem ou dificultam, em maior ou menor grau, sua realização como indivíduo e

como projeto social. Considera que o perfil de condições de vida expressa quatro dimensões da reprodução social - biológica, ecológica, econômica e da consciência e comportamento - e que cada grupo da população terá um perfil de necessidades (riscos) vinculado com cada uma dessas dimensões reprodutivas.

Na medida em que parte significativa do processo saúde/doença pode ser compreendida como resultante das posições ocupadas pelos agentes no espaço social, bem como das relações daí decorrentes, admite-se que os indivíduos, ao se fixarem em determinadas posições nos diferentes campos, expõem-se a riscos relacionados com essa inserção. Por um lado, os grupos de indivíduos serão mais ou menos normativos em relação ao meio, na dependência do tipo e quantidade de capital acumulado.

Alguns autores utilizam o conceito de espaço geográfico no sentido de buscar entender as relações sociais como definidoras do padrão espacial de uma cidade, decorrente do modo de produção econômica, que se expressa em movimentos sociais de urbanização, de industrialização e das migrações internas, entre outros.

Segundo Paim (1997), os resultados dos estudos concluídos no Brasil reforçam a idéia de que o espaço urbano – analisado sob a perspectiva da sua constituição histórica e da sua determinação social (em vez de analisado meramente como variável referente a lugar físico) – permite indicar certas relações entre saúde e estrutura social. Portanto, a investigação das condições de vida a que estão sujeitos distintos segmentos da população, nas diversas localidades que constituem o espaço urbano, tende a contribuir para a análise da situação de saúde e das suas tendências.

Considerando que o processo saúde/doença pode ser compreendido como resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico, as suas relações com as posições ocupadas pelos agentes no espaço social determinam os diferentes riscos de adoecer e morrer. Como já dito anteriormente, os indivíduos serão mais ou menos normativos em relação ao seu meio, na dependência do tipo e quantidade do capital acumulado. Assim, o capital cultural possibilita o acesso ao saber acerca dos riscos do adoecer e prevenção dos mesmos. Já o capital econômico, ao mesmo tempo em que pode gerar riscos específicos, a exemplo dos ocupacionais, permite maior acesso ao cuidado e às condições de vida que permitem melhor enfrentamento do processo de adoecimento. O capital simbólico, por estar relacionado à dimensão subjetiva da satisfação das pessoas com a vida

(estar de bem com a vida ou bem-estar), tende a torná-las mais normativas em relação aos modos inéditos de conduzir a vida.

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA

“Compreender a importância do desenvolvimento da criança nos nossos dias significa explorar o próprio papel que a criança assume na nossa sociedade”.

Rosa Resegue, Pediatra.

O PAPEL DE ALGUNS DETERMINANTES

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos. Ao se propor qualquer tipo de estudo sobre a criança é fundamental que se tenha como foco que esta é, essencialmente, um ser em formação, um ser em desenvolvimento.

O desenvolvimento pode ser definido como “o processo de construção da identidade humana, que inicia-se no momento da concepção e não se detém até a morte do indivíduo” (RESEGUE, 2005:1).

Para que haja desenvolvimento infantil – seja ele afetivo, motor, da linguagem, cognitivo, social etc. – é essencial que haja saúde (entendendo a mesma enquanto recurso para vida diária, não o objetivo da vida).

Analisar o papel de alguns determinantes sociais da saúde da criança tem, como principal objetivo, contribuir de alguma maneira para modificá-los, a fim de que a saúde possa ser cada vez mais garantida. Afinal, ela é o “primeiro passo” para que a criança desenvolva suas infinitas potencialidades.

Este estudo irá se deter em alguns determinantes específicos, como família, condições de moradia, escolaridade dos pais, trabalho e renda, alimentação, cultura, acesso a serviços e políticas públicas. No entanto, tem-se clareza de que estes aspectos não abarcam a totalidade da vida de um indivíduo – e neste caso em particular, da criança - havendo, ainda, muito a ser compreendido e analisado.

O significado da família para a saúde da criança (saúde física e mental) pode ser considerado singular, uma vez que é na família que ela “aprende a reconhecer-se como única

(identidade) e como parte de um grupo (sentido de pertencer, o sentido do nós)” (MIOTO, 1997: 120).

A família é um fato cultural, historicamente condicionado, que não se constitui, a priori, como lugar de felicidade, uma vez que a dinâmica de relações entre seus membros não é dada, mas construída a partir de sua história e de suas negociações cotidianas internas e externas. Como é um processo de construção, a família pode se constituir num lugar de felicidade ou não (MIOTO, 1997).

Atualmente, pode-se observar que, muitas vezes, a família, ao invés de ser um refúgio seguro, é o lugar que põe em risco a segurança física e emocional de seus membros. A família brasileira hoje apresenta mudanças significativas em todos os segmentos da população, decorrentes da modernização da sociedade na segunda metade do século XX, que gerou um novo padrão demográfico no país.

Segundo Mioto (1997), a família dos anos 90 caracteriza-se por um número reduzido de filhos; pelo aumento da concepção em idade precoce; aumento da co-habitação e união consensual; predomínio das famílias nucleares (pai, mãe e filhos), embora seu número tenha caído; aumento das famílias monoparentais, com predominância de mulheres como chefes da casa; aumento das famílias recompostas (conseqüência do aumento do número de divórcios e separações); população proporcionalmente mais velha.

As mudanças na estrutura da família brasileira têm sido compreendidas como decorrentes de vários fatores: a transformação e liberalização de hábitos e costumes, especialmente os relacionados à sexualidade e à nova posição da mulher na sociedade; desenvolvimento técnico-científico e o avanço dos meios de comunicação; modelo de desenvolvimento econômico adotado pelo Estado brasileiro (que gerou empobrecimento e deterioração das condições de vida).

Segundo Mioto (1997), não se pode falar de família, mas de famílias, devido à diversidade de arranjos familiares.

“A família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar por um espaço de tempo, podendo ou não haver consangüinidade. A tarefa primordial do núcleo é o cuidado e proteção dos membros” (MIOTO, 1997: 120).

Ainda segundo esta autora, é preciso considerar a inserção da família na estrutura social, uma vez que a vivência familiar pode ser universal, mas não é homogênea. Tal

vivência, além de ser marcada pela história e pela cultura, está condicionada pelas diferenças sociais. Assim, a capacidade de cuidado e proteção dos grupos familiares depende da qualidade de vida que possuem, no contexto social em que estão inseridos.

O papel da família para a saúde da criança adquire peso fundamental, uma vez que, por ser um indivíduo que necessita de outros para sobreviver, é na família que a criança encontrará (ou não) carinho, amor, educação e o cuidado propriamente dito, de alimentá-la, medicá-la quando necessário, cuidar de sua higiene, de sua segurança etc. Quanto maior for a capacidade da família em cuidar bem de uma criança, maior será também o potencial de saúde da mesma.

Outro determinante da saúde da criança é a própria casa em que vive. As condições de moradia exercem influência na qualidade de vida, principalmente se pensarmos que, na maior parte do tempo, é em casa que a criança se encontra. Deste modo, pode-se começar uma análise pela própria construção da casa. É fato que muitas famílias conseguem apenas lugares para se abrigar com suas crianças, sem que estes se constituam propriamente uma casa. Muitas vezes são moradias improvisadas, que até mesmo colocam em risco a saúde da família. A estrutura da “casa” em que a mesma reside pode colaborar ou não para a garantia da saúde. Viver num local construído com estrutura sólida, que possua janelas para ventilação, que tenha um piso adequado, assim como luz elétrica, água tratada, saneamento básico, que seja livre de insetos e animais nocivos, certamente propicia maior qualidade de vida do que quando se vive em locais precários. Infinitos elementos podem caracterizar precariedade, mas alguns deles podem ser citados. Afinal, muitas são as famílias que vivem em casas que não possuem laje, que são construídas apenas com “placa de muro” ou madeira; que têm telhados furados; chão de terra batida; ausência de energia elétrica, bem como de abastecimento de água; que possuem esgoto a céu aberto; sofrem com a presença de animais nocivos (como ratos e escorpiões) e de fatores como mofo, infiltrações, poeira em excesso, dentre outros.

Este ambiente torna-se desfavorável à saúde, principalmente se for considerado que, na maior parte das vezes, tais elementos nocivos encontram-se sobrepostos.

Macharelli & Oliveira (1991) realizaram uma pesquisa acerca do risco de óbito em crianças menores de um ano residentes em Botucatu (SP), no ano de 1987, e um dos fatores por eles analisados foi “condições de moradia”. Os resultados mostraram que 33,3% dos

óbitos estudados apresentavam abastecimento de água inadequado, enquanto essa condição nos sobreviventes foi de somente 5,6%. Segundo estes autores, já se sabe, da literatura, que existe forte associação entre óbitos gerados por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e as condições de saneamento, estas expressas não só pelo abastecimento de água, mas também pelo destino dos dejetos.

O que se busca ressaltar, portanto, é o papel que as condições de moradia podem exercer no quadro de saúde/doença infantil.

A escolaridade dos pais – ou responsáveis – apresenta-se também como influenciadora da saúde da criança, uma vez que um maior nível de instrução e conhecimento possibilita uma forma de cuidar mais adequada. É necessário ressaltar que irão existir pais ou cuidadores com baixo grau de escolaridade que cuidam melhor de suas crianças do que outros com maior grau. Contudo, o que se objetiva refletir aqui é que, de maneira geral, um maior nível de conhecimento garante maiores chances de cuidado adequado à criança.

A pesquisa de Macharelli & Oliveira (1991) analisou também a escolaridade materna como uma das variáveis da análise dos óbitos de crianças menores de um ano. Encontrou-se, para as referidas crianças, que 34,3% de suas mães apresentavam baixa escolaridade, enquanto para as crianças que sobreviveram essa taxa foi de 11,4%. O risco de morte entre as crianças de mães com baixa escolaridade foi quatro vezes maior que o risco observado entre as crianças de mães com escolaridade maior.

Estes resultados são semelhantes aos da literatura, os quais consideram a educação materna como fator importante para redução das taxas de mortalidade infantil. Segundo a Investigação Interamericana (realizada pela Organização Panamericana da Saúde), em São Paulo, no período de 1968-70, 54% das crianças falecidas no período pós-neonatal (do 7º ao 28º dia de vida) eram filhos de mães com escolaridade abaixo da quarta série do primeiro grau, percentual maior que o encontrado no estudo de Macharelli & Oliveira. Para os pesquisadores, essa diferença provavelmente reflete a variação do nível de escolaridade da população feminina em duas conjunturas, espacial e temporariamente diferentes. No entanto, apesar desta diferença, não se pode dizer que o risco de morrer medido por essa condição social era também diferente, já que na investigação Interamericana não se consideraram os sobreviventes, não se calculando o referido risco.

Outro aspecto relevante a ser considerado ao se estudar a saúde da criança é o cultural. A cultura é, pela definição do dicionário, “o complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e outros valores transmitidos coletivamente, e típicos de uma sociedade, civilização” (FERREIRA, 1977: 135). A cultura, portanto, ao encontrar-se enraizada nos modos de ser e agir, estará presente, também, na maneira de cuidar de uma criança. Assim, o que dizer, por exemplo, dos pais ou responsáveis que têm por costume colocar teias de aranha no coto umbilical de um bebê? Esta atitude reflete um valor cultural, uma crença ou tradição. Mas esta prática não pode causar tétano? Encontra-se aí um limite, uma vez que crenças e valores devem ser respeitados, mas deve-se também possibilitar aos que compartilham de idéias como esta, o acesso às informações adequadas e a problematização acerca das mesmas.

Os limites da intervenção profissional educativa, no que se refere à dimensão cultural, não são, contudo, o objeto deste estudo. O que aqui se pretende é levantar mais um ponto para reflexão acerca dos fatores sociais que influenciam na saúde da criança. O exemplo da teia de aranha é apenas um entre inúmeros outros que servem para ilustrar como a dimensão cultural tem rebatimento direto na saúde infantil. Os costumes e crenças estarão sempre presentes na forma em que pais e responsáveis cuidarão da criança e também poderão começar a fazer parte do modo de ser dela própria, independente de serem hábitos e costumes prejudiciais ou não para sua saúde.

A questão alimentar se constitui como mais um determinante social a ser analisado. “No cuidado da criança a alimentação é um aspecto fundamental para a promoção de sua saúde” (ROTENBERG & DE VARGAS, 2004: 86).

Nos primeiros anos de vida, é essencial, para o crescimento e desenvolvimento da criança, uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, pois ela proporciona ao organismo a energia e os nutrientes necessários para o bom desempenho de suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde. As práticas alimentares são adquiridas durante toda a vida, destacando-se os primeiros anos como um período muito importante para o estabelecimento de hábitos alimentares que promovam a saúde dos indivíduos (PHILIPPI et al., 2003).

Rotenberg & De Vargas (2004) entendem que a nutrição e as práticas alimentares são práticas sociais, não podendo ser abordadas por uma única perspectiva disciplinar, pois o

significado do ato de nutrir, de comer, ultrapassa o mero ato biológico. Neste sentido, entendem como práticas alimentares “a seleção, o consumo, a produção de refeição, o modo de preparação, de distribuição, de ingestão, isto é, o que se planta, o que se compra, o que se come, em que frequência, em que horário, em que combinação, tudo isso conjugado como parte integrante das práticas sociais” (ROTENBERG & DE VARGAS, 2004:86).

De acordo com os mesmos autores, as práticas alimentares são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural.

Segundo Teixeira & Heller (2004), em 1995, a desnutrição foi responsável por 6,6 milhões das 12,2 milhões de mortes entre crianças menores de cinco anos no mundo. Isto representa 54% da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. No mesmo ano, mais de 200 milhões de crianças tiveram seu crescimento retardado pela má nutrição. Estas crianças têm maior probabilidade de apresentar baixo desenvolvimento cognitivo, sofrer danos neurológicos, além de menor resistência a doenças. Na idade adulta, podem apresentar maior risco de contrair doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, altas taxas de colesterol e problemas renais.

A questão da qualidade dos alimentos e do acesso à alimentação saudável implica na possibilidade de consumo, por todos os cidadãos, de alimentos seguros que satisfaçam suas necessidades nutricionais, seus hábitos e práticas alimentares culturalmente construídas, promovendo assim o cuidado da saúde (ROTENBERG & DE VARGAS, 2004).

Dentre os diversos determinantes sociais da saúde da criança, um deles atinge contorno central na presente discussão, por se caracterizar como um fator social intimamente vinculado a vários outros. Não se quer dizer, entretanto, que os aspectos sociais acima analisados tenham atuação isolada na vida da criança; ao contrário, todos estão em constante interação. Mas o determinante social ora pensado – o trabalho – adquire posição central porque dele dependem vários outros determinantes sociais.

Quando os pais ou responsáveis por uma criança trabalham, pode-se considerar que eles terão, mesmo que minimamente, condições de ter acesso à alimentação, a uma moradia mais adequada (saneamento, luz elétrica, água tratada), a meios de transporte, dentre outros recursos básicos para a vida infantil saudável. O trabalho desencadeia a presença de outros fatores. Ter trabalho, e conseqüentemente, uma renda, é o mínimo necessário para se obter

condições dignas de vida e de saúde. Assim, o que se pode observar sobre o papel do trabalho na saúde da criança é que, mesmo não a influenciando diretamente, ele tem relevância central, por provocar rebatimentos nos outros determinantes sociais.

A partir deste entendimento, pode-se passar à análise da atual situação do trabalho no nosso país. O que se observa hoje é a constante precarização do mesmo, com o aumento das formas flexibilizadas de contratação e a conseqüente diminuição dos direitos trabalhistas. Há o crescimento do mercado informal e o aumento dos trabalhadores desempregados, o que acaba por gerar uma pressão pelo rebaixamento dos salários dos empregados formalmente (já que a ameaça da perda do emprego faz com que o trabalhador se sujeite a receber menores salários e até trabalhar mais, se for preciso).

Este quadro de precarização do trabalho – aliado à progressiva diminuição do papel social do Estado – encontra-se em consonância com o projeto de neoliberalismo e acarreta a precarização também das condições de vida e saúde da população como um todo. Como garantir, então, a qualidade de vida / saúde da população em geral – e no caso deste estudo, da criança – se um elevado número de famílias não possui meios de se manter através do trabalho? Entende-se que esta é uma função das políticas sociais públicas, que são os serviços prestados aos cidadãos, pelo Estado, a partir da contribuição dos mesmos, através de diversos impostos. As políticas sociais são medidas de intervenção do Estado na questão social.

Dá-se o nome de questão social ao conjunto de problemas (políticos, sociais, econômicos) que surge na sociedade capitalista no momento em que a classe trabalhadora é reconhecida como classe política. A questão social está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e trabalho (NETTO, 1992).

As políticas sociais são resultado do movimento das classes. O Estado capitalista brasileiro, ao se deparar com a insatisfação e reivindicações dos trabalhadores, percebeu que as mesmas representavam uma ameaça à ordem estabelecida. Assim, o Estado encontra, nas políticas públicas, uma forma de ceder a alguns anseios da classe trabalhadora, a fim de que a mesma permaneça legitimando o sistema capitalista.

Se a função das políticas sociais é amparar a parcela da população que não consegue se manter através do trabalho, complementando sua renda ou fornecendo serviços, o quadro atual destas políticas deixa explícita sua incapacidade de cumprir tal objetivo.

O capitalismo mundial, a partir da década de 1970, começou a passar por transformações e as três principais foram a reestruturação produtiva (através da nova forma de produção, denominada toyotismo ou acumulação flexível); a globalização; a retomada das idéias e princípios liberais (maior liberdade para o mercado, redução da intervenção do Estado), denominada de neoliberalismo.

O Estado brasileiro, compartilhando das idéias neoliberais, principalmente a partir da década de 1990, adota o modelo de diminuição de sua intervenção social, o que dá às políticas sociais um caráter fragmentado, setorizado, despolitizado, burocratizado.

As políticas sociais tornam-se fragmentadas ao negarem a perspectiva de totalidade dos indivíduos, “recortando” a questão social em “várias questões” (educação, habitação, saúde etc.). Outra característica das políticas sociais no neoliberalismo é seu caráter setorizado, que consiste em atender primeiro os setores da sociedade que são mais essenciais ao desenvolvimento capitalista. Tais políticas mostram-se despolitizadas, uma vez que o Estado entrega sua formulação e execução a um corpo técnico específico, excluindo a participação coletiva. A burocratização das políticas sociais caracteriza-se pela exigência cada vez maior do cumprimento de regras e apresentação de documentos e comprovações que restringem o acesso às mesmas. A diminuição da intervenção social do Estado faz com que a sociedade busque alternativas para amenizar os efeitos da questão social. Desta forma, há um aumento progressivo da organização da sociedade civil – denominada de terceiro setor – através da criação de instituições, ONG’s (Organizações não governamentais), parcerias, dentre outros.

O que se pode observar é que, quando os cidadãos não encontram no Estado as respostas para suas necessidades sociais e, cada vez mais, recorrem ao terceiro setor, o que recebem passa a ser entendido como ajuda – perde-se o caráter de direito. Por não se tratar de uma política, a ação do terceiro setor não é garantida, contínua ou profissionalizada.

Desta forma, sem trabalho e sem direitos, muitas famílias se encontram completamente incapacitadas de garantir qualidade de vida / saúde para suas crianças e outros membros.

Alguns estudos ilustram bem a relevância dos aspectos sociais para a saúde infantil. França *et al.* (2001), realizou uma pesquisa, na região metropolitana de Belo Horizonte, com uma população de baixa renda para verificar a associação entre fatores sócio-econômicos e

mortalidade infantil. A maioria das famílias entrevistadas residia em favelas. O resultado deste estudo mostrou que a existência de eletrodomésticos (como televisão, rádio e geladeira) no domicílio, o nível de escolaridade materna e paterna, a situação conjugal da mãe e o fato desta trabalhar fora permaneceram estatisticamente associados ao risco de óbito infantil.

Monteiro *et al.* (1989), adotando uma proposta classificatória que permitisse a identificação operacional do conceito de classe social em sociedades de organização complexa, procurou estabelecer e comparar o estado de saúde e nutrição de uma amostra das crianças da cidade de São Paulo pertencentes a distintas classes sociais. A partir da observação da distribuição do índice altura/idade, evidenciou-se crescimento normal – e, portanto condições ótimas de saúde e nutrição – apenas entre as crianças pertencentes aos grupos denominados de burguesia e pequena burguesia, as quais correspondem a cerca de 30% da população. Diferenças significantes em relação a um padrão esperado de alturas de crianças bem nutridas foram encontradas para o grupo denominado proletariado ligado à produção e transporte de mercadorias e para o subproletariado. “Diferenças de renda e de acesso à escolaridade entre as classes sociais consubstanciam o nexo empírico evidenciado entre condições de classe e estado de saúde e nutrição” (MONTEIRO *et al.*, 1989:422).

Perceber o conjunto de questões que envolvem o processo saúde/doença de uma criança mostra-se, portanto, elemento essencial para condução da intervenção profissional, já que a chegada à instituição de uma criança doente constitui-se, muitas vezes, apenas como “a ponta de uma iceberg”. Este demandará atenção, interlocução de saberes, articulação da rede de serviços e políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

Refletir sobre a saúde da criança, em seus diversos aspectos, é uma tarefa não só complexa, mas de grande relevância. Afinal, a criança, por se tratar de um ser em desenvolvimento, precisa ter saúde como um instrumento para sua vida diária, uma vez que só há desenvolvimento se houver saúde. Pensar saúde a partir de uma perspectiva ampliada propicia a busca por condutas profissionais mais próximas da realidade dos usuários. A efetivação desta nova direção da intervenção profissional encontra, na integralidade da atenção à saúde, um caminho possível e promissor.

Segundo Cecilio (2001), a idéia da integralidade precisa ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada de forma mais completa possível. Para este autor:

a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de Programa de Saúde da Família, ou um hospital. Poderíamos denominá-la 'integralidade focalizada', na medida em que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde" (CECILIO, 2001:116).

A integralidade da atenção, no espaço singular da cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades dos usuários, as quais são sempre complexas, mas necessitam ser captadas em sua expressão individual. Apoiando-se nas indicações de Stotz (1991), este autor entende que, embora as necessidades de saúde sejam social e historicamente determinadas, elas só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual.

Uma segunda dimensão da integralidade da atenção seria a integralidade como fruto da articulação entre os serviços de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços de saúde e outros serviços, não necessariamente do "setor" saúde. Seria a integralidade pensada no "macro", uma vez que a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial. (CECILIO, 2001).

A integralidade ampliada seria, então:

(...) esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas 'integralidades focalizadas' que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – a integralidade 'micro' refletida no 'macro'; pensar a organização do 'macro' que resulte em maior possibilidade de integralidade no 'micro'. (CECILIO, 2001:120).

Para este autor, deve-se radicalizar a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas e singulares necessidades, seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde.

A compreensão acerca da determinação social da saúde, além de subsidiar um redirecionamento da intervenção profissional, visando maior resolutividade e qualidade da mesma, incita, também, o desejo de alcançar objetivos que efetivamente consigam alterar a

situação de acirrada desigualdade social vivenciada pela maior parte da população. Ao se entender saúde como produto dos diversos fatores sociais, culturais, econômicos, políticos, dentre outros, o que se passa a buscar são objetivos mais amplos, que dêem conta da realidade macro, tendo verdadeiro potencial de produzir saúde.

A Constituição Federal, ao instituir que a saúde é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988:113), vem legitimar, no plano legal, o ideário da Reforma Sanitária brasileira.

É criado o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo, como alguns de seus princípios norteadores, a universalidade, a equidade, a integralidade. Segundo Cecilio (2001), estes princípios constituem um conceito tríplice, entrelaçado; e a cidadania, bem como a saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social encontram-se implícitas neste tríplice conceito.

Enquanto um dos pilares do sistema de saúde brasileiro, a integralidade, “baseada na primazia das ações de promoção, garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias” (CONTANDRIOPOULOS & HARTZ, 2004:5331), é visualizada como caminho a ser trilhado para trabalhar a saúde.

Os estudos atualmente desenvolvidos sobre a análise da situação de saúde segundo condições de vida, ao tempo que informam a distribuição de um conjunto de problemas de saúde, apontam para a necessidade urgente de enfrentar vários desafios e possibilitam a elaboração de intervenções que sejam capazes de reduzir o sofrimento e as mortes evitáveis. Do mesmo modo, tais análises poderão balisar reformas sociais e políticas públicas saudáveis, que visem a equidade e a melhoria das condições de vida.

Não nos move aqui o propósito de oferecer respostas fáceis a problemas difíceis, mas de subsidiar um processo de estudos e reflexões sobre a ecologia da desigualdade, do qual possam emergir soluções que sejam eticamente desejáveis e efetivas.

Afinal, quando se pensa em conceito ampliado de saúde, o que se pretende não é uma simples alteração classificatória, mas a tomada de uma nova direção que, para ser assumida, demanda um esforço coletivo.

Alguns estudiosos do tema entendem que os achados dos trabalhos que relacionam saúde às condições de vida devem subsidiar a implementação de medidas e políticas compensatórias, para amenizar os efeitos danosos da desigualdade social.

Outros já entendem que, em relação ao enfrentamento das desigualdades sociais identificadas, a melhor estratégia residiria em ações político-econômicas que não só amenizassem, mas efetivamente reduzissem as distâncias entre as classes sociais. Para estes, “todas as famílias deveriam ter a mesma capacidade de consumir os bens e serviços em igual quantidade e qualidade” (MACHARELLI & OLIVEIRA, 1991:127).

O pensamento adotado neste trabalho é aquele fundamentado na concepção de Cohn. De acordo com esta autora, “é preciso mudar o enfoque do debate, tentando ultrapassar os limites estreitos dados pelo horizonte do alívio da pobreza para aquele da superação da pobreza. Este, talvez, se configure num caminho promissor” (COHN, 1997:77).

Deste modo, o desafio que se apresenta hoje, quando se trata da questão da saúde e das desigualdades sociais, reside exatamente em resgatar a identidade das políticas públicas frente ao império da razão econômica. E isto significa, por sua vez, articular “o binômio da equação desenvolvimento e democracia no enfrentamento das desigualdades sociais, aí contemplada a pobreza, o que certamente implica resgatar a centralidade do Estado nesse processo” (COHN, 1997:89).

A efetivação desta proposta exige que se supere a reflexão segmentada sobre as distintas áreas setoriais das políticas públicas, superando-se exatamente aquele raciocínio da relação custo/benefício e passando a orientar-se pelos valores atinentes à qualidade de vida ou de bem-estar. Estes, por sua vez, não podem estar identificados com os padrões estritos de reduzida disponibilidade e acesso a bens primários nem de escassez de recursos (baixa renda), mas sim com o desenvolvimento das capacidades individuais, norteado pelos direitos e deveres do cidadão; norteado pelos modos de vida definidos como desejáveis pela ação dos outros, pelos modos de existência socialmente desejáveis e pela capacitação para a participação na vida ativa da comunidade.

A tarefa não é nada fácil, na medida em que implica a necessidade de reafirmação dos direitos de cidadania ditada pelos princípios da democracia, o que significa, necessariamente, um processo de conquista, sendo que sua consolidação social e política deve constituir-se na criação de espaços sociais de luta e de instituições permanentes de expressão política (COHN,

1997). Essa reafirmação implica, ainda, a passagem do predomínio da cidadania passiva para o da cidadania ativa, vale dizer, daquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente como criador de novos direitos para abrir e conquistar novos espaços de participação política.

BIBLIOGRAFIA

- BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, p.7-11, 1991.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. 26 ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8742), de 7 de dezembro de 1993.
- BRAVO, M.I.S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.
- CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap.2, p.31-75.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.M.A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. In: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, p.5331-5336, 2004.
- COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: *Revista Serviço Social e Sociedade nº 63*. São Paulo: Cortez, p.35-72, 2000.
- FERREIRA, A.B.H.. *Minidicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- FRANÇA, E. et al. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle. In: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, p.1437-1447, 2001.
- HELLER, L; TEIXEIRA, J.C. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, M.G. In: *Revista brasileira de Epidemiologia*, n.3, p.270-278, 2004.
- MACHARELLI, C.A.; OLIVEIRA, L.R. Perfil do risco de óbito de crianças menores de um ano residentes em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. *Revista de saúde pública*, São Paulo, p. 121-127, 1991.
- MIOTO, R.S.T. Família e Serviço Social. In: *Revista Serviço Social e Sociedade nº 55*. São Paulo: Cortez, p. 114-129, 1997.
- MONTEIRO, C.A. et al. Saúde, nutrição e classes sociais: o nexó empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. In: *Revista de saúde pública*, São Pulo, p.422-428, 1989.
- MOREIRA, M.R. et al. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. In: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, p. 161-173, 2003.

- NETTO, J.P. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 3 ed.; São Paulo: Cortez, 2001.
- NUNES, E.D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A.M. (Org.). *Ciências Sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. cap.11, p.217-228.
- PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R.B. (Org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap.1, p.7-19.
- PEREIRA, J.C.M. *Medicina, saúde e sociedade*. Ribeirão Preto: Complexo Gráfico, 2003. cap. 1, p.17-31.
- PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar para crianças de 2 a 3 anos. In: *Revista de Nutrição*, Campinas, p.5-19, 2003.
- PRATA, P.R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. In: *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, p.387-391, 1994.
- RESEGUE, R. Entendendo o desenvolvimento da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 21 abr. 05.
- ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. In: *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, p.85-94, 2004.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- SZWARCWALD, C.L. et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, 1999.
- TEIXEIRA, M.B.; LEÃO, S.S. Empoderamento como estratégia de promoção da saúde, Rio de Janeiro, 2002.