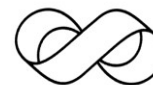




Saúde & Transformação Social

Health & Social Change



Metasínteses Qualitativas e Revisões Integrativas

A saúde e o desenvolvimento humano

Health and human development

Bruna Sordi Carrara¹

Carla Aparecida Arena Ventura²

¹Acadêmica, Centro Universitário de Franca (UNI-FACEF), Franca, SP – Brasil

²Professora, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP - Brasil

RESUMO - Saúde e desenvolvimento estão interligados, pois não existe nenhum processo de desenvolvimento sem a consolidação do direito à saúde. Este estudo refere-se a uma revisão sistemática da literatura sobre as conexões entre saúde e desenvolvimento. Foram selecionados 111 artigos de bases de dados eletrônicas, passados por critérios de exclusão após a leitura dos resumos, resultando em 26 artigos lidos na íntegra, cuja análise temática identificou três unidades: vulnerabilidades epidemiológicas, relacionando condições de vida com fatores do processo saúde-doença; políticas públicas de saúde e desenvolvimento, discutindo que ações devem ser coerentes às necessidades; e promoção da saúde, pois a capacitação da comunidade na responsabilidade coletiva é fator fundamental na melhoria da qualidade de vida. Populações com sinais de iniquidades sociais apresentam privações de liberdade, assim, as ações devem transformar as pessoas no exercício de seus direitos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Políticas Públicas; Promoção em Saúde.

ABSTRACT - Health and development are closely on, because there's no process of development without consolidation of the right to the health. This study refers to a systematic revision of literature about the connections between health and development. 111 articles of electronic databases had been selected and passed for exclusion criteria after the reading of the summaries, resulting in 26 articles read in the complete one, that thematic analysis identified three units: vulnerabilities epidemiologists, relating life conditions with factors of the process health-illness; public politics of health and development, arguing that the actions must be coherent to the necessities; and health promotion, because the qualification of the community in the collective responsibility is the basic factor in the improvement of life's quality. Population with signs of social iniquities presents freedom privations, so, the actions must turn into people in their exercises of its rights.

Keywords: Vulnerability; Public Policies; Health Promotion.

1. INTRODUÇÃO

Saúde e desenvolvimento estão intimamente ligados, uma vez que o processo de desenvolvimento envolve a consolidação do direito à saúde. Nessa perspectiva, visando estimar o nível de desenvolvimento dos países, o Programa das Nações Unidas (UNDP)¹ introduziu na década de 1990 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que parte do pressuposto de que o desenvolvimento é multidimensional, não considerando apenas a dimensão econômica, mas também as características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade de vida humana. Dessa forma, um dos requisitos para o desenvolvimento com equidade é a saúde, entendida como fator decisivo para o bem-estar das pessoas, famílias e comunidades.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pobreza é a maior *causa mortis* do mundo, pois possui influência destrutiva desde os primórdios da vida humana, da concepção à morte². Dentre os oito objetivos de desenvolvimento do milênio proclamados pela Organização das Nações Unidas (ONU)³, três estão diretamente relacionados à saúde:

redução da mortalidade materna e infantil, combate à AIDS e outras doenças como malária e tuberculose e erradicação da pobreza e da fome. Estes objetivos refletem, portanto, a ênfase na saúde como pressuposto para o desenvolvimento.

Levando em consideração estudos que analisaram e discutiram as relações entre as condições de saúde e o desenvolvimento humano, na perspectiva da remoção de fontes de privação de liberdade, como o acesso às políticas públicas, assim como a necessidade de atender as realidades sociais, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática

Autor correspondente

Bruna Sordi carrara

Centro Universitário de Franca, UNI-FACEF, Brasil.

Av. Major Nicácio, 2433

Franca (SP) - CEP - 14401-135

(016) 3713-4688

Email: brunasordi.c@hotmail.com

Artigo encaminhado 16/07/2012

Aceito para publicação em 07/09/2012

sobre esta temática.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa refere-se a um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de revisão de literatura. A busca dos artigos foi realizada em bases de dados eletrônicas: banco de teses da Universidade de São Paulo, LILACS, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Google acadêmico. Os descritores utilizados para o levantamento foram: *saúde, desenvolvimento e desenvolvimento humano*.

Foram utilizados critérios de seleção dos artigos de acordo com os campos de busca de cada base de dados. No banco de teses da Universidade de São Paulo, no campo “resumo”, 568 resultados foram encontrados com os descritores determinados, havendo necessidade de refinar a busca no campo “título”, obtendo 15 resultados. Na base de dados LILACS, os campos de busca utilizados foram “palavras” e “descritores” com a utilização da ferramenta de refinamento com resultados em idioma português, resultando em 11 artigos. Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a ferramenta de refinamento da busca em idioma português resultou em 4 artigos. Na base de dados SciELO, houve o resultado de 76 artigos. No Google acadêmico houve a necessidade e maior possibilidade de refinar as buscas, utilizando o campo “título” com o critério de pelo menos “um resumo” disponível, obtendo o resultado de 5 artigos. As buscas resultaram em 111 artigos que passaram por critérios de exclusão após a leitura dos resumos.

Para a seleção dos artigos, os critérios de exclusão utilizados foram: artigos com enfoque na psicologia do desenvolvimento humano e da educação, na psicanálise, em áreas específicas da medicina, enfermagem, nutrição, terapia ocupacional, no desenvolvimento tecnológico no âmbito da saúde, nas práticas educativas de saúde nos currículos, artigos de opinião e editoriais, ou seja, que não estavam diretamente relacionados ao escopo da pesquisa. Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos que identificassem o sentido de saúde e de desenvolvimento e que fizessem conexão entre os termos, incluindo estudos ecológicos descritivos, exploratórios, transversais, reflexão teórica, revisão bibliográfica e debates. Considerando estes critérios, 85 atingiram os de exclusão e 26 os de inclusão, tendo sido selecionados para leitura e análise na íntegra. Os artigos foram analisados por meio de análise de conteúdo, resultando em três unidades temáticas: vulnerabilidades epidemiológicas, políticas públicas de saúde e desenvolvimento e promoção da saúde. O

objetivo da análise foi compreender a convergência entre os temas emergentes nos artigos selecionados. O primeiro passo foi a leitura e releitura dos artigos. Inicialmente, foram selecionados nos textos os extratos relevantes por tópicos (subtextos). Posteriormente, foram definidas as unidades. As unidades temáticas representam os temas observados nos diferentes subtextos e que possuem significado para esta análise. Resultaram de um processo de leitura cuidadosa dos pesquisadores das unidades sugeridas. Em suma, os pesquisadores buscaram compreender o contexto, significados e interpretações dos temas emergentes no contexto dos artigos selecionados.

3. RESULTADOS

Com base na leitura sistematizada dos 26 artigos, alguns dados foram extraídos e detalhados nos quadros 1 e 2.

Da leitura e análise dos artigos resultaram as seguintes unidades temáticas: vulnerabilidades epidemiológicas, políticas públicas de saúde e desenvolvimento e promoção da saúde, descritas a seguir.

3.1 Vulnerabilidades Epidemiológicas

O território brasileiro possui um quadro sanitário complexo, com diversidades regionais, sócio-econômicas e culturais e uma perspectiva de saúde multidimensional, e sua extensão contribui com as diferenças climáticas, de concentração de economia, de processo de industrialização e de acesso à educação e saúde⁴.

Os estudos epidemiológicos contribuem na avaliação de riscos e ocorrência de doenças em determinadas comunidades, ampliando a compreensão de fatores como biologia humana, ambiente, estilo de vida e serviços de saúde, que relacionam-se ao processo saúde-doença⁵.

A saúde ambiental descreve os efeitos adversos para a saúde, analisa a relação entre exposição a fatores ambientais com índices de mortalidade e contribui com a prevenção destes efeitos adversos. Câmara e Tambellini⁶ utilizaram a Epidemiologia na análise de situações de riscos como saneamento, água para consumo humano, pobreza, equidade, poluição química, condições psicossociais, assim como a necessidade de desenvolvimento sustentável como preservação de futuras gerações.

Quadro 1: Informações de publicação dos artigos selecionados

	Ano	Periódico/Fonte	Autores	Origem da Produção
1	1999	Saúde e Sociedade	Dowbor L.	A origem da produção não foi apresentada.
2	2009	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Haw LC., Nascimento LFC., Tomazini JE.	Programa de Pós-Graduação em Engenharia Mecânica da Unesp, Guaratinguetá
3	2003	Revista Brasileira de Epidemiologia	Câmara VM., Tambellini AT.	Departamento de Medicina Preventiva, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, UFRJ
4	2009	Revista Brasileira de Epidemiologia	Bersusa AAS., Mondini L., Nascimento PR, et al	Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de SP
5	2003	Revista Brasileira de Epidemiologia	Augusto LGS.; Branco A.	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva-NESC; Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-CPqAM; Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ
6	2009	Cadernos de Saúde Pública	Borges DML., Ferreira MAF., Roncalli AG, et al	Especialização em Saúde Coletiva, UFRN, Natal; Departamento de Odontologia Preventiva e Social, UFRN, Natal
7	2009	Revista Brasileira de Epidemiologia	Andrade SLLS., Batista M., Lira PIC, et al	Departamento de Nutrição da UFPE e UFAL; Instituto Materno Infantil Profº Fernando Figueira (IMIP)
8	2007	Ciência e Saúde Coletiva	Panhoca L., Silva OMP.	Departamento de Enfermagem, UDESC, Santa Catarina
9	2008	Saúde e Sociedade	Carvalho DBB., Pinheiro ARO.	Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde da UnB; Departamento de Serviço Social da UnB; Instituto de Ciências Humanas, Asa Norte
10	2007	Revista Escola de Enfermagem USP	Fracolli LA., Silva RMV.	Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP
11	2008	Cadernos de Saúde Pública	Boing AF., Boing AC.	Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Florianópolis
12	2005	Cadernos de Saúde Pública	Barcellos C., Monken M.	Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro
13	2005	Ciência e Saúde Coletiva	Moreira RS., Nico LS., Tomita NE.	Departamento de Saúde Pública. Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp; Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva. Faculdade de Odontologia de Bauru, Unesp
14	2009	Revista de Saúde Pública	Almeida ES., Antunes JLF., Baldani MH.	Departamento de Odontologia, UEPG, PR; Departamento de Práticas em Saúde Pública, Departamento de Odontologia Social, USP, São Paulo
15	2007	Revista de Saúde Pública	Amaral JFF., Cunha AJLA., Leite AJM, et al	Departamento de Saúde Materno Infantil, Faculdade de Medicina da UFCE
16	2008	Ciência e Saúde Coletiva	Assis MMA., Queiroz CMB., Sá ENC.	Departamento de Saúde da UEFS, BA; Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC); Faculdade de Saúde Pública da USP
17	2004	Revista de Saúde Pública	Fernandes LS., Peres MA.	Área de Ciências Biológicas e da Saúde, UNOESC, Joaçaba; Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, UFSC, Florianópolis
18	2005	Texto Contexto Enfermagem	Carraro TE; Marcelino SR; Mercês NNA, et al	Departamento de Enfermagem da UFSC; Centro de Pesquisas Oncológicas, SC; Filosofia, Saúde e Sociedade, Rio Grande do Sul
19	2005	Ciência e Saúde Coletiva	Castro JD., Drachler ML., Pelegrini MLM.	Unisinos, São Leopoldo, RS
20	2000	Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva	Moysés SJ.	Departamento de Saúde Comunitária da UFPR
21	2006	Texto Contexto Enfermagem	Oliveira AAP, Ribeiro MO	Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina USP; Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP
22	2009	Ciência e Saúde Coletiva	Calvo MCM., Henrique F.	Departamento de Saúde Pública, UFSC, Florianópolis
23	2010	Jornal de Pediatria	Alves JFR., Ferreira HS., Florêncio TMMT, et al	Faculdade de Nutrição da UFAL, Maceió
24	2003	Escola de Enfermagem/USP	Julião, FC.	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP
25	2009	Faculdade de Medicina/USP	Perracini, CP.	Faculdade de Medicina da USP
26	2007	Escola de Enfermagem USP	Mazza, VA.	Escola de Enfermagem de São Paulo, USP

Quadro 2: Síntese dos objetivos e métodos utilizados nos artigos selecionados.

	Objetivo	Método
1	Repensar formas de organização social, redefinir a relação entre o político, o econômico e o social	Reflexão teórica
2	Georreferenciamento para a identificação dos padrões de perfil de nascimento; correlação espacial	Estudo ecológico e exploratório; uso de técnicas de geoprocessamento
3	Discussão das informações sobre as características da exposição e dos efeitos à saúde como substratos para a definição dos estudos epidemiológicos	Reflexão teórica
4	Analisar indicadores de estrutura, processo e resultado da atenção ao portador de Diabetes melitus e Hipertensão arterial por meio do processo de regionalização do SUS	Estudo qualitativo
5	Identificar princípios de uma política de informação em saúde ambiental que permite monitorar o desenvolvimento sustentável	Revisão bibliográfica
6	Verificar a correlação entre os índices de mortalidade por câncer oral e indicadores sócio-econômicos do Censo Demográfico de 2000	Estudo ecológico
7	Analisar o estado nutricional de crianças com menos de 5 anos e sua relação com insegurança alimentar	Estudo transversal com 458 famílias com 558 menores de 5 anos no município de São João do Tigre
8	Verificar a relação entre vulnerabilidade na determinação do IDH do estado de Santa Catarina	Pesquisa sintética – explicação e previsão dos fenômenos examinados nas relações das variáveis
9	Provocar reflexões relativas à necessidade de pactuação entre Estado, sociedade e mercado para a efetivação de medidas capazes de atuar positivamente no controle da obesidade e consequentemente melhorar as condições de saúde e nutrição da população brasileira	Reflexão teórica
10	Verificar a utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde	Estudo exploratório descritivo
11	Analisar a associação entre a mortalidade infantil por causas evitáveis com indicadores sócio-econômicos e de serviços em investimento em saúde	Estudo ecológico
12	Incorporar conceitos da geografia humana nas práticas de saúde; reconhecer a dinâmica social para a determinação de vulnerabilidades para a saúde humana	Revisão bibliográfica
13	Explorar as relações estabelecidas entre o espaço (social e demográfico) e a Saúde Coletiva; importância do território na reprodução das iniquidades em saúde; necessidade de desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas	Reflexão teórica
14	Verificar a associação entre indicadores sócio-econômicos, de provisão de serviços públicos odontológicos e alocação de recursos financeiros em saúde	Estudo ecológico transversal
15	Entender, refletir e conscientizar de que o processo do viver (inclusive de aspectos relacionados à saúde) depende da estruturação social, ações políticas efetivas e econômicas para a redução das desigualdades e promoção dos sujeitos	Reflexão teórica
16	Descrever fatores associados à implementação da estratégia de Atenção Integrada	Estudo ecológico
17	Analisar políticas públicas	Estudo descritivo com aspectos qualitativos e quantitativos
18	Analisar os níveis de saúde bucal no Brasil e avaliar os determinantes da experiência de cárie; associação com características sócio-demográficas	Levantamento epidemiológico – extensão nacional - por meio de bases de dados
19	Analisar a distribuição de recursos estabelecida pela Política de Municipalização Solidária da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do RS; capacidade de descontração de recursos	Estudo descritivo com aspectos qualitativos e quantitativos
20	Analisar a relação entre as desigualdades em saúde bucal com os conceitos de classe social, linhas de pobreza e o modelo de Desenvolvimento Humano Sustentável	Reflexão teórica
21	Relacionar alternativas de intervenções de saúde propostas por graduandos de enfermagem para crianças no contexto social de/na rua	Estudo descritivo exploratório; qualitativo
22	Verificar a associação entre indicadores sociais com o grau de implantação do PSF em municípios catarinenses	Utilização de dados secundários e retrospectivos dos municípios catarinenses que apresentavam os dados de implantação do PSF
23	Identificar a associação da desnutrição infantil com o estado nutricional materno e as condições socioambientais nas favelas	Estudo transversal
24	Conhecer a realidade de uma favela do município de Ribeirão Preto – SP sobre as condições de saneamento ambiental, especificamente a água para consumo humano e sua relação com a saúde dos moradores local	Estudo descritivo-exploratório; métodos quali-quantitativos de investigação
25	Discutir a inserção da promoção da saúde em práticas de vida de um conjunto de idosos de baixa renda a partir de suas representações sobre promoção da saúde e contribuição dos serviços	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas
26	Caracterizar a inserção social das famílias com crianças menores de 5 anos na área de abrangência da UBS e reconhecer as necessidades de saúde percebidas pelas famílias	Estudo exploratório-analítico

O saneamento ambiental é o principal fator na prevenção de doenças, pois tem como função o abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza pública, drenagem pluvial, controle de vetores, de alimentos e doenças transmissíveis, mas não atinge toda a população, e grande parte dela fica exposta a situações de risco como habitações inadequadas e falta de infra-estrutura. A falta de saneamento está associada ao modelo sócio-econômico vigente e quem não participa dos benefícios do desenvolvimento é a população que apresenta sinais de iniquidades sociais⁵.

Entretanto, as condições de vida e situações de saúde estão articuladas com o local onde as pessoas vivem e seus contextos. Segundo Monken e Barcellos⁷, as determinações de vulnerabilidades para a saúde humana dependem do reconhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes, caracterizando uma população e seus problemas de saúde e avaliando o impacto dos serviços de saúde. Nesse sentido, o processo de georreferenciamento dos eventos de saúde, que implica no perfil sócio-econômico de uma população relacionado com o meio ambiente e situações de riscos é uma técnica que permite uma aproximação com as situações de vida de uma população⁸. Estudos em saúde alimentar indicaram que populações com elevado grau de pobreza e baixo IDH estão expostas à insegurança alimentar, caracterizada por fome, desnutrição, carências específicas, excesso de peso e alimentação inadequada, além de componentes psicológicos, como a incerteza de ter ou não o alimento. A alimentação, direito básico humano, estende-se ao contexto em que as pessoas estão inseridas e cabe ao Estado promover e garantir que nenhum cidadão viva sob ameaça de fome, um fenômeno sócio-econômico e cultural criador de vulnerabilidades. Quando crianças apresentam problemas nutricionais, supõe-se que, em seus domicílios, adultos alimentam-se de forma insuficiente, o que as tornam mais vulneráveis à insegurança alimentar, pois as conseqüências nutricionais são mais graves e imediatas⁹.

Na pesquisa de Florêncio; Sawaya; et al¹⁰ houve a evidência de que a desnutrição infantil é determinada por fator biológico (mães com má nutrição durante a gestação implicaria baixo peso ao nascer). O fator nutricional materno recebe influência do contexto social, envolvendo escolaridade, características sócio-econômicas e ambientais. Dessa forma, a insegurança alimentar associa-se à pobreza e às condições adversas do meio sócio-ambiental.

Em se tratando de saúde bucal, tem-se a noção de que há relação entre esta e condições sócio-econômicas, sendo que uma população socialmente

desprivilegiada possui maior contato com fatores de risco e precárias condições de saúde bucal¹¹. Moysés¹², em seu estudo sobre desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano, apontou implicações teóricas que, de maneira geral, enfatizam que desigualdades em saúde bucal implicam nas diferenças entre as populações pobres e as afluentes, evidenciando que muitas doenças afetam os grupos socialmente mais carentes da sociedade.

Porém, algumas pesquisas mostraram contradições com a literatura, como o estudo de Roncalli; Ferreira; et al¹³. Com o objetivo de verificar a correlação entre os índices de mortalidade por câncer oral e indicadores sócio-econômicos, observou-se que regiões com melhores índices sócio-econômicos possuem maiores propensões ao desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, em virtude do aumento da expectativa de vida.

Panhoca e Silva¹⁴ estudaram sobre como a vulnerabilidade contribui na determinação do IDH de uma população, utilizando como local de estudo o Estado de Santa Catarina, por meio do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e seus componentes e indicadores de vulnerabilidade. Observaram que propostas de ações em saúde devem ser realizadas de acordo com as diferenças municipais, as quais formam uma segregação espacial, evidenciando que o local onde as pessoas moram influencia suas condições de vida.

3.2 Políticas Públicas de Saúde e Desenvolvimento

Dowbor¹⁵, numa reflexão com fundamento econômico e social, evidencia que um sistema que sabe produzir, mas não sabe distribuir, é insuficiente, e que a construção de alternativas envolve uma gama de alianças sociais. Nesse contexto, há necessidade de articulação entre o setor produtivo e redes de infra-estrutura consolidadas principalmente no investimento do ser humano, na sua formação, saúde, cultura, lazer e informação. Dessa forma, a atividade econômica é um meio e o bem-estar social, o fim, e é importante ter a visão de que a organização e a participação da sociedade civil não são, simplesmente, uma forma de desresponsabilizar o Estado.

Nesse sentido, investir no ser humano é compreender a qualidade de vida como parte de um bem individual e coletivo, dependente da capacidade das pessoas de controlarem necessidades de subsistência, necessidades sociais de realização e níveis de participação da sociedade civil nas decisões. Portanto, a qualidade de vida de uma população é influenciada pela sua história, cultura e condições sociais e econômicas na resolução das necessidades básicas. Sendo assim, os direitos de um povo são

determinados pela conjuntura social, política e econômica, materializada em políticas públicas que envolvem questões técnicas e políticas para a responsabilidade de organizar e executar recursos e ações em busca de melhores condições de vida para uma população, sendo um âmbito, também de soluções na questão da pobreza¹⁶.

Na década de 70, no Brasil, com a Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 80, houve a proposta de uma nova prática sanitária chamada Vigilância da Saúde, centrada na intersetorialidade, envolvendo ações de governo sobre problemas concretos de pessoas em seus territórios, transformadas em demandas políticas. Nesta proposta, o território é fundamental, pois é um espaço geográfico onde se reúnem informações demográficas, sociais, econômicas, políticas, culturais, epidemiológicas e sanitárias, identificando perfis e necessidades de saúde de uma determinada população que permitam tomadas de decisões no âmbito das políticas de saúde¹⁷.

Augusto e Branco¹⁸ discutiram sobre a necessidade de uma política de informação em saúde ambiental capaz de monitorar políticas públicas, processos produtivos, atividades econômicas e ações de intervenção que busquem melhores condições ambientais e de saúde das populações. Desse modo, a política de informação ambiental deve criar sistemas e serviços de informação que possibilitem suporte, tanto para as políticas públicas quanto para as ações sociais, facilitando a implantação do desenvolvimento sustentável.

No campo das políticas públicas, a temática da alimentação e nutrição é acolhida pelo setor saúde e tem, no SUS, o respaldo necessário para provimento de projetos, programas e ações relacionados à assistência social e realizações de práticas de distribuição de alimentos à população de baixa renda. A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é um eixo articulador ao Estado para criar, a todos, acesso à alimentação, com qualidade e quantidade suficiente que contribua com o desenvolvimento integral do ser humano¹⁹.

Na pesquisa de Fernandes e Peres²⁰, que teve o objetivo de testar associações entre indicadores de atenção básica em saúde bucal e indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos, verificou-se que municípios com piores condições sócio-econômicas oferecem serviços deficitários à sua população. Da mesma forma, a pesquisa de Baldani; Almeida; et al²¹ analisou a associação entre indicadores sócio-econômicos, de provisão de serviços públicos odontológicos e de alocação de recursos

financeiros em saúde e identificou, também, com outros estudos, que as ações de saúde bucal passaram a integrar as atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) buscando ampliar o acesso coletivo às ações de saúde. Nesse sentido, políticas de saúde bucal com ações de promoção e recuperação da saúde bucal devem ser implantadas em municípios que apresentem piores indicadores sócio-econômicos.

Henrique e Calvo²² desenvolveram e aplicaram um modelo de avaliação do Programa Saúde da Família (PSF), programa de ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, a fim de avaliarem municípios catarinenses quanto à implementação do PSF. Para isso, utilizaram indicadores sociais e determinantes geopolíticos dos municípios, incluindo porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, gasto público com saúde e grupo político na gestão municipal. Verificou-se que as maiores implementações estão em municípios menores, afirmando que o IDH-M e o porte populacional estão associados ao grau de implementação do PSF, informações que contribuem para que o PSF se adapte às necessidades em saúde das diferentes realidades municipais.

Venâncio; Nascimento; et al²³ afirmaram que indicadores de estrutura, processo e resultados da atenção à saúde do adulto, por meio da regionalização do SUS no estado de São Paulo, passam a ser um instrumento fundamental na organização da atenção à saúde. Entende-se por “estrutura”, recursos materiais, humanos e organizacionais de uma região; por “processo”, cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF), cobertura de consultas básicas e especializadas, índice de invasão/evasão e esforço gestor; e por “resultados”, indicadores relacionados às doenças específicas. Os aspectos evidenciaram a complexidade do sistema de saúde e a necessidade de técnicas adequadas para a efetividade dos serviços e práticas de gestão e de cuidado nas realidades regionais.

O estudo de Amaral; Victoria; et al²⁴ teve por objetivo descrever fatores associados à implementação da estratégia Atenção Integrada à Criança, que pretende reduzir a mortalidade e contribuir com o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, em três estados do Nordeste do Brasil. Foi aplicado um método de distribuição de variáveis independentes econômicas, geográficas, ambientais, nutricionais, organizações de serviços de saúde e mortalidade infantil comparadas entre municípios que possuíam ou não a estratégia. Municípios com maiores riscos à saúde infantil apresentaram menores taxas de aplicação das ações, mostrando a necessidade de políticas públicas que atendam as realidades existentes. Da mesma forma,

Boing e Boing²⁵, com o objetivo de identificar associações entre a mortalidade infantil por causas evitáveis com indicadores sócio-econômicos e de serviços e investimentos em saúde, identificou que municípios com perfis de maior mortalidade infantil apresentavam menor IDH-M e PIB per capita.

Em políticas públicas, diversas técnicas são importantes para lidar com diferentes necessidades entre os distintos grupos sociais, pois as desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais, e igualdades no acesso e uso de serviços de saúde são insuficientes na diminuição das desigualdades de adoecimento²⁶. Nesse sentido, o princípio de equidade reconhece que as diferenças individuais necessitam de tratamento diferenciado que possa eliminar ou reduzir a desigualdade, sendo que o tratamento desigual é justo quando é em benefício ao indivíduo que mais necessita.

3.3 Promoção da Saúde

A promoção da saúde é fator fundamental na melhoria da qualidade de vida, pois contribui com as políticas públicas de saúde e visa a capacitação da comunidade, enfatizando a responsabilidade coletiva. Segundo Czeresnia (apud²⁷), a promoção da saúde correspondeu a um processo de resposta ao modelo de atenção em saúde centrado na assistência individual e curativa.

Julião⁵, considerando a importância de se trabalhar com a promoção da saúde, investigou, em sua pesquisa, questões relacionadas ao abastecimento de água, e a percepção de riscos à saúde dos moradores de uma favela do município de Ribeirão Preto – SP, reconhecendo a realidade desse território. Os resultados mostraram a vulnerabilidade da população estudada e a problemática do saneamento fundamentado no modo de produção capitalista, gerando problemas como concentração de renda, exclusão social e falta de participação comunitária. Evidencia-se a necessidade de intervenções sócio-culturais e soluções intersetoriais para a minimização dos riscos e contribuição na melhoria da qualidade de vida das populações.

A pesquisa de Oliveira e Ribeiro²⁸ teve como propósito relacionar alternativas de intervenção em saúde para as crianças de/na rua, que vivenciam situações prejudiciais ao seu desenvolvimento. Tais alternativas, sugeridas por graduandos de enfermagem, enquadraram-se em categorias de atuação em políticas de saúde e cuidado da criança de/na rua, que envolvem atuação em saúde coletiva, parceria com instituições sociais e ações em equipe e movimentos populares, realização de pesquisa e cuidado nos três níveis de atenção, que cruzam com a

reformulação de modelos assistenciais à saúde, assim como o reconhecimento de um problema social.

Perracini²⁷ partiu do referencial teórico da Carta de Ottawa para desenvolver sua pesquisa, que discutiu a inserção da promoção da saúde em práticas de vida de um conjunto de idosos de baixa renda a partir de suas representações sobre promoção da saúde e contribuição dos serviços. O estudo priorizou o desenvolvimento de habilidades pessoais entre os idosos, assim como contribuiu para avaliação e implementação de programas e atividades que visem à promoção da saúde de idosos e a estimulação dos mesmos para uma postura ativa em relação aos próprios cuidados com a saúde.

O referencial de Promoção da Saúde, pautado no conceito de *empowerment*, foi utilizado no estudo de Mazza²⁹, e teve o objetivo de caracterizar a inserção social das famílias com crianças menores de 5 anos numa área de abrangência de uma UBS na cidade de Curitiba, assim como apreender as necessidades de saúde percebidas pelas famílias. Foram explicitadas as desigualdades sociais existentes no território e o reconhecimento das necessidades de saúde das famílias como possibilidades de projetos de intervenção para o fortalecimento de autonomia a partir da produção de cuidados centrados nas famílias.

4. DISCUSSÃO

Para realizar esta revisão foi relevante a variação de busca nos campos das bases de dados eletrônicas para a percepção da conexão entre saúde e desenvolvimento, pois as palavras-chave utilizadas e seus conceitos variados exigiram delimitação dos resultados. Os 26 artigos analisados foram escritos em idioma português, produzidos no período de 1999 a 2010, com maior concentração dos periódicos nas áreas de saúde pública e coletiva e epidemiologia (17 artigos), sendo que os outros 9 artigos são das áreas de enfermagem, medicina e odontologia com foco em saúde coletiva. Em relação aos objetivos dos estudos, o foco está na análise de associações entre fatores de risco e indicadores sócio-econômicos (15 artigos), análise da implantação de políticas públicas (8 artigos) e promoção de saúde (3 artigos). Os estudos predominantes são os descritivo-exploratórios, ecológicos e de reflexão teórica (22 artigos), seguidos pelos transversais e de revisão bibliográfica (4 artigos).

Os estudos indicaram que populações que vivem em condições de pobreza estão mais expostas a riscos de doenças relacionadas ao ambiente, cultura e modos de vida do que as que possuem melhores condições de vida. As avaliações dos riscos, feitas por estudos epidemiológicos, contribuem para o reconhecimento e caracterização de uma população, seus problemas de

saúde e serviços. Assim, deve-se levar em conta a dimensão dos estilos de vida, que variam de população para população, sendo que a qualidade de vida recebe influência da cultura, condições sociais e econômicas para a resolução das necessidades básicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados ampliaram a compreensão sobre as iniquidades sociais existentes, que atingem, principalmente, populações expostas a fatores de risco e com maiores privações de liberdade e direito. Dessa forma, os estudos indicaram que a promoção da saúde é uma estratégia que, por meio de ações generalizadas, busca transformações nas pessoas a fim de que exerçam seus direitos e sintam-se cidadãos. Para isso, há necessidade de implantação de políticas públicas coerentes com as diversas realidades das populações, alargando, assim, as possibilidades de desenvolvimento humano e melhores condições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNDP. Human Development Report 2002; Deepening democracy in a fragmented world. New York: Oxford University Press; 2002.
2. Piovesan F. Direitos Humanos e Justiça Internacional. São Paulo: Saraiva; 2006.
3. ONU. Declaração do Milênio. Nova Iorque: ONU; 2000.
4. Carraro TE, Marcelino SR, Mercês NNA, *et al.* Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. Texto contexto enferm 2006; 15(Esp): 170-7.
5. Julião FC. (Dissertação). Água para consumo humano e saúde: ainda uma iniquidade em área periférica do município de Ribeirão Preto – SP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2003.
6. Câmara VM, Tambellini AT. Considerações sobre o uso da epidemiologia nos estudos em saúde ambiental. Rev bras epidemiol 2003; 6(2): 95-104.
7. Barcellos C, Monken M. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad saúde pública 2005; 21(3): 898-906.
8. Tomazini JE, Nascimento LFC, Hau LC. Geoprocessamento para identificar padrões do perfil de nascimentos na região do Vale do Paraíba. Rev bras ginecol obstet 2009; 31(4): 171-6.
9. Filho MB, Maia SR, Sales AC, *et al.* Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. Rev bras epidemiol 2009; 12(3): 413-23.
10. Florêncio TM, Sawaya AL, Ferreira HS, *et al.* Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais. J pediatr 2010; 86(3): 215-20.
11. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. Ciênc saúde coletiva 2007; 12(1): 275-84.
12. Moysés, SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista bras odontol 2000; 1(1): 7-17.
13. Roncalli AG, Ferreira MA, Sena MF, *et al.* Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. Cad saúde pública 2009; 25(2): 321-7.
14. Panhoca L, Silva OMP. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. Ciênc saúde coletiva 2007; 12(5): 1209-19.
15. Dowbor L. Tendências da gestão social. Saúde e soc 1999; 8(1): 3-16.
16. Queiróz CMB, Sá ENC, Assis MMA. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. Ciênc saúde coletiva 2004; 9(2): 411-21.
17. Fracolli LA, Silva RMV. A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde. Rev esc enferm USP 2008; 43(1): 168-77.
18. Augusto LGS, Branco A. Política de informação em saúde ambiental. Rev bras epidemiol 2003; 6(2): 150-7.
19. Pinheiro ARO, Carvalho DBB. Estado e Mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. Saúde e soc 2008; 17(2): 170-83.
20. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores sócioeconômicos municipais. Rev saúde pública 2005; 39(6): 930-6.
21. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. Rev saúde pública 2009; 43(3): 446-54.
22. Henrique G, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. Ciênc saúde coletiva 2009; 14(1): 1359-65.
23. Venâncio SI, Nascimento PR, Saldiva SR, *et al.* Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. Rev bras epidemiol 2009; 12(2): 158-71.
24. Amaral JF, Victoria CG, Leite AJM, *et al.* Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. Rev saúde pública 2008; 42(4): 598-606.
25. Boing AF, Boing AC. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. Cad saúde pública 2008; 24(2): 447-55.
26. Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc saúde coletiva 2005; 10(2): 275-86.
27. Perracini CP. (Dissertação). Promoção de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais: representação de idosos usuários de UBS sobre promoção da saúde e contribuição dos serviços. Faculdade de Medicina/USP, São Paulo. 2009.
28. Oliveira AAP, Ribeiro MO. O cuidar da criança de/na rua na perspectiva dos graduandos em enfermagem. Texto contexto enferm 2006; 15(2): 246-53.
29. Mazza VA. (Tese). Necessidade das famílias com relação ao desenvolvimento infantil à luz da promoção da saúde. Escola de Enfermagem/USP, São Paulo. 2007.