



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUARIAS, CONTABILIDADE E  
SECRETARIADO EXECUTIVO  
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

LUAN OLIVEIRA DOS SANTOS

POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: UM ESTUDO  
DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO NORDESTE NOS ANOS DE 2003 A  
2014

FORTALEZA

2017

LUAN OLIVEIRA DOS SANTOS

POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: UM ESTUDO  
DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO NORDESTE NOS ANOS DE 2003 A  
2014

Monografia apresentada a coordenação do Curso  
de Ciências Econômicas da Universidade Federal  
do Ceará, como requisito parcial para obtenção do  
Título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S236p Santos, Luan Oliveira dos.  
Políticas Públicas Sociais e Desenvolvimento Econômico : Um estudo dos Determinantes Sociais de Saúde no Nordeste nos anos de 2003 a 2014 / Luan Oliveira dos Santos. – 2017.  
64 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Econômicas, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso.

1. Políticas Públicas Sociais. 2. Desenvolvimento Econômico. 3. Determinantes Sociais de Saúde. 4. Estado. 5. Indicadores de Saúde. I. Título.

CDD 330

---

LUAN OLIVEIRA DOS SANTOS

POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO: UM ESTUDO  
DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO NORDESTE NOS ANOS DE 2003 A  
2014

Monografia apresentada a coordenação do Curso  
de Ciências Econômicas da Universidade Federal  
do Ceará, como requisito parcial para obtenção do  
Título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em: 14 de julho de 2017

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Fábio Maia Sobral  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Aécio Alves de Oliveira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, Ana e Luís.

As minhas irmãs, Lia e Lívia.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais que sempre apoiaram todas as minhas decisões e me ensinaram que a verdadeira riqueza é a sabedoria. Obrigado por terem passado tantas horas se dedicando a mim e trabalhando arduamente para me oferecer todas as oportunidades que não tiveram. Este trabalho é uma pequena demonstração de gratidão e reconhecimento por tudo que fizeram e fazem.

As minhas irmãs que durante toda minha vida estiveram sempre ao meu lado me apoiando e que torceram para que tudo desse certo e que eu conseguisse encontrar a felicidade nas minhas escolhas.

Ao Prof. Dr. Gil Célio de Castro Cardoso, meu orientador, por sanar as minhas dúvidas, pela paciência que teve desde o aceite até o dia da defesa desse trabalho e pelas sugestões de como o trabalho poderia ficar cada vez melhor.

A banca examinadora formada pelos professores Drs. Fábio Sobral e Aécio Oliveira que durante o Curso de Ciências Econômicas se tornaram referências para mim e que gentilmente aceitaram participar da banca deste trabalho oferecendo importantes contribuições para sua melhoria.

Um agradecimento especial ao Observatório de Políticas Públicas da UFC – OPP – ao qual fui bolsista e ao Prof. Dr. Fernando Pires coordenador do Observatório e grande entusiasta do estudo das Políticas Públicas no Ceará.

À minha família pelo apoio e pelo amor e a todos os meus amigos que passaram por minha vida dentro e fora da academia. Vocês foram muito importantes para minha formação acadêmica e pessoal. Obrigado por terem acreditado em minha capacidade.

Ao Instituto Semear Fortaleza e amigos que fizeram parte desse projeto incrível e que depositaram confiança na minha capacidade de superação

A todos os professores do Curso de Ciências Econômicas da FEAACS.

“O que melhor poderia caracterizar o modo de produção capitalista do que a necessidade de que lhe sejam impostas, por meio de coação legal do Estado, as mais simples providências de higiene e saúde? ” (Karl Marx)

## RESUMO

Os determinantes sociais de saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam o cotidiano de uma população em determinado tempo e espaço. As políticas públicas sociais são o meio que o Estado e governos possuem para alcançar o desenvolvimento econômico. Esse estudo foi realizado com a pesquisa documental e bibliográfica, com a utilização de livros, artigos, anais e dados numéricos secundários e teve como área de estudo a região Nordeste do Brasil entre os anos de 2003 a 2014. Analisando os indicadores sociais de saúde, observa-se que nem toda população nordestina tem garantida os direitos sociais básicos para a manutenção da qualidade de vida que são mencionados na Constituição de 1988 e na lei nº 8080, embora tenha apresentado grandes avanços nos últimos anos. O resultado da pesquisa demonstrou que o Estado brasileiro é ineficaz em oferecer diversos serviços públicos para a região Nordeste demonstrado por meio de indicadores sociais de saúde e que o mesmo deve realizar e incentivar, por intermédio da iniciativa pública e privada, mais investimentos na região e garantir a participação popular nas decisões que interfiram em suas vidas. Verificou-se também que os trabalhadores da zona rural possuem menos acesso aos serviços públicos que os trabalhadores que vivem na zona urbana.

**Palavras-chave:** Determinantes Sociais de Saúde. Políticas Públicas Sociais. Desenvolvimento Econômico. Indicadores de Saúde. Estado.



## **ABSTRACT**

The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, work, live and age, and the wider set of forces and systems shaping the daily lives of a population in a given time and space. Social public policies are the means that the State and governments have for achieving economic development. This study was carried out with documentary and bibliographical research, through books, articles, annals and secondary numerical data and had as study area the region Northeastern of Brazil between the years 2003 to 2014. Analyzing the social indicators of health, it is observed that not every Northeastern population has guaranteed the basic social rights for the maintenance of the quality of life that are mentioned in the Constitution of 1988 and the law n ° 8080, although it has presented great advances in recent years. The result of the research showed that the Brazilian State is ineffective in offering several public services for the Northeast region demonstrated through social indicators of health and that it must realize and encourage, through public and private initiative, more investments in the region and guarantee the participation in decisions that interfere with their lives. It was also found that rural workers have less access to public services than workers living in urban areas.

**Keywords:** Social Determinants of Health. Social Public Policies. Economic Development. Health Indicators. State.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Dimensões do contexto e recursos que influenciam a participação social.....	31
Figura 2 – Marco conceitual dos determinantes sociais de saúde.....	37
Figura 3 – Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	41
Diagrama 1 – Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	43

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População residente por região – 2003-2014 – Brasil .....	44
Gráfico 2 – Taxa de fecundidade total segundo escolaridade da mulher – 2000-2012 – Brasil .....	45
Gráfico 3 – Esperança de vida ao nascer – 2003-2014 – Nordeste .....	46
Gráfico 4 – Razão de dependência – 2003-2014 – Brasil e regiões .....	46
Gráfico 5 – Taxa de trabalho infantil por renda domiciliar <i>per capita</i> . – 2003-2012 – Nordeste .....	47
Gráfico 6 – Taxa de analfabetismo por faixa de renda domiciliar <i>per capita</i> – 2003-2012 Nordeste.....	48
Gráfico 7 – Coeficiente de Gini para a distribuição de renda – 2003-2012 – Brasil .....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Nordeste – 2010 .....	17
Tabela 2 – Número médicos por 1.000 habitantes por Unidade da Federação – Região Nordeste – 2003 – 2010 .....	27
Tabela 3 – Crianças fora da escola (% na idade do ensino primário) – Países selecionados – 2004-2005, 2007-2009, 2011-2014 .....	29
Tabela 4 – Taxa da prevalência de fumantes por escolaridade – 2006-2010 – Brasil e Nordeste.....	50
Tabela 5 – Proporção de crianças com esquema vacinal básico completo na idade-alvo e tipo de imunobiológico – 2003-2009 – Brasil e Nordeste .....	51
Tabela 6 – Número de consultas médicas (SUS) por habitante – 2003-2012 – Nordeste .....	52
Tabela 7 – Gasto com ações e serviços públicos de saúde a nível de governo – 2003-2008 – Brasil e Nordeste .....	53
Tabela 8 – Proporção da população servida por esgotamento sanitário – 2003-2012 – Nordeste .....	54
Tabela 9 – Proporção da população servida por rede abastecimento de água – 2003-2012 – Nordeste .....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	COMISSÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DO NÍVEL SUPERIOR
CGRH-SUS	COORDENAÇÃO GERAL DE RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
CH-UFC	CENTRO DE HUMANIDADES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CID 10	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CNDSS	COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
DSS	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE
FEAACS	FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUARIAS, CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO
IDHM	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL
IPECE	INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
OPP	OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PIB	PRODUTO INTERNO BRUTO
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
PNAES	PLANO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA ESTUDANTIL
PNB	PRODUTO NACIONAL BRUTO
PNI	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES
RIPSA	REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SIRH	SISTEMA INFORMATIZADO DE RECURSOS HUMANOS
SUAS	SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
SUDENE	SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DO NORDESTE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UFC	UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	13
1.1 Objetivos .....	16
1.2 Área de estudo .....	16
1.3 Metodologia .....	18
2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO ....	20
2.1 Estado e Promoção do Bem-Estar Social .....	20
2.2 Desenvolvimento Econômico, Indicadores e Participação Popular .....	24
2.2.1 Desenvolvimento Econômico .....	24
2.2.2 Modelo de Indicador Social de Saúde .....	27
2.2.3 Participação Popular .....	30
2.3 Políticas Públicas Sociais e Saúde .....	32
3 DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E SUAS INIQUIDADES .....	35
3.1 O que é Saúde? .....	35
3.2 Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) .....	35
3.3 Modelos de estudo dos Determinantes Sociais de Saúde .....	40
4 INDICADORES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO NORDESTE NO PERÍODO 2003-2014 .....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	55
REFERÊNCIAS .....	58
ANEXOS .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A presente monografia de graduação aborda a temática de políticas públicas sociais, saúde e desenvolvimento, estabelecendo, como objetivo geral o estudo dos determinantes sociais de saúde na região nordeste do Brasil nos anos de 2003 a 2014.

A supracitada temática nos remete às origens e funções do Estado, o surgimento e necessidade do conhecimento em desenvolvimento econômico e da efetiva prioridade que o governo brasileiro deu para a saúde, no início do século XX, quando o país implantava a economia exportadora de café que estimulou um maior controle de endemias e saneamento dos portos e das grandes cidades dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo até o fortalecimento de políticas públicas sociais para a saúde em todo o país.

Para Sachs (2008), a ideia de desenvolvimento, no contexto histórico que surgiu, partiu da observação e reparação de desigualdades passadas que seriam capazes de preencher o abismo das antigas nações metropolitanas e a sua antiga periferia colonial, entre as minorias ricas e maioria dos trabalhadores pobres.

Sen (2000), mostra que o desenvolvimento econômico pode ser visto como um processo de expansão das liberdades individuais e reais que as pessoas vivem. O enfoque que o autor dá nesse contexto de liberdade amplia a visão de desenvolvimento para além do crescimento econômico expresso pelo PNB, do aumento de rendas pessoais, avanço tecnológico, industrialização ou modernização da sociedade. Na seguinte citação, Sen (2000, p.17-18), alerta que o aumento do PNB e da renda pessoal é sem dúvida importante para a ampliação das liberdades humanas, mas precisam ser acompanhadas de outros determinantes:

Mas as liberdades dependem também de outros determinantes, como as disposições sociais e econômicas (por exemplo, os serviços de educação e saúde) e os direitos civis (por exemplo, a liberdade de participar de discussões e averiguações públicas). De forma análoga, a industrialização, o progresso tecnológico ou a modernização social podem contribuir substancialmente para expandir a liberdade humana, mas ela depende também de outras influências. Se a liberdade é o que o desenvolvimento promove, então existe um argumento fundamental em favor da concentração nesse objetivo abrangente, e não em algum meio específico ou em alguma lista de instrumentos especialmente escolhida. Ver o desenvolvimento como expansão de liberdades substantivas dirige a atenção para os fins que o tornam importante, em vez de restringi-la a alguns dos meios que, in ter alia, desempenham um papel relevante no processo. O desenvolvimento requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos.

O estudo sobre o enfrentamento das iniquidades que dificultam a melhoria dos determinantes sociais de saúde é uma pauta na agenda de governo de diversos países. Exemplo

disso, é que durante os dias 19 a 21 de outubro de 2011 a Organização Mundial da Saúde realizou no Rio de Janeiro a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde e produziu antes do evento o documento de discussão “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”.

No documento pode-se encontrar evidências advindas de países que conseguiram por meio de políticas reduzir as iniquidades em saúde. Para a conferência foram escolhidas cinco dimensões que se tornaram temas para a mesma: 1. Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais da saúde; 2. Promoção da participação: lideranças comunitárias para a ação sobre os determinantes sociais; 3. O papel do setor, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; 4. Ações globais sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e grupos de interesse; e 5. Monitoramento do progresso: medir e analisar para informar as políticas sobre determinantes sociais (OMS, 2011).

No Brasil, a lei nº 8080 (BRASIL, 1990), de 19 de setembro de 1990, foi promulgada para a promoção, proteção e recuperação da saúde no território brasileiro após a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) garantir a saúde como um direito fundamental dos brasileiros e dever do Estado.

Em seus primeiros artigos a lei nº 8080 afirma que a organização social e econômica expressa os níveis de saúde do país, tendo uma lista de variáveis que exercem papel de determinantes e condicionantes além do conjunto de ações que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.  
[...]

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Em seu terceiro artigo a lei afirma que a organização social e econômica expressa os níveis de saúde do país, tendo como determinantes e condicionantes “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o



transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990). A lei também afirma que dizem respeito à saúde as ações que, por força do artigo terceiro, “se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990).

Os pesquisadores Buss e Pellegrini Filho (2007, p.78) apresentam as diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) da seguinte forma:

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. A comissão homônima da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Existem diversas abordagens de como as iniquidades em saúde afetam os DSS. Entre elas podem ser citadas as que se tratam dos “aspectos físico-materiais” relacionadas as diferenças de renda que influenciam a saúde e a ausência de investimentos em infraestrutura comunitária como educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde entre outros. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, que explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde. Existem ainda as abordagens ecossociais, multiníveis e os que analisam as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento das associações entre indivíduos e grupos. (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007)

Estudar esse assunto relevante é imperativo para uma sociedade devido à dificuldade de alcançar o desenvolvimento econômico e diminuir as diferenças da má qualidade de vida entre brasileiros de classes econômicas diferentes gerado pelas iniquidades em saúde. Além das disparidades de renda e riqueza as iniquidades são influenciadas pelas diferenças na oportunidade entre indivíduos de etnias, gênero, classe, raça, nível educacional, deficiências, orientação sexual, habitacional entre outros diferentes.

A formulação de políticas públicas sociais eficazes acompanhada do desenvolvimento econômico pode contribuir para a redução de problemas gerados pelas iniquidades em saúde como

a violência e suas variáveis, a exclusão social e o óbito da população devido à restrição ao acesso a saúde, por exemplo.

O trabalho é importante para a sociedade, pois apresenta uma parte da história dos métodos adotados por dois governos de forte cunho social, entre os anos de 2003 a 2014, e a criação de políticas públicas sociais para a saúde desde a criação da lei nº 8080 de 1990 e da importância que a Constituição de 1988 mostra com a saúde pública. O trabalho também é importante para a comunidade acadêmica e em especial para o Curso de Ciências Econômicas devido à ausência de discussão no mesmo sobre um assunto de extrema importância para a transformação social brasileira. Espera-se que o trabalho sirva de motivação para outros que possam vir.

### **1.1 Objetivos**

O objetivo geral desse trabalho é verificar o cenário de alguns determinantes sociais de saúde e a aplicabilidade das políticas públicas sociais brasileira no enfrentamento das iniquidades que afetam a saúde no Nordeste nos anos de 2003 a 2014.

Os objetivos específicos são:

- a. Apresentar uma breve discussão sobre a ligação de Estado, desenvolvimento econômico e políticas públicas acompanhado de sua relação com a saúde;
- b. Conhecer o que são os determinantes sociais da saúde e quais são suas iniquidades;
- c. Analisar indicadores selecionados de determinantes sociais da saúde.

### **1.2 Área de estudo**

A região nordeste do Brasil é a região com maior número de estados do país sendo formada por 9 estados no total que são Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Piauí, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Sergipe. Suas capitais são respectivamente Maceió, Salvador, Fortaleza, São Luís, João Pessoa, Teresina, Recife, Natal e Aracajú.

A região tem por limites o Oceano Atlântico a norte e nordeste; Pará, Tocantins e Goiás a oeste e noroeste; e Minas Gerais e Espírito Santo a Sul. Possui cerca de 1.794 municípios e 1.554.291,6 km<sup>2</sup> (correspondendo a 18,2% do território brasileiro) e uma estimativa para 2014 de 56.186.190 habitantes gerando uma densidade demográfica de 36,1 hab./km<sup>2</sup>. Em 2013, a população urbana era de 40.982.598 de habitantes. Além disso, seus habitantes possuem um rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente em 2013 de R\$ 599,13 reais.

As dificuldades econômicas e sociais geradas pela falta de investimentos públicos e privados no Nordeste que mesmo possuindo cerca de 30% da população do país, o Produto Interno Bruto (PIB) da região corresponde a apenas 13,5 % do PIB brasileiro. Na grande maioria dos estados nordestinos o PIB é inferior a 1% em relação ao total do PIB do país. Sendo assim, apenas quatro estados, Bahia (4,1%), Pernambuco (2,5%), Ceará (2,1%) e Maranhão (1,2%) superam o percentual de 1% dos demais estados do Nordeste.

De acordo com a Pesquisa do PNAD em 2013, a proporção da população provida de coleta de lixo era de 76,6%; a proporção da população provida de rede de abastecimento de água era de 78,2%; a proporção da população provida de esgotamento sanitário era de 56,8. Em 2013, o número de consultas realizados no Nordeste pelo SUS foram 134.816.546 e o número de consultas médicas, também pelo SUS, por habitante foi de 2,42 sendo a maioria delas no Maranhão (2,90) e em Alagoas (2,78).

Tabela 1: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – Nordeste – 2010

<b>Posição Nordeste</b>	<b>Posição Brasil</b>	<b>Estado</b>	<b>IDHM Geral</b>	<b>IDHM Renda</b>	<b>IDHM Longevidade</b>	<b>IDHM Educação</b>
<b>1º</b>	16º	Rio Grande do Norte	0.684	0.678	0.792	0.597
<b>2º</b>	17º	Ceará	0.682	0.651	0.793	0.615
<b>3º</b>	19º	Pernambuco	0.673	0.673	0.789	0.574
<b>4º</b>	20º	Sergipe	0.665	0.672	0.781	0.560
<b>5º</b>	22º	Bahia	0.660	0.663	0.783	0.555
<b>6º</b>	23º	Paraíba	0.658	0.656	0.783	0.555
<b>7º</b>	24º	Piauí	0.646	0.635	0.777	0.547
<b>8º</b>	25º	Maranhão	0.639	0.612	0.757	0.562
<b>9º</b>	26º	Alagoas	0.631	0.641	0.755	0.520

Fonte: Elaborado com os dados do IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

A região Nordeste do Brasil, em 2010, apresentou 61,3% dos seus municípios com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) categorizado como baixo. Enquanto que na região Sul esse percentual é de 0,4%, no Sudeste 4,4%, Centro-Oeste de 2,1% e Norte de 40,1%. Ressalta-se que são cinco as categorias que definem o IDHM: muito baixo (0,000 – 0,499), baixo (0,500 - 0,599), médio (0,600 – 0,699), alto (0,700 – 0,799) e muito alto (0,800 – 1,000).

Como pode ser visto na tabela, todos os estados apresentaram um IDHM renda na caracterizados como médio sendo que 77,8% dos municípios estavam na categoria com baixa renda. Os melhores números estão no IDHM longevidade em que todos os estados possuem alta

longevidade e o pior é o IDHM educação que com exceção do estado do Ceará todos os demais estão com baixa educação. Esses dados refletem o posicionamento no “ranking” de IDHM das Unidades da Federação da região Nordeste do Brasil entre as piores classificadas no país. Entre as Unidade da Federação da região referida que se encontram melhores posicionadas nesse “ranking” estão os estados do Rio Grande do Norte na 16º posição do Brasil e primeira do Nordeste, Ceará ocupando a 17º e Pernambuco na 20º. Os demais estados refletem iniquidades ainda mais acentuadas. No anexo 1, é apresentada uma síntese dos antecedentes e dos determinantes políticos, econômicos e sociais, das desigualdades e da situação em saúde no Nordeste para contribuir com a compreensão dos problemas enfrentados pela região.

Uma das maiores políticas de inclusão social do governo federal relacionada diretamente à saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS). No Ceará, por exemplo, o SUS atende a 88,7% da população e apenas 11,3% possuem cobertura de saúde suplementar (ANS-julho, 2011) (IPECE, 2012).

De acordo com Ipece (2012, p. 130-131):

O SUS assegurou, em 2010, atendimento a 1,6 milhão de famílias; 2,9 milhões de consultas médicas especializadas; 4,0 milhões de atendimentos odontológicos; 15,4 milhões de exames laboratoriais; 5,2 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias; 514 mil internações; 98,8 mil partos; 602 cirurgias cardíacas; 684 transplantes; 461 mil seções de rádio quimioterapia; 446 mil seções de hemodiálise (SIA/SIH-2010). Estes atendimentos foram prestados pelos serviços públicos municipais, estaduais, hospitais federais universitários e serviços privados conveniados e contratados com o SUS.

### **1.3 Metodologia**

Este estudo será desenvolvido utilizando documentação indireta por meio de pesquisa bibliográfica visto que ela “reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2008, p. 69).

A pesquisa bibliográfica iniciou-se quando da elaboração do projeto de monografia e ao longo dos estudos em políticas públicas no Observatório de Políticas Públicas da UFC (OPP), na disciplina Teorias de Desenvolvimento Econômico e durante todo o estudo para esse trabalho. O levantamento bibliográfico concentrou-se fortemente, em livros, revistas e trabalhos publicados por pesquisadores brasileiros e estrangeiros sobre o tema desenvolvimento econômico, políticas públicas e saúde.

A leitura do material se deu de forma seletiva sendo determinado o material que realmente interessa à pesquisa. O tratamento desses dados foi qualitativo, pois considerou-se a qualidade dos trabalhos já realizados sobre a problemática proposta.

A pesquisa em sítios na internet, tanto serviu para conseguir conteúdo teórico sobre o tema, mediante artigos, monografias e dissertações, como também para obter informações sobre dados numéricos de determinantes sociais de saúde, assim como, indicadores socioeconômicos nos sítios de ministérios e secretarias de Estados e de institutos de pesquisa como o Instituto Brasileiro de Estatística e Economia Aplicada – IBGE, Ministério da Saúde, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE, Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste – Sudene, entre outros.

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, que Gil (2008) define, no que tange aos objetivos, como um trabalho que visa

[...]desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. [...] são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (p. 27).

Os meios técnicos de investigação são métodos que visam a fornecer a orientação necessária à realização da pesquisa social, em especial no que diz respeito à obtenção, ao processamento e à validação dos dados pertinentes à problemática objeto da investigação realizada (PRODANOV, FREITAS, 2013; GIL 2008), da qual perpassará pelo método histórico e pelo método observacional, em que se estuda os determinantes sociais da saúde e algumas políticas públicas que foram empregadas para elevar o desenvolvimento econômico e social.

As bibliotecas visitadas para obtenção de livros foram as bibliotecas da Faculdade de Economia (FEAACS), a biblioteca da Pós-Graduação em economia (CAEN) e do Centro de Humanidades da UFC (CH-UFC). As plataformas online visitadas para obtenção de artigos e outros estudos foram a Scielo, o portal de periódicos da CAPES e a plataforma online do sistema integrado de bibliotecas da UFC, o Pergamum, IBGE e outros. Também foi consultado as plataformas online do governo e de instituições internacionais para obtenção de dados quantitativos e qualitativos na qual dentre outros estão o site do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A monografia está estruturada em uma introdução, três capítulos e considerações finais. No primeiro capítulo são apresentadas as teorias sobre Estados, Políticas Públicas e

Desenvolvimento Econômico a partir de revisão de literatura escolhida; o segundo capítulo aborda conceituação e discussão sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) e iniquidades em saúde que afetam e/ou afetaram o Brasil e o Nordeste; no terceiro capítulo, avalia-se alguns indicadores sociais da saúde no Nordeste e no Brasil. Por fim, nas considerações finais realiza-se uma avaliação de como se encontra o Nordeste brasileiro atualmente após as políticas públicas.

Salienta-se que este estudo não visa encerrar o tema em foco, tendo em vista que é de enorme abrangência e envolve várias mudanças relacionadas aos sistemas econômicos, políticos e seus projetos de governo no Nordeste e em todo o país, obtendo repercussão direta sobre a vida de toda a população, principalmente aqueles que mais necessitam das ações do Estado. Cabe ainda destacar que o maior intuito desta análise é o de despertar o interesse da comunidade acadêmica, instituições de pesquisa e do governo para solucionar as problemáticas que as iniquidades em saúde podem afetar na qualidade de vida, longevidade, trabalho e os efeitos que venha a trazer sobre as futuras gerações.

## **2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO**

### **2.1 Estado e Promoção do Bem-Estar Social**

Greaves (1969) traz uma definição histórica resumida de como pensadores definiam o Estado:

Escreveu Aristóteles que, se o Estado é uma criação da natureza, o homem é um animal político, querendo com isso, dizer que o Estado é necessário à existência satisfatória do homem. Santo Agostinho encontrava a origem do Estado no pecado original, afirmando dever o homem viver sob autoridade a fim de serem restringidas suas tendências para o mal. Trasímaco considerava-o apenas o domínio do mais forte. Herbert Spencer, em cuja opinião não havia Estado na época do homem primitivo, cogitava de uma situação abençoada em que o Estado teria deixado de existir, uma eventualidade também prevista por Marx. Enquanto para Hegel o Estado era Deus a caminhar sobre a Terra, o filósofo idealista britânico Bosanquet julgava-o a encarnação da ordem moral. O falecido Lorde Lindsay descrevia-o como o modo aceito de dirimir litígios. (p.21)

Para iniciar é importante ressaltar a diferenciação entre Estado e governo. Nesse trabalho consideremos Estado como o “conjunto de instituições permanentes – como órgãos legislativos, tribunais, exército e outras que não formam um bloco monolítico necessariamente – que possibilitam a ação do governo” (HÖFLING, 2001, p.31) e governo como o “conjunto de programas e projetos que parte da sociedade propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período” (HÖFLING, 2001, p.31).

O exercício de controle sobre um território definido por um grupo é uma característica aparentemente compartilhada de Estado. Cada Estado representa um ou outro sistema de ordem, além de normas de direito reconhecido pelos membros do grupo (súditos) e governo sendo esse grupo, de corpos organizados e interesses dispersos, que lhe limita o poder (GREAVES, 1969).

O Estado também é aquele que muitas vezes promove o bem-estar (nem sempre de forma igual e para todos), é o principal expoente das tradições da comunidade e utiliza da força física para manter a observância da ordem e precisa persuadir seus membros que ele persegue o bem-estar como se fosse o seu próprio, como explica Greaves (1969, p.24-25):

O Estado necessita de órgãos que elaborem normas e as interpretem. Evidentemente, é necessário também que o Estado possa empregar a força física como meio para assegurar sua observância. [...] A ordem é apenas pré-requisito para a concretização de fins que os membros da associação mantêm em comum e para cuja realização o Estado pode constituir-se em instrumento. [...]. Uma interpretação mais ampla e verdadeira do Estado [...] nos apresentaria uma organização cooperativa voltada para a promoção do bem-estar dos seus membros. [...]. Desenvolveu costumes e meios de executar suas funções.

Além da força física, o Estado utiliza-se da força jurídica para garantir a manutenção do território e sua organização político-administrativa, mas mesmo assim, nos Estados modernos, é consultado a população sobre alterações que acontecem em seu interior sendo o poder hierarquizado em Estados maiores como a União até outros menores como os municípios, mas mesmo apesar dessa hierarquia os membros do Estado são os mesmos: Governo e Súditos.

Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. [...]  
 § 2º Os Territórios Federais integram a União, e sua criação, transformação em Estado ou reintegração ao Estado de origem serão reguladas em lei complementar.  
 § 3º Os Estados podem incorporar-se entre si, subdividir-se ou desmembrar-se para se anexarem a outros, ou formarem novos Estados ou Territórios Federais, **mediante aprovação da população diretamente interessada**, através de plebiscito, e do Congresso Nacional, por lei complementar (BRASIL, 1988, grifo nosso).

O Estado por meio da Constituição fornece direitos e deveres para a população. No caso do Brasil, pode-se citar os direitos sociais básicos que estão no artigo sexto que são “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Diversos países das Américas fizeram reformas no setor de saúde a fim de melhorar a qualidade de vida dos seus habitantes desde a década de 1990 e muitos foram as dificuldades enfrentadas como aponta Mercadante (org.) (2002, p.298):

A maioria dos países das Américas expressou, em seus princípios de reforma do setor da saúde, a necessidade de alcançar a equidade de acesso a serviços, melhorando a qualidade e a eficiência dentro de um marco de sustentabilidade econômica e participação social. Apesar disso, em geral, os resultados do monitoramento dos processos de reforma na região mostram que não existe evidência na redução de desigualdades; que são escassos os avanços na efetividade e eficiência dos modelos de saúde; e em alguns países existe uma alta dependência financeira para a sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo incipientes os processos de participação social. Também identificou-se um alto grau de deterioração da força de trabalho em saúde, em quantidade e qualidade, que afeta os serviços médicos clínicos e, em especial, a saúde pública.

Na década de 1990, o governo fez reformas na saúde direcionadas para a atenção médica individual, à redução dos déficits financeiros e aos processos de regulação/desregulação para a abertura de mercados de seguro.

Atualmente, o Brasil passa por um período de forte exigência – de determinada classe social – de Estado mínimo bastante ligada às teorias políticas liberais quando o Estado deve garantir – unicamente – os direitos individuais sem interferência na vida pública, principalmente na esfera econômica. Direitos individuais como propriedade privada, direito à vida, à liberdade e aos bens necessários para se alcançar ambas. “Na medida em que o Estado, no capitalismo, não institui, não concede a propriedade privada, não tem poder para interferir nela (HÖFLING, 2001, p. 36). Tem também a função de arbitrar conflitos civis (re)estabelecendo as relações de classe entre proprietários e trabalhadores (HÖFLING, 2001).

No livro *Capital*, Marx (2013), relatando o cotidiano da vida dos trabalhadores antes e depois da lei fabril inglesa de 1833 que reduziria compulsoriamente a jornada de trabalho, afirma que as pretensões do capital, em seu estado embrionário, não apenas assegurada mediante a simples força das condições econômicas, mas também com o poder do Estado, permite absorver um quantum suficiente de mais-trabalho cada vez maior, até chegar na sua idade adulta, que tem que “rosnando e resistindo” após as leis fabris, “conviver” com a limitação do tempo de trabalho que, na segunda metade do século XIX, aqui e acolá, é imposta pelo Estado.

A jornada de trabalho e a saúde estão interligadas para a manutenção da qualidade de vida com saúde. Marx (1996a, p. 383), em suas notas, mostra a discussão – na época – sobre a saúde na vida dos trabalhadores, incluindo as crianças que vendiam sua “força de trabalho”

Embora a saúde da população seja um elemento tão importante do capital nacional, receamos ter de confessar que os capitalistas não se sentem inclinados a conservar e zelar por esse tesouro e dar-lhe valor. (...) A consideração pela saúde dos trabalhadores foi imposta aos fabricantes." (*Times*, 5 de novembro de 1861.) “Os homens de West Riding tornaram-se os produtores de tecidos da humanidade (...) a saúde dos trabalhadores foi sacrificada, e a *race* teria degenerado dentro de algumas gerações, mas ocorreu uma



reação. As horas de trabalho das crianças foram limitadas etc.” (*Twenty-second Annual Report of the Registrar-General*, 1861).

O estabelecimento de uma jornada de trabalho é uma conquista das classes trabalhadoras durante anos, seja na Inglaterra do século XVIII e XIX, ou no Brasil do século XX até os dias atuais, ou seja, é o resultado de uma luta multissecular entre capitalista e trabalhador, muitas vezes com interferências do Estado entre essas duas classes e seu resultado gera um efeito sem precedentes nos determinantes sociais de saúde dos trabalhadores.

Dessa forma, pode-se citar os anos que vieram a partir de 1970, quando as teses neoliberais que retomam as teses clássicas do liberalismo são voltadas contra às teses de Keynes (1883-1946) - que inspiraram o Estado de Bem-Estar Social - ganharam força e visibilidade devido à crise do capitalismo da década de 1970 e defendem “as liberdades individuais, criticam a intervenção estatal e elogiam as virtudes reguladoras do mercado” (HÖFLING, 2001, p. 36), ou o velho conhecido “menos Estado e mais mercado”.

De acordo com Passos e Guedes (2015) no final de 2005 houve uma insatisfação com o cenário macroeconômico brasileiro o que incitou a discussão da visão neoliberal e da visão desenvolvimentista sendo esse debate responsável por uma inflexão na política econômica no segundo governo do Lula (2007-2010) gerando bons resultados macroeconômicos em termos de crescimento de PIB, no fortalecimento de empresas nacionais privadas e estatais e na distribuição de renda e redução da pobreza.

Nesse período no intuito de gerar crescimento e aumentar o potencial produtivo do país, foram realizadas, além da retomada do Estado no planejamento: “medidas temporárias de estímulo fiscal e monetário; aumento das transferências de renda e do valor do salário mínimo como promotores da aceleração do desenvolvimento social; elevação dos investimentos públicos” (PASSOS; GUEDES, 2015, p.28) e “adoção de medidas voltadas à ampliação do crédito ao consumo e ao mutuário e medidas anticíclicas de combate à crise internacional a partir de 2009” (TEIXEIRA; PINTO, 2012, p. 923).

Para Singer (2009) apud Teixeira e Pinto (2012), o tripé que foi formado pelo Programa Bolsa Família junto com o aumento do salário mínimo e da expansão do crédito, que gerou redução da miséria, foi articulado com valores de direita como a manutenção da ordem e do combate à inflação com valores de esquerda que são as políticas de distribuição de renda.

Segundo Passos e Guedes (2015, p. 33-34) o governo Lula construiu um modelo em que o “social é economicamente orientado e o econômico é socialmente orientado” possibilitando crescimento com avanços sociais. Suas principais ações sociais foram:

Inicialmente Programa Fome Zero, logo substituído pelo Programa Bolsa Família; ampliação do Programa Nacional da Agricultura Familiar (Pronaf); criação do Programa de Aquisição de Alimentos e do Seguro da Agricultura Familiar; aprovação da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); instituição do Sistema Único da Segurança Alimentar e Nutricional (Susan); lançamento do Plano Nacional de Saúde e fortalecimento do Programa de Saúde da Família; a criação do Programa Farmácia Popular; reestruturação da atenção de urgência e emergência (Samu); lançamento do Programa Brasil Sorridente; no campo da habitação, como medida anticíclica, lançamento de um novo programa, denominado “Minha Casa, Minha Vida” (PASSOS; GUEDES, 2015, p.29).

Os principais programas sociais do governo Dilma foram: o Mais Médicos, que foi o principal programa voltado para a saúde no seu governo e teve um orçamento de cerca de R\$ 3 bilhões em 2015, visando entre outros a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e levar mais médicos para regiões em que há escassez ou ausência de profissionais; o programa habitacional, Minha Casa Minha Vida; na educação teve o Pronatec que é destinado para estudantes de cursos técnicos além do Ciências Sem Fronteiras que teve seus auge e também seu declínio no final do segundo governo de Dilma Rousseff; o Brasil Carinhoso, que é voltado para a primeira infância, no qual o principal objetivo é expandir a quantidade de matrículas de crianças entre 0 e 48 meses, cujas famílias sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em creches públicas ou conveniadas.

Para Carleial (2015) dos anos de 2003 a 2012, do ponto de vista social, houve diversos avanços como a redução da taxa de pobreza em 61,8% acompanhada de uma redução de 17,8% no Gini. “A miséria foi extinta e o Programa Bolsa Família, que atinge 13,8 milhões de famílias, exige a permanência das crianças pobres na escola e o acompanhamento das condições de saúde” (p. 205).

## **2.2 Desenvolvimento Econômico, Indicadores e Participação Popular**

### **2.2.1 Desenvolvimento Econômico**

Sandroni (1999) no seu Novíssimo Dicionário de Economia, define desenvolvimento econômico como um crescimento econômico, ou aumento do Produto Nacional Bruto *per capita*, acompanhado pela melhoria na qualidade do padrão de vida da população e de alterações fundamentais na estrutura da economia. Além disso, o desenvolvimento também é influenciado

por características próprias dos países como situação geográfica, passado histórico, população, cultura, extensão territorial e recursos naturais.

É necessário diferenciar crescimento de desenvolvimento econômico, pois, por exemplo, a elevação de um não implica necessariamente a alavancada do outro. Enquanto crescimento econômico é medido somente com o uso de indicadores de quantidades como o produto agregado (PIB agregado, renda agregada), o desenvolvimento econômico implica mais do que apenas crescimento econômico ou acumulação de capital (LEMOS, 2008).

O grau de desenvolvimento dos países é medido pela Organização das Nações Unidas (ONU) por intermédio de alguns indicadores a saber: índice de mortalidade infantil, expectativa de vida média, grau de dependência econômica externa, nível de industrialização, potencial científico e tecnológico, grau de alfabetização, instrução e condições sanitárias (SANDRONI, 1999).

Costa Pinto (1970) em seu livro “Desenvolvimento Econômico e Transição Social” parte do estudo do desenvolvimento econômico com três tipos de atitude mental em relação aos processos de transição social que são a ‘vivência da transição’ que envolve e interessa todos os indivíduos de uma sociedade mesmo aqueles que não se interessam por ele quando “veem o seu cotidiano decorrer numa sociedade cujos padrões anteriores se desintegram como condição de integração de novos padrões de organização social” (COSTA PINTO, 1970, p. 10). Vale ressaltar que para alguns membros de determinada sociedade a vivência da transição é meramente passiva, construindo-se a história, mas não participando ativamente em seu fluxo e outra parte ainda menor toma consciência do seu fluxo.

A segunda atitude mental citada pelo autor é a consciência da transição. Essa é resultado da própria vivência que se exprime na aspiração dos grupos envolvidos no processo que a partir dos seus interesses determinam o seu ritmo. Essa atitude mental não é apenas um resultado da acumulação quantitativa de vivências, mas sim “uma mudança qualitativa de atitudes, manifestando-se, em sua forma mais ativa, na consciência política da transição em processo, assumida não apenas pelos políticos, mas pelo homem comum” (COSTA PINTO, 1970, p. 10).

Por último e não menos importante, tem-se a atitude mental mais intelectualmente elaborada que vem por meio da ciência, que nesse caso pode-se chamar de ciência do desenvolvimento. Vale ressaltar que nem toda tomada de consciência de um processo social e histórico é científica, muito menos, é essa uma condição absolutamente indispensável para que seja legítima e respeitável. O estudo científico dos processos da transição social e de seus problemas

pode interessar aqueles que possuem a vivência e deve, seguramente, interessar aqueles que tomam consciência (COSTA PINTO, 1970).

A consciência da transição só pode ser evitada parando a história. Antes dos processos de transição terem início, as estruturas tradicionais, não detinham padrões e organização social existente. Pode-se dizer que a tomada de consciência natural e a intencional tem um papel fundamental no surgimento do desenvolvimento propriamente dito. (COSTA PINTO, 1970).

Para Marx (2013), o capital não teria nenhuma consideração pela saúde e duração de vida do trabalhador, a não ser quando é coagido pela sociedade a ter consideração, ou seja, quando a participação social das mais diversas formas, os sindicatos e outras forças que partem do trabalhador, se torna força motriz para a transformação social. “À queixa sobre degradação física e mental, morte prematura, tortura do sobre-trabalho, ele (**o capitalista**) responde: Deve esse tormento atormentar-nos, já que ele aumenta o nosso gozo (o lucro)?” (MARX, 1996a, p. 383, grifo nosso). Para o filósofo alemão, a própria estrutura do capitalismo individual e da livre-concorrência impõe a cada capitalista individualmente, as leis imanentes da produção no capitalismo que faz com que os capitalistas entrem em confronto entre o desejo do lucro e a qualidade de vida e trabalho dos trabalhadores.

Para Sachs (2008) o desenvolvimento econômico é uma atividade que deve estar ligada ao empoderamento dos agentes sociais e deve-se respeitar as diversidades sociais e culturais das regiões como afirma em:

A enorme diversidade das configurações socioeconômicas e culturais, bem como das dotações de recursos que prevalecem em diferentes micro e mesorregiões, excluem a aplicação generalizada de estratégias uniformes de desenvolvimento. Para serem eficazes, estas estratégias devem dar respostas aos problemas mais pungentes e às aspirações de cada comunidade, superar os gargalos que obstruem a utilização de recursos potenciais e ociosos e liberar as energias sociais e a imaginação. Para tanto deve-se garantir a participação de todos os atores envolvidos (trabalhadores, empregadores, o Estado e a sociedade civil organizada) no processo de desenvolvimento (SACHS, 2008, p.61).

Assim é possível inferir que Sachs (2008) tem uma visão de população que constrói a história, ou seja, uma população que tem consciência da transição.

O desenvolvimento quando estudado apenas com indicadores tradicionais como IDH, PIB *per capita* e outros, pode ocultar fatores importantes para a formulação de políticas. Um exemplo disso pode ser visto no trabalho de Amartya Sen, Desenvolvimento como liberdade, em que ele explica o caso de mortalidade para as mulheres.

### 2.2.2 Modelo de Indicador Social de Saúde

De acordo com Seers (1979, p.2) “o desenvolvimento é inevitavelmente um conceito normativo, quase um sinônimo de melhoria”. Estudando os indicadores pode-se averiguar como andam as políticas adotados (como o número de profissionais de saúde *per capita*) pelas organizações sobre a melhoria de vida das populações de diversos países no que diz respeito ao econômico, político e social.

Na tabela 2, pode-se ver um exemplo de indicador social. Esse indicador é o número de médicos por mil habitantes nos estados da região nordeste do Brasil. De acordo com o sítio do RIPSAs esse indicador pode ser usado para:

- Analisar variações geográficas e temporais na distribuição de profissionais de saúde, identificando situações de desequilíbrio;
- Subsidiar políticas de incentivo à interiorização de profissionais de saúde; e
- Contribuir nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a formação de profissionais de saúde e sua inserção no mercado de trabalho.

Tabela 2: Número de médicos por 1.000 habitantes por Unidade da Federação – Região Nordeste – 2003 – 2010

<b>Unidade da Federação</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Total</b>
<b>Maranhão</b>	0,49	0,53	0,56	0,58	0,59	0,62	0,64	0,53	0,57
<b>Piauí</b>	0,67	0,72	0,78	0,81	0,84	0,85	0,92	0,93	0,82
<b>Ceará</b>	0,78	0,89	0,9	0,93	0,95	0,98	1,05	1,06	0,95
<b>Rio Grande do Norte</b>	1	1,13	1,18	1,2	1,21	1,25	1,32	1,23	1,19
<b>Paraíba</b>	1,01	1,1	1,14	1,14	1,17	1,2	1,27	1,19	1,15
<b>Pernambuco</b>	1,17	1,25	1,3	1,31	1,33	1,36	1,41	1,37	1,32
<b>Alagoas</b>	1	1,1	1,14	1,14	1,16	1,14	1,18	1,17	1,13
<b>Sergipe</b>	0,93	1,07	1,13	1,18	1,2	1,28	1,36	1,3	1,18
<b>Bahia</b>	0,92	0,91	0,97	1	1,02	1,04	1,1	1,12	1,01
<b>Total</b>	0,89	0,95	0,99	1,02	1,03	1,06	1,12	1,09	1,02

Fonte: DATASUS. Elaborado pelo autor.

O cálculo é feito pelo Ministério da Saúde/CGRH-SUS com informações do Sistema de Informação de Recursos Humanos - SIRH (a partir dos registros administrativos dos conselhos

profissionais) e base demográfica do IBGE. Seu método de cálculo é simples: (Número de profissionais residentes, da categoria de saúde específica/População total residente).

Como pode-se observar, por exemplo, o número de médicos por mil habitantes no estado do Ceará está abaixo do total da região Nordeste muito embora a evolução durante este período de tempo no Ceará tenha sido mais positiva do que a totalidade da região.

Para Siedenberg (2003), um indicador expressa parcialmente determinado aspecto de uma região, um país, classe social; ele é somente uma espécie de representante de um determinado aspecto de uma realidade bem mais complexa. É uma unidade de medida parcial, substitutiva. Por exemplo, o indicador esperança de vida ao nascer indica (diretamente) apenas a esperança média de vida de uma pessoa em determinado momento, porém indica (indiretamente) também a situação de saúde e dos meios de vida de toda uma população.

Um indicador como o acesso de crianças do sexo feminino e masculino na escola pode mostrar diversos aspectos como a dificuldade de o governo oferecer vagas suficientes para todos ou o difícil deslocamento dessas crianças de suas casas à escola. Também pode mostrar aspectos religiosos e culturais que impedem a maioria das garotas, (por exemplo, na África Subsaariana, no Oriente médio ou em parte da Ásia), a terem a garantia de estudarem e se desenvolverem intelectualmente e profissionalmente, acarretando na maioria das vezes a liberdade financeira das mulheres em relação aos seus maridos ou familiares, e reforçando a afirmação de Sen (2000, p.61) em relação “a influência da educação básica – em especial da alfabetização e escolaridade das mulheres – sobre o comportamento das taxas de fecundidade”.

Na tabela 3, pode-se ver a porcentagem de crianças do sexo feminino e masculino que não frequentam a escola em alguns países da América Latina. O indicador de crianças fora da escola permite comparar países com diferentes tamanhos populacionais mostrando a participação das crianças com idade de estarem na escola primária que nunca frequentaram a escola ou abandonaram a mesma. Os dados são recolhidos pelo Instituto de Estatística da UNESCO a partir de respostas oficiais à pesquisa anual de educação.

No Brasil, a taxa de meninas que nunca frequentaram ou abandonaram a escola caiu nos últimos anos saindo de 6,49% em 2004 para 4,75% em 2014. E a taxa dos meninos aumentou com o tempo, passando de 2,43% em 2004 para 5,79% em 2014, tornando-se, assim, maior que a taxa das crianças do sexo feminino. Comparado com a taxa dos outros países, o Brasil fica numa

posição mediana, mas muito elevado comparado com Argentina que não chega nem a 1% para ambos os sexos e México que também possui taxa menor que o Brasil.

Tabela 3 – Crianças fora da escola (% na idade do ensino primário) – Países selecionados – 2004-2005, 2007-2009, 2011-2014

País	Gênero	2004	2005	2007	2008	2009	2011	2012	2013	2014
<b>Brasil</b>	Menina	6,49	2,74	6,29	2,10	2,47	4,60	2,45	6,09	4,75
	Menino	2,43	5,06	8,68	0,85	4,30	4,02	6,36	6,35	5,79
<b>Argentina</b>	Menina	1,40	1,11	0,64	0,84	0,86	1,52	1,49	1,16	0,53
	Menino	0,22	0,21	0,22	0,29	0,28	0,22	0,16	0,15	0,13
<b>Bolivia</b>	Menina	2,92	2,96	3,31	5,15	2,24	6,86	10,43	6,30	11,45
	Menino	3,23	3,11	3,34	4,92	1,82	6,58	9,83	9,94	10,07
<b>Chile</b>	Menina	...	...	2,94	3,48	5,63	6,46	6,97	7,52	6,99
	Menino	...	...	1,79	2,17	4,90	6,12	6,74	7,45	6,86
<b>Colombia</b>	Menina	2,38	2,31	3,79	3,63	3,20	2,77	5,69	6,82	7,53
	Menino	3,23	2,77	4,63	3,79	3,10	2,60	5,62	7,02	7,94
<b>Cuba</b>	Menina	5,12	4,94	2,79	1,83	...	1,06	2,62	3,37	6,39
	Menino	4,71	5,06	2,38	1,82	...	1,58	3,28	3,77	7,11
<b>Mexico</b>	Menina	2,25	3,60	4,91	5,03	4,36	2,58	1,96	2,03	1,85
	Menino	2,97	4,14	5,35	5,36	4,79	3,34	2,80	2,97	2,94
<b>Paraguay</b>	Menina	4,80	4,20	7,77	9,40	10,33	10,38	10,95	...	...
	Menino	5,37	4,93	8,17	9,52	10,59	10,23	10,66	...	...
<b>Peru</b>	Menina	0,13	0,13	0,16	0,15	0,16	0,83	6,93	4,07	4,29
	Menino	1,60	1,94	2,03	2,24	2,04	1,99	6,95	4,37	5,08
<b>Uruguay</b>	Menina	...	2,55	1,84	0,94	0,86	...	...	0,60	5,54
	Menino	...	2,33	1,97	0,55	0,26	...	...	0,42	5,45

Fonte: Worldbank. Elaborado pelo autor.

Um exemplo (uma realidade) da dificuldade relatada por Amartya Sen das mulheres frequentarem a escola em diversas partes do mundo é a história da jovem paquistanesa, Malala Yousafzai, que junto com diversas outras garotas foram impedidas de ir à escola pelo regime talibã. Em sua biografia, Yousafzai (2013, p. 105, grifo nosso) relata o medo que tinha de frequentar as aulas:

No meu caminho da escola para casa, ouvi um homem dizendo “Eu vou matar você”. Apresssei meu passo e depois de alguns instantes virei para ver se o homem estava vindo atrás de mim. Para o meu alívio absoluto, ele estava falando ao celular e devia estar ameaçando outra pessoa por telefone.

...

Tive um sonho terrível ontem com helicópteros militares e o Talibã. Tenho tido sonhos horríveis desde o início das operações militares no Swat. Minha mãe preparou meu café da manhã e fui para a escola. Tive medo de ir porque **o Talibã havia lançado um decreto**

**proibindo meninas de frequentarem escolas.** Somente 11 de 27 alunos foram à aula. O número foi diminuindo por causa do decreto talibã.

Sen (2000, p.32-33) afirmou que “a privação da liberdade pode surgir em razão de processos inadequados (como violação do direito ao voto ou de outros direitos políticos ou civis) ...” e ressaltou ainda que “ter mais liberdades para fazer as coisas que são justamente valorizadas é (1) importante por si mesmo para a liberdade global da pessoa e (2) importante porque favorece a oportunidade de a pessoa ter resultados valiosos”. Um exemplo disso é a participação popular no planejamento de sua comunidade, cidade ou estado mediante a construção do Plano Plurianual.

### ***2.2.3 Participação Popular***

A participação social é uma dificuldade de muitos governos, principalmente, porque implica uma mudança na relação de poder entre Estado e ‘súditos’ que foram historicamente excluídos ou marginalizados do poder decisório. É preciso transferir poder para as comunidades, pois ambos podem ganhar com essa atitude como beneficiar os líderes políticos que desejam implementar reformas.

Para Souza et al (2013, p.6) a participação social é, simultaneamente, um fim em si mesmo, pois “contribui para promover a autonomia e a capacidade das pessoas de decidirem sobre suas próprias vidas, mas é também um elemento-chave para fazer com que as políticas e as ações atendam, objetivamente, às necessidades das pessoas e das comunidades” devendo o governo, disponibilizar as ferramentas necessárias para o fortalecimento da capacidade de participação dos cidadãos.

Na figura 1, exemplifica-se como a cultura da participação na formulação de políticas é criada entre a sociedade civil e as comunidades, de um lado, e de outro os governos. A cultura da participação consiste de quatro componentes: “as estruturas e espaços que permitem que a participação se dê, os recursos dos quais as partes dispõem para promover sua participação, o conhecimento necessário para participarem do impacto de políticas e práticas anteriores na participação” (OMS, 2011, p. 19). Por meio desses quatro componentes é possível conhecer a cultura e o contexto que as influenciam.



Figura 1: Dimensões do contexto e recursos que influenciam a participação social.



Fonte: OMS, 2011, p.18

Para Sen (2000) quando analisadas a renda do país e a renda per capita, deve-se ter cuidado com alguns indicadores que podem não possuir uma relação direta com esse critério de desenvolvimento como o caso das “mulheres faltantes” que é um resultante das taxas de mortalidade elevadas de forma incomum para as mulheres de determinadas faixas etárias em algumas sociedades que deve ser analisado conforme informações e estudos demográficos, médicos e sociais, e não com base nas baixas rendas, observando-se que algumas vezes a renda revela poucas informações sobre o fenômeno da desigualdade entre os sexos.

Schüttz (2012, p. 211-212) em seu trabalho “Liberdades Políticas e Necessidades Econômicas em Amartya Sen” complementa que:

Para Sen, as limitações reais de uma visão tradicional sobre o desenvolvimento e a satisfação das necessidades humanas não surgem a partir da escolha de determinados meios para o crescimento econômico, mas no reconhecimento insuficiente de que o progresso econômico não é mais que um meio para outros objetivos. Em outras palavras, a deficiência mais importante do enfoque do desenvolvimento econômico (independente da orientação teórica) é a concentração sobre o rendimento do produto nacional bruto (PNB), em vez dos direitos da pessoa humana e os recursos que esses direitos geram.

Dessa forma, é necessário avaliar outros indicadores sociais para conhecer como anda o desenvolvimento socioeconômico brasileiro. Indicadores como nível de escolaridade das mulheres, nível de saneamento ambiental, acesso a água potável, número de médicos por habitante, gastos do governo com saúde e infraestrutura entre outros.

Vale salientar que a utilização de novos indicadores sociais (não-tradicionais) não significa que os indicadores tradicionais devem ser esquecidos ou menos usados, mas sim usados de forma que possam se complementar.

De acordo com Oliveira, Manso e Assis (2014) o Nordeste (-56,4%) apresentou uma maior redução da pobreza entre o período de 2002 a 2012 comparado ao estado do Ceará (-55,6%) e ambos ficaram atrás do Brasil (-60,3%) o que amplia a concentração de pobres na região Nordeste e Ceará dado que a redução foi menor onde há maior número de pobres. Foi com a expansão dos programas de transferência de renda que houve uma aceleração na taxa de redução da pobreza.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 59,6% dos domicílios particulares permanentes estavam cadastrados no programa Unidade de Saúde da Família. Em 2014, o percentual de domicílios com conhecimento da existência do Cadastro Único para programas sociais do governo federal era de 94,4%. No capítulo 4 serão apresentados esses e outros indicadores com maiores detalhes.

### **2.3 Políticas Públicas Sociais e Saúde**

As políticas públicas sociais são um dos principais instrumentos da ação do Estado e focaliza várias áreas como saúde, educação, previdência, habitação, saneamento, porém, dois questionamentos se impõem. O primeiro é se o Estado possui a legitimidade suficiente para produzir efeitos no processo de políticas públicas. Com um mundo mais globalizado os agentes do mercado estão cada vez mais potentes politicamente e a sociedade civil possui diversidade na sua agenda e quantidade de atores relevantes (SANTOS, 2009).

O segundo questionamento é a relação entre os agentes estatais com os não-estatais (mercado, sociedade civil e outros). Nas últimas décadas houve uma transferência dos ativos controlados pelo Estado para as mãos da iniciativa privada. Além de causar uma redução na capacidade de intervenção do Estado gera uma tensão entre as principais esferas da sociedade. Devido a isso o Estado acaba sofrendo pressão externa, pois no capitalismo a capacidade de formular e implementar não andam sempre juntas. De um lado, os governantes podem encontrar obstáculos na implementação de políticas, visto que, a propriedade privada do capital implica que o Estado não comanda sozinho o investimento e por outro lado se ele possui capacidade de intervir os agentes econômicos exigirão participação, pois serão afetados diretamente (SANTOS, 2009).

“Nesse sentido, quanto maior a capacidade do Estado de implementar suas preferências, menor tende a ser sua capacidade de formular políticas de forma independente” (SANTOS, 2009, p.6), pois os detentores de capital se tornam um empecilho para o desenvolvimento do Estado como protetor social.

No Brasil vem se consolidando a participação dos atores sociais como atores políticos relevantes. Para Santos (2009, p.6) “Os atores governamentais estão expostos cada vez mais a variadas frentes de negociação quando se trata de executar aquilo que, [...], constitui um dos principais resultados de sua ação, que são precisamente as políticas públicas” que são entendidas nesse trabalho como o Estado em ação, ou seja, “é o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade” (HÖFLING, 2001, p. 31). Já políticas sociais ganham outra interpretação, como afirma Höfling (2001, p. 31):

E políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais.

Existem diversos questionamentos que podem ser feitos para conhecer como se originam, ou de onde parte, o interesse do Estado capitalista nas políticas sociais. Como serviços que “podem” – não entraremos no julgamento de qual/quais serviço(s) pode ou não ser oferecido pelo Estado – ser ofertados pelo mercado, mas são desenvolvidos pelo governo em diversos momentos da história – inclusive a saúde – do capitalismo. De acordo com Höfling (2001, p. 33)

No desenvolvimento do processo de acumulação capitalista – e nas crises do capitalismo – as formas de utilização tradicionais da força de trabalho se deterioram, são até mesmo destruídas, escapando à competência dos próprios indivíduos a decisão quanto à sua utilização. Relacionado a isto, funções tradicionalmente não sujeitas ao controle estatal e circunscritas às esferas privadas da sociedade [...] passam a ser desempenhadas pelo Estado.

Pode-se dizer que o sistema capitalista de produção gera problemas estruturais na reprodução permanente da força de trabalho e por isso o Estado por meio de políticas sociais “responde” a esses problemas assegurando as condições materiais de reprodução da força de trabalho podendo essa ser as funções últimas das políticas (Höfling, 2001). Dessa forma o Estado capitalista moderno “cuidaria não só de qualificar permanentemente a mão-de-obra para o mercado, como também, através de tal política e programas sociais, procuraria manter sob controle

parcelas da população não inseridas no processo produtivo” (HÖFLING, 2001, p. 33), “remendando” as deficiências do modo de produção capitalista.

Como exemplo de como esse Estado capitalista moderno agiria na economia a partir de políticas sociais pode-se pegar o exemplo que Marx (1996b) cita no livro 2 do Capital, em que as novas operárias da máquina de costura movida com o pé e a mão, que ficavam horas sentadas ou em pé de acordo com o peso, o tamanho e a especialidade da máquina, exigindo, assim muita força de trabalho. “Sua ocupação torna-se nociva à saúde, devido à duração do processo, embora esta seja na maioria das vezes menor do que no velho sistema. Onde quer que a máquina de costura se abrigue, [...], em oficinas já por si acanhadas e superlotadas, multiplica as influências nocivas à saúde” (MARX, 1996b, p. 102). O Estado capitalista moderno garantiria a qualidade de vida no trabalho mesmo que isso vá contra vontade do capitalista? Ampliaria ou reduziria os direitos sociais conseguidos durante anos pela classe trabalhadora?

A Constituição de 1988 assegura que a população brasileira tenha acesso à saúde como um direito básico por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que é um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que “integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizado de conformidade com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade” (IPECE, 2012, p. 129), construindo um sistema de saúde além do período de doença, mas principalmente preventiva.

O estado do Ceará pode ser um recorte das políticas e resultados da região nordeste. De acordo com Ipece (2012, p. 129), nas duas últimas décadas o sistema de consolidou como uma política de inclusão social voltada para as necessidades da população e na “descentralização das responsabilidades, atribuições e recursos” para os entes da federação.

O SUS no Ceará destaca-se pela adoção de ações públicas inovadoras para a saúde, tendo incorporado à sua agenda da saúde, nos últimos anos, a implantação dos programas Agentes Comunitários de Saúde - ACS e Saúde da Família; a regionalização da saúde, com a organização de 22 regiões de saúde agregadas em quatro macrorregiões de saúde; a descentralização das ações e serviços para os 184 municípios, que fizeram adesão ao Pacto pela Saúde, assumindo a gestão da atenção primária e especializada; a utilização de instrumentos de planejamento e gestão: planos de saúde, programação pactuada e integrada, relatório da gestão e os complexos reguladores (IPECE, 2012, p.129).

Muitos foram os resultados obtidos desta política no qual pode-se citar a redução da mortalidade infantil, o aumento da cobertura de serviços básicos de saúde e de serviços especializados nas regiões de saúde, a redução dos agravos transmissíveis, bem como o aumento do aleitamento materno e das coberturas vacinais, entre outros (IPECE, 2012).

De acordo com Ipece (2012, p. 129), apesar de avanços e conquistas, ainda se identifica agravamentos na saúde da população cearense como o crescimento de doenças não transmissíveis, tais como: “moléstias do aparelho circulatório, câncer e causas externas; o crescimento relativo proporcional da mortalidade neonatal e a elevada proporção da mortalidade materna por causas evitáveis”. O aumento no agravamento dessas doenças pode ser causa de ausência de políticas públicas ou resultado insatisfatório de políticas mal implementadas.

As políticas de saúde devem ser acompanhadas de outras políticas para terem um real efeito na vida das pessoas adentrando, assim, nos determinantes sociais da saúde:

A garantia do direito à saúde da população não é assegurada apenas pela execução das ações e serviços de saúde. **Outras políticas públicas, como educação, emprego, moradia e lazer são determinantes do nível de saúde.** Esta afirmação leva a compreender por que os avanços institucionais do setor saúde, nem sempre, correspondem a uma mudança no padrão de saúde da população (IPECE, 2012, p. 130, grifo nosso).

Na economia política do capital, as políticas de seguridade social resultam das lutas e conquistas da classe trabalhadora e são concebidas na arena de conflitos geradas pelo capitalismo. A garantia dos direitos sociais e das políticas sociais contribuem para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho mesmo que muitas vezes isso possa alterar estruturalmente o capitalismo e gerar uma acirrada crítica às conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, com destaque para a concepção de Seguridade Social (SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE, 2010).

### **3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E SUAS INIQUIDADES**

#### **3.1 O que é Saúde?**

Antes de elaborar uma política é indispensável compreender o que a saúde significa dentro de uma sociedade. Além disso, é necessário pensar e repensar como uma política de educação, alimentação ou econômica pode estar em conjunto com as políticas públicas de saúde, pois sem uma interligação a saúde jamais será um objetivo conquistado. (BADZIAK, MOURA, 2010)

Com o estudo sobre saúde percebe-se que a mesma não é um conceito estático e pode ter diversas interpretações, principalmente, quando nela são inseridos aspectos socioeconômicos e da cultura de quem concebe os mais variados conceitos.

A saúde quando é definida como um direito social contém inevitavelmente aspectos sociais e individuais. Para Badziak e Moura (2010, p. 71), “quando acatada como direito individual,

a saúde tem como fundamento essencial a liberdade. Desta feita, todos os indivíduos podem eleger como interagir com o meio que os circunda, o que irá repercutir em seu estado de saúde ”. Ela como um direito permite que condutas individuais sejam limitadas em benefício do bem-estar de todos.

Segundo o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1947, a saúde é definida como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. ” Esse trabalho usa-se o conceito de saúde física, mental e social que pode abranger do microbiológico e pesquisas em laboratórios ao psicossocial e pesquisas realizadas nas próprias comunidades, ou seja, entende-se saúde na sua totalidade e que pode ser influenciada por diversos fatores sociais.

Além do conceito acima é de suma importância fazer uma diferenciação entre a medicina preventiva e a curativa. A medicina preventiva é aquela que se encarrega de propor medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde tendo a educação e o conhecimento como ferramentas para prevenção de doenças, assim como é a que mais depende dos determinantes sociais de saúde para assegurar a manutenção de uma vida saudável.

A medicina preventiva é quando o conhecimento científico continua a curar, mas, cada vez mais, permite prevenir a doença e melhorar a qualidade de vida. É quando o acesso ao médico não é apenas uma forma de serviço, mas um direito conquistado pelos trabalhadores para viver melhor. É tudo o que se pode fazer em prol da saúde antes de que qualquer doença se instale além de ser mais eficiente e menos custosa.

A medicina curativa ou medicina tradicional tem como objetivo tratar uma doença, após o aparecimento dos sintomas, utilizando na maioria das vezes medicamentos e/ou procedimentos emergenciais, que geram sobrecarga ao organismo.

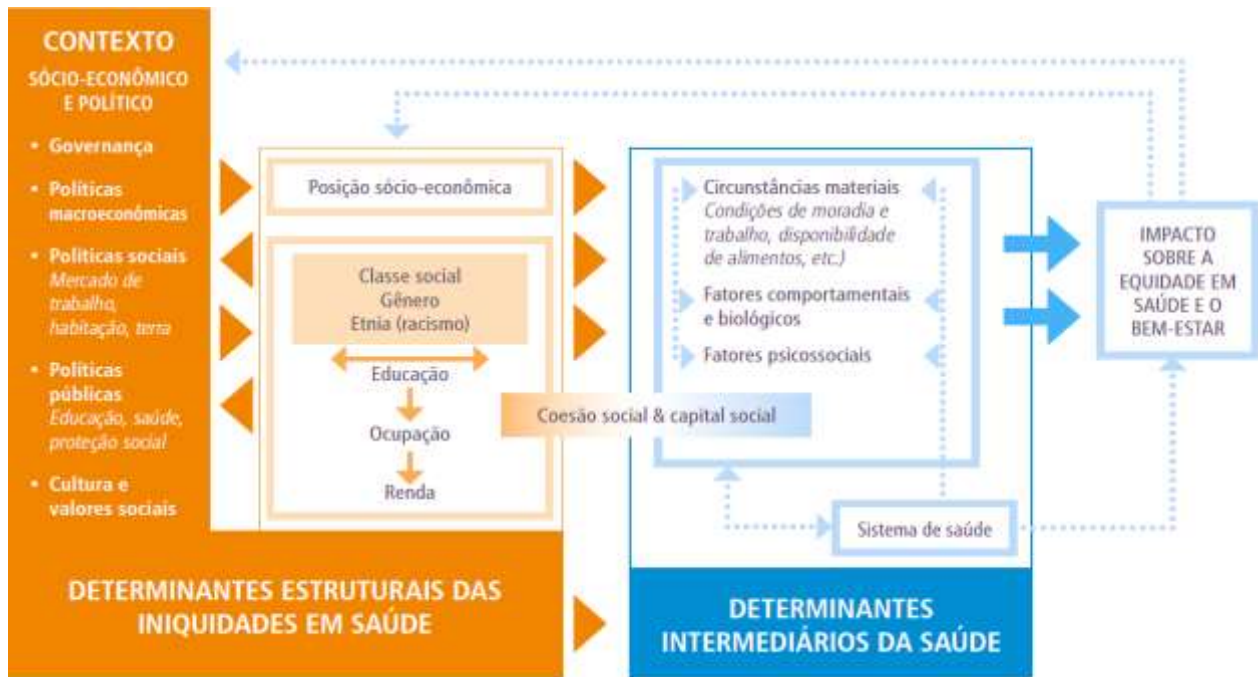
A medicina curativa é usada depois de adquirir doença que muitas vezes foram causadas devido à má qualidade de vida, estresse e influência das iniquidades em saúde. O objetivo dela não é cessar as iniquidades em saúde, mas apenas curar os sintomas sentidos no momento da consulta.

De acordo com a Constituição e a Lei nº 8080, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações curativas e das atividades preventivas.

### 3.2 Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

As iniquidades em saúde só podem ser combatidas se as iniquidades sociais também o forem. A figura 2, mostra a interligação entre os determinantes estruturais das iniquidades em saúde com os determinantes intermediários da saúde.

Figura 2: Marco conceitual dos determinantes sociais de saúde



Fonte: Solar e Irwin apud OMS (2011, p. 7)

Foi a partir do trabalho dos bacteriologistas Koch e Pasteur que nas últimas décadas do século XIX surgiu um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença. Com a criação da primeira escola de saúde pública (proposta pela Fundação Rockefeller) dos Estados Unidos, na Universidade Johns Hopkins, surge um importante debate entre as correntes e concepções sobre a estruturação do estudo da saúde pública. Questões importantes surgiram como estudar a saúde pública tendo como base a microbiologia e a teoria dos germes ou centrar-se nos estudos das condições sociais, econômicas e ambientais na saúde de um indivíduo. E mais: estudar saúde e doença dentro de laboratórios com organismos infectados ou nas casas, fábricas e nos campos no lugar em que as pessoas vivem, conhecendo, assim, as condições de vida e hábitos dos hospedeiros? (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007)

Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 79), “o conflito entre saúde pública e medicina e entre os enfoques biológico e social do processo saúde-doença estiveram no centro do debate sobre a configuração desse novo campo de conhecimento, de prática e de educação” e mais para frente

estendeu-se por todo os Estados Unidos e para o exterior como o apoio que a fundação Rockefeller deu para o estabelecimento de ensino de saúde pública no Brasil da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo.

Em 1984, a Constituição da OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças e/ou enfermidades. Com o sucesso da erradicação da varíola, na década de 50, focaliza-se no combate a doenças específicas com a ampliação de tecnologias de prevenção ou cura. Porém, com o predomínio da saúde como bem privado, na década de 80, deslocasse a atenção para a assistência médica privada e somente uma década depois retorna-se ao debate dos determinantes sociais e em 2005 criasse a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pela OMS (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2008, p.3), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), compreendem “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. [...] São produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana” e para isso é preciso garantir o empoderamento da população, principalmente daqueles que mais são suscetíveis a sofrerem sequelas negativas das iniquidades em saúde.

A principal dificuldade no estudo da relação entre saúde e determinantes sociais está em decifrar os fatores gerais de natureza social, econômica e política que incidem sobre a situação de saúde de uma sociedade. Para Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81) isso ocorre porque “não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde”, pois mesmo sabendo que o volume de riqueza de um país é importante para gerar melhores condições de vida nem todos os países que possuem um PIB total ou PIB *per capita* alto possui um indicador de saúde satisfatório. O desafio é procurar respostas para o seguinte questionamento: “como a estratificação econômico-social consegue ‘entrar’ no corpo humano?” (p.81) e como é possível reverter e/ou até mesmo evitar que essas estratificações permaneçam afetando e ‘entrando’ na vida da sociedade?

Um outro desafio importante é fazer distinção entre os determinantes de saúde que devem ser usados para indivíduos, grupos e populações. Ou seja, os fatores individuais ajudam a identificar indivíduos dentro de um grupo submetidos a um maior risco (desenvolver câncer de pulmão devido ao tabagismo), e outros fatores que medem, por exemplo, a desigualdade de renda



que afeta uma população e países. Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 81) explicam da seguinte forma esse desafio:

[...] em termos conceituais e metodológicos se refere à distinção entre os determinantes de saúde dos indivíduos e os de grupos e populações, pois alguns fatores que são importantes para explicar as diferenças no estado de saúde dos indivíduos não explicam as diferenças entre grupos de uma sociedade ou entre sociedades diversas. [...] não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde no nível da sociedade [...].

Pode-se citar o Japão como um exemplo, pois o país asiático possui uma das maiores expectativas de vida ao nascer e isso não ocorre porque os japoneses não fumam ou não sejam sedentários, mas por ser uma das nações mais igualitárias do mundo. Buss e Pellegrini Filho (2007) apresentam o estudo de Rose e Marmot sobre a causa de morte por doença coronariana dos funcionários públicos ingleses de hierarquias diferentes. Os autores encontram a resposta nos DSS em que os fatores de risco dos funcionários de escalão mais baixos apresentavam 60-65% de risco relacionados aos DSS enquanto apenas 30-35% estavam relacionados ao hábito de fumar, colesterol e outros.

As diferenças de renda influenciam a saúde devido à escassez de recursos dos indivíduos e restrição de infraestrutura nas comunidades como educação, postos de saúde saneamento e até mesmo transporte e habitação de qualidade, muitas vezes decorrentes de deficiências econômicas ou políticas ineficientes ou até mesmo ausência dessas. Essas diferenças são chamadas por Buss e Pellegrini Filho (2007) de “aspectos físico-materiais” causam iniquidades em saúde. Outro aspecto citado pelos autores são os “fatores psicossociais” que tem como base as percepções e experiências que as pessoas de uma sociedade tem sobre as desigualdades sociais provocando estresse e prejuízos na saúde.

Conhecer o porquê de as sociedades mais ricas possuírem os melhores níveis em saúde é um estudo que identifica o desgaste das forças sociais que seriam as relações sociais de solidariedade e confiança entre as pessoas e grupos. Países fracos em laços de coesão social causados pelas iniquidades de renda são os que menos investem nessas forças e em redes de apoio social. Além disso, a promoção da saúde na sociedade moderna vai resgatar, “ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX, [...], para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade” (BUSS, 2000, p.167). Embora sejam proposições do século

XIX elas ainda são atuais e presentes no Brasil e principalmente no Nordeste que apresenta fracos laços de coesão social e baixo investimento social.

### **3.3 Modelos de estudo dos Determinantes Sociais de Saúde**

Existem diversos modelos que estudam e procuram esquematizar os determinantes sociais de saúde. Os modelos que serão analisados serão o modelo de Dahlgren e Whitehead e o modelo de Didericksen e outros.

O *modelo de Dahlgren e Whitehead* dispõe os DSS em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até o lugar em que se situam os macrodeterminantes. O modelo não tem pretensão de explicar detalhadamente a gênese nem as relações e mediações dos diversos níveis das iniquidades. No modelo os indivíduos ficam em sua base, como pode-se ver na figura 3, com suas características de idade, sexo e fatores hereditários. Na camada seguinte aparecem os comportamentos e estilos de vida individuais, observando que os comportamentos embora caracterizados como responsabilidade individual são considerados parte dos DSS pois são condicionados a outros determinantes sociais como acesso a informação, propaganda, possibilidade (de acesso a alimentos saudáveis, educação de qualidade, lazer, etc.) (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; BADZIAK; MOURA, 2010).

Logo em seguida, destaca-se a influência de redes sociais e comunitárias que expressa a coesão social, se é de maior ou menor riqueza. No nível seguinte, estão representadas as condições de vida e de trabalho, produção agrícola e de alimentos, educação, ambiente de trabalho, desemprego, serviços sociais de saúde, que expõe a desvantagem entre grupos e pessoas tornando um grupo mais propício a ter habitação de baixa qualidade, reduzido acesso à saúde básica, educação insuficiente, condições estressantes no trabalho que afetam o convívio familiar e comunitário (chamado de consequências sociais), entre outros. E, por fim, no último nível aparecem as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, ou seja, os macrodeterminantes relacionados as condições econômicas, ambientais e culturais que afetam todas as demais camadas. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 3 - Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 84)

O primeiro nível mencionado está fortemente influenciado pelos DSS devido à dificuldade a mudar comportamentos de risco sem mudar a cultura que influenciam esses comportamentos. Para atuar nesse nível é preciso adotar políticas educativas, de comunicação social, de acesso a alimentos saudáveis, de práticas de esportes em espaços públicos que tenham abrangência populacional para poder, assim, mudar o comportamento individual.

O nível correspondente as comunidades e suas redes de relações realçam, como foi dito, os laços de coesão social que são fundamentais para a proteção da saúde individual e grupal. Nesse nível mostra a importância da troca de ajuda entre as pessoas e suas influências entre os fatores psicológicos e o suporte social positivo na forma de amor, assistência e afeição (RAMOS, 2002). Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 86) citam como exemplo para esse nível políticas que busquem “estabelecer redes de apoio e fortalecer a organização e participação das pessoas e das comunidades, [...], em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar, e para que se constituam em atores sociais e participantes ativos das decisões da vida social”. Como exemplo desse nível, pode-se citar a influência que tem na vida dos idosos a assistência e afeição

da comunidade e como eles podem se sentir melhor e enfrentar mais seguramente os seus problemas

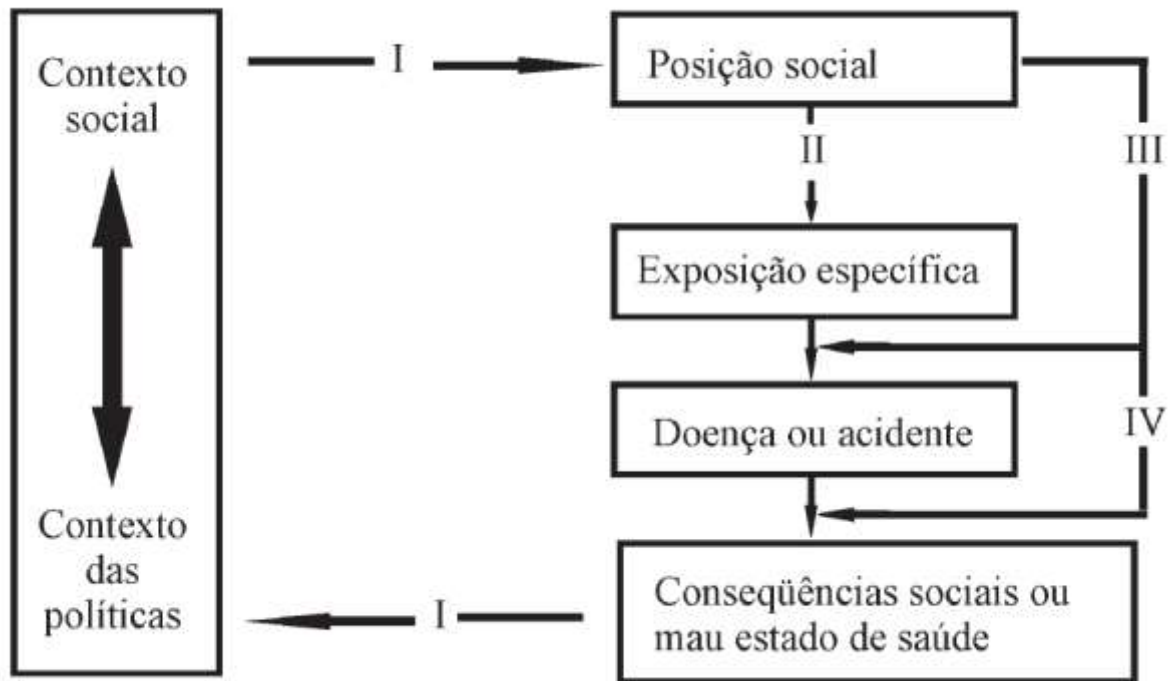
No terceiro nível se adota políticas que assegurem “melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 86) agindo, assim, nas condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.

No último nível a atuação deve ser feita mediante políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e aqueles que gerem promoção da cultura de paz e solidariedade reduzindo as desigualdades sociais, as violências e a degradação ao meio ambiente. De acordo com Chor e Lima (2005), esse nível explica, por exemplo, a causa de no Brasil os piores indicadores de mortalidade de número de óbitos evitáveis estarem ligados a população negra decorrente da desigualdade étnico-racial.

O *modelo de Diderichsen e Hallqvist*, enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que gera posições sociais distintas entre os indivíduos provocando diferenças na saúde. No diagrama 1, o algarismo romano (I) representa “o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema educacional e o mercado de trabalho” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 85). Conforme os indivíduos ocupam suas posições sociais surgem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde representado pelo algarismo (II); “o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos (III); e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença (IV) ” (p. 85).

O *modelo de Diderichsen e Hallqvist*, permite identificar os mecanismos de estratificação social e os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e de suas consequências por meio da incidência de políticas.

Diagrama 1 - Determinantes Sociais de Saúde: modelo de Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 85)

Nesse modelo as políticas que diminuem as diferenças sociais estão relacionadas aquelas do mercado de trabalho, educação, seguridade social e de políticas econômicas e sociais que avaliem o impacto e diminuição dos efeitos dessas sobre a estratificação social. Já as políticas que diminuem a exposição a riscos dever ter como alvo, por exemplo, populações que vivem em habitações insalubres, que trabalham em ambientes pouco seguros e que estão expostos a deficiência nutricional. Incluem-se também políticas de fortalecimento de redes de apoio a grupos de condições materiais e psicossociais adversas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Quanto ao enfrentamento dos diferenciais de vulnerabilidade, são as mais efetivas aquelas políticas que buscam resistência a diversas exposições como a educação de mulheres para combater a sua vulnerabilidade social e econômica e a dos seus filhos. A própria intervenção do SUS pode reduzir os diferenciais de consequências geradas por doenças como a melhoria na qualidade dos serviços para a população, o apoio a deficientes, cuidados na reabilitação e mecanismos que impeçam o empobrecimento das pessoas que pode ser causado pela doença.

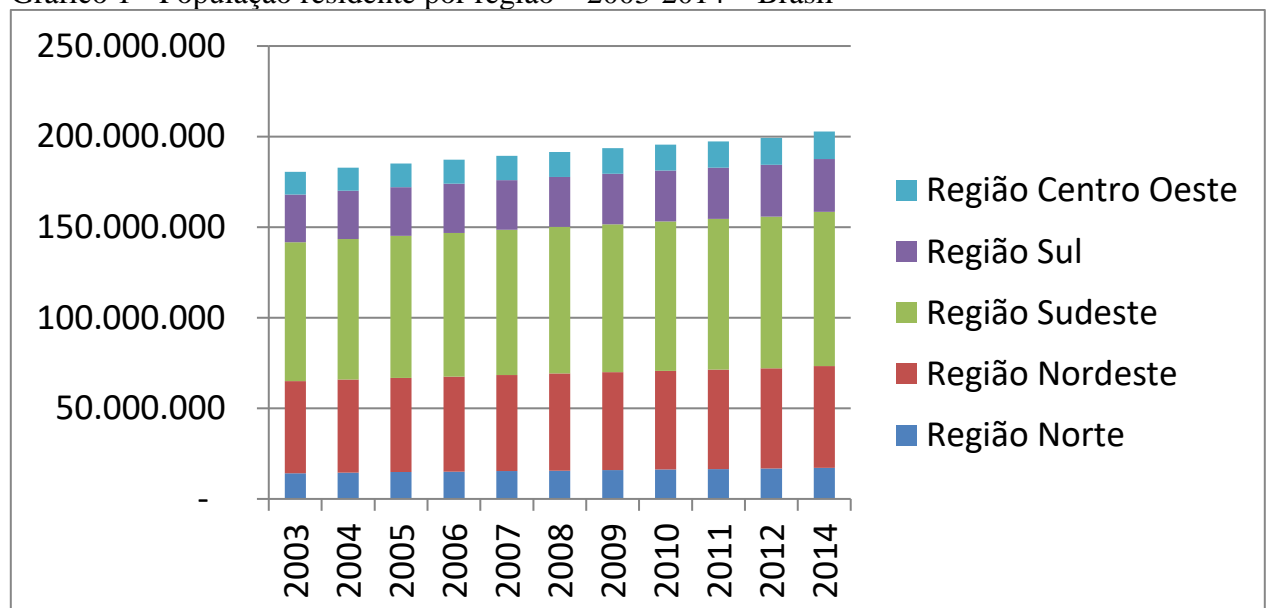
#### 4 INDICADORES DOS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE NO NORDESTE NO PERÍODO 2003-2014

O Brasil e a região Nordeste vêm passando por várias transformações sociais, econômicas, demográficas e políticas nas últimas décadas. Conhecer essas transformações é essencial para entender as condições de vida da população e as causas das iniquidades que repercutem em sua situação de saúde. Essa seção traça um esboço dos determinantes sociais de saúde como a evolução demográfica, social e econômica; as condições de vida, ambiente e trabalho, a estratificação socioeconômica, os comportamento e estilos de vida; E a questão de gênero.

A população brasileira vem apresentando um crescimento populacional desde o ano de 2003 quando existiam 180.619.108 habitantes sendo que 50.789.908 desses moravam no Nordeste. No ano de 2014, a população do país subiu para mais de 202 milhões de pessoas sendo que 56.186.190 estavam no Nordeste.

Como pode ser visto no gráfico 1, de modo geral, nota-se aumento da população total de 2003 a 2014, sendo que a maior concentração populacional se encontra na região Sudeste seguida pela Nordeste e a menor concentração está na região Centro-Oeste.

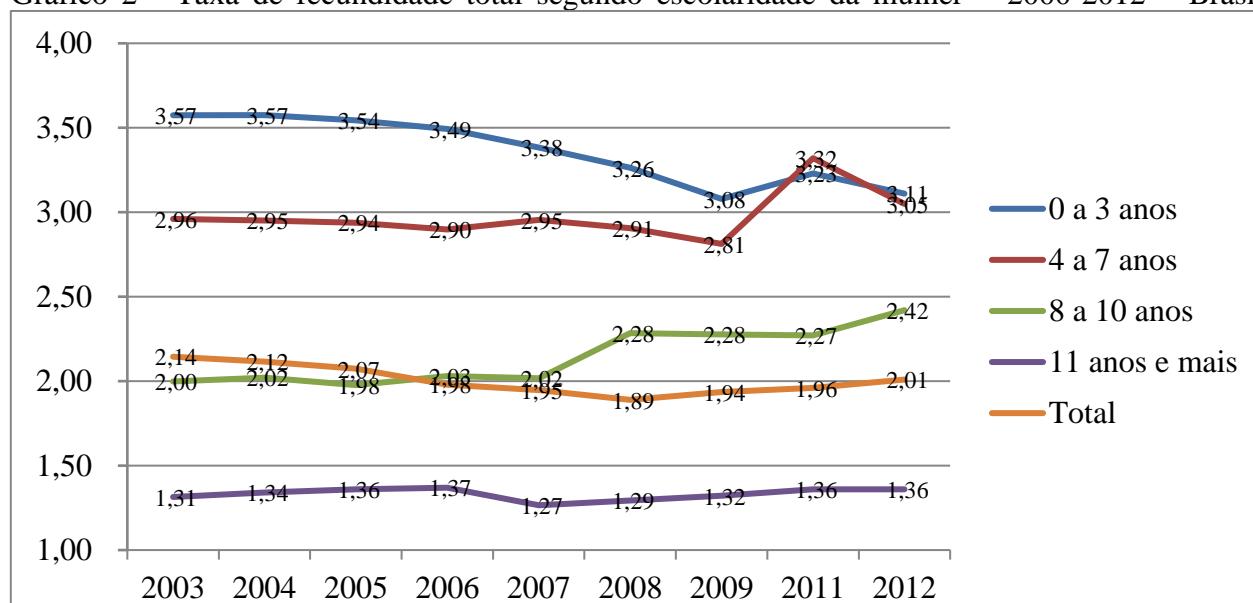
Gráfico 1 - População residente por região – 2003-2014 – Brasil



Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2008, p.18), “os processos de industrialização e urbanização acelerada foram responsáveis por importantes mudanças nos padrões de fecundidade da população”. Segundo os dados do gráfico 2, a taxa de fecundidade está caindo com os anos, e se comparada com as décadas de 40 até 80, quando a taxa era de respectivamente 6,2 e 4,4 (dados do IBGE) crianças por mulher em idade fértil, essa taxa representada uma queda de maneira acelerada.

Gráfico 2 - Taxa de fecundidade total segundo escolaridade da mulher – 2000-2012 – Brasil



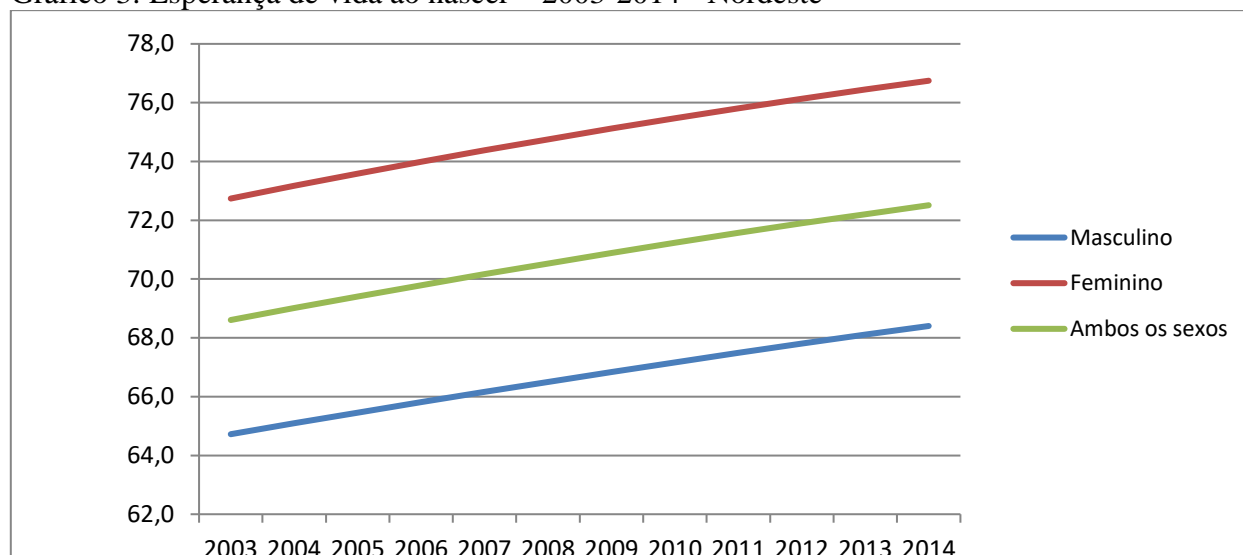
Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

É possível observar que, praticamente, quanto maior a escolaridade da mulher menor é taxa de fecundidade reforçando a afirmação de Sen (2000, p.61) em relação “a influência da educação básica – em especial da alfabetização e escolaridade das mulheres – sobre o comportamento das taxas de fecundidade”. Vale ressaltar que se somado a grau de escolaridade com o rendimento mensal a diferença entre mulheres com menos anos de estudos e menor rendimento é maior para com as que possuem maior renda e maior grau de instrução.

Embora a queda acelerada da taxa de fecundidade ocorra em todas as regiões do país, existem importantes diferenças segundo a escolaridade das mulheres. De acordo com dados da PNAD de 2006, a taxa de fecundidade total por mulher era de 2,07 filhos em 2005, variava de 2

filhos a mais entre mulheres de 0 a 3 anos de estudos para aquelas que possuíam 11 anos ou mais de estudo, como pode ser observado no gráfico 2.

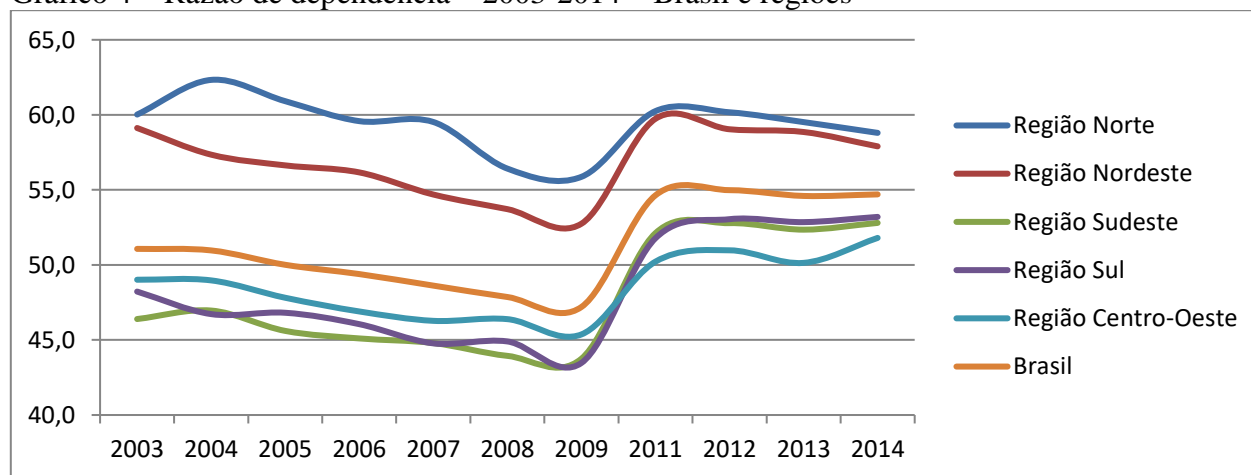
Gráfico 3: Esperança de vida ao nascer – 2003-2014 - Nordeste



Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

A esperança de vida ao nascer representa o número médio de anos esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade de uma determinada cidade, região ou país. Entre os anos de 2003 e 2014, como mostra o gráfico 3, a esperança de vida aumentou de 68,6 para 72,5 sendo que realizando um corte por gênero, observa-se que as mulheres vivem mais que os homens visto que em 2014 a esperança era 76,4 para as mulheres e 68,4 para os homens, no Nordeste.

Gráfico 4 – Razão de dependência – 2003-2014 – Brasil e regiões



Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.



No gráfico 4, no período de 2001 a 2009, verifica-se uma redução na razão de dependência em todas as Macrorregiões do país. A tendência observada é decorrente do processo de transição demográfica, no qual vem ocorrendo o aumento do contingente populacional com idade entre 15 e 59 anos (denominador da razão de dependência). No Nordeste a razão por dependência em 2003 era de 59,1; 52,7 em 2009 e 57,9 em 2014.

Esse indicador é a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Seu cálculo é feito dividindo o número de pessoas residentes de 0 a 14 anos e de 60 e mais anos de idade / Número de pessoas residentes de 15 a 59 anos de idade \* 100

O atual processo de transição demográfica que vem passando não apenas o Nordeste, mas todo o país, se caracteriza pelo estreitamento da base da pirâmide populacional e alargamento de sua porção central. As regiões Norte e Nordeste, possuem as maiores razões de dependência por apresentarem as maiores taxas de fecundidade.

Gráfico 5 – Taxa de trabalho infantil por renda domiciliar *per capita*. – 2003-2012 - Nordeste

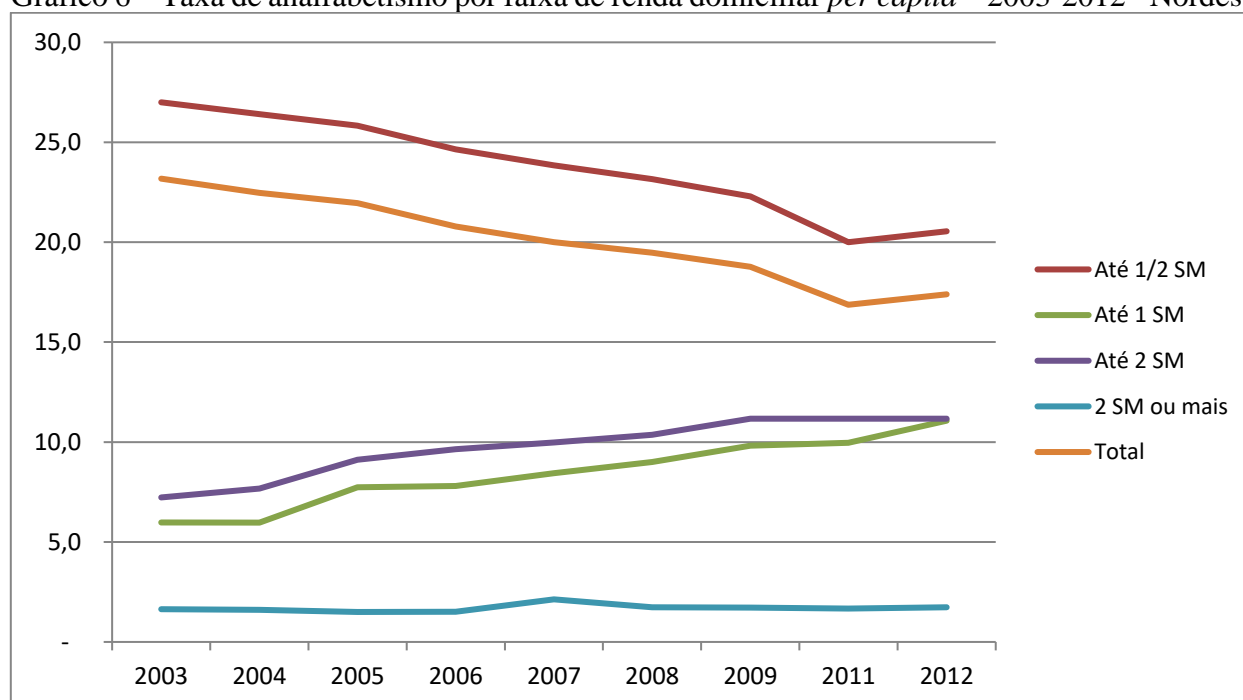


Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

O gráfico acima, apresenta a taxa de trabalho infantil na região Nordeste entre os anos de 2003 a 2012. O método de cálculo é feito pelo número de crianças residentes de 10 a 14 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência dividido pela população total residente de 10 a 14 anos multiplicado por 100.

Embora a taxa de trabalho infantil total tenha caído desde 2005 quando apresentava o valor de 19,0, a taxa de crianças que estavam na faixa de renda domiciliar – Salário mínimo (SM) – de 1/2 SM estava acima da média total fazendo com que crianças mais pobres muitas vezes se submetam a trabalhos insalubres para complementar a renda familiar e quando essas crianças não abandonam a escola, as mesmas apresentam desempenho inferior aos demais alunos que não trabalham.

Gráfico 6 – Taxa de analfabetismo por faixa de renda domiciliar *per capita* – 2003-2012 - Nordeste



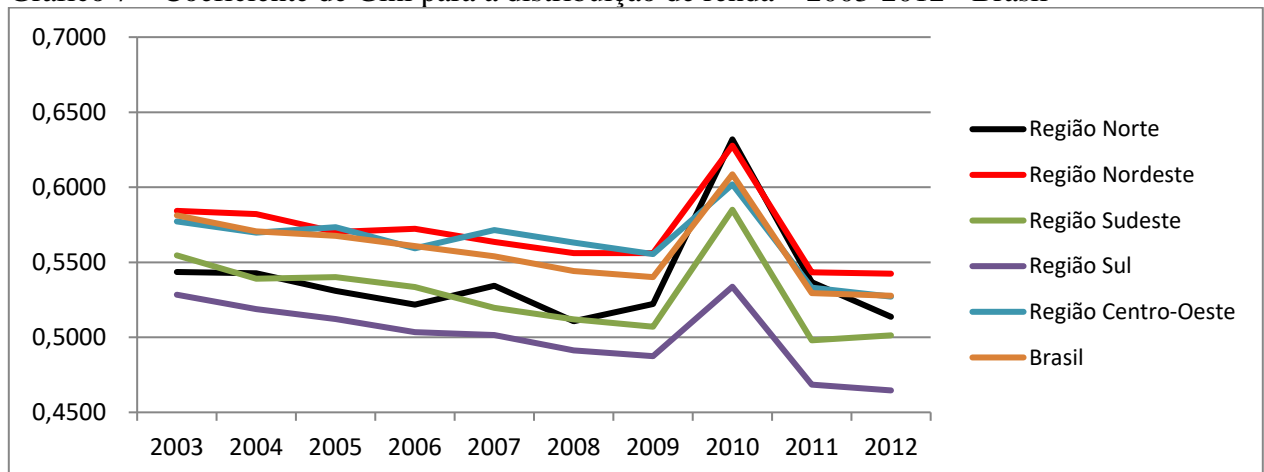
Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

Segundo os dados da PNAD, em 2003, havia 23,2% de analfabetos no Nordeste e entre as pessoas com até 1/2 SM. É preciso observar, entretanto, importantes diferenças que aconteceram durante os anos, enquanto houve uma redução de analfabetos entre o grupo de renda de até 1 SM, aumentou o número de analfabetos em todas as outras faixas de renda. Ainda segundo a PNAD, em 2012, a média de 17,4% de analfabetos na região para a renda total. A menor concentração de

analfabetos está no grupo que ganham 2 salários mínimos ou mais. Esses dados são importantes, pois mostram a necessidade de criar políticas para as distintas classes sociais, adequando-as para a realidade de cada grupo.

O indicador de taxa de analfabetismo é a proporção (%) de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, no idioma que conhecem, na população total residente da mesma faixa etária. O método de cálculo é feito mediante o número de pessoas residentes de 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever um bilhete simples, no idioma que conhecem dividido pela população total residente desta faixa etária multiplicado 100.

Gráfico 7 – Coeficiente de Gini para a distribuição de renda – 2003-2012 - Brasil



Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

O coeficiente de Gini mensura o grau de desigualdade de distribuição de renda variando entre zero (menor desigualdade) e um (maior concentração de renda). Considerando os anos de 2003 a 2012, verifica-se uma redução na concentração de renda em todas as Macrorregiões do país. No entanto, os valores observados para o ano de 2010 ainda refletem uma razoável concentração de renda, com destaque para as Macrorregiões Norte e Nordeste. No ano de 2012, o Nordeste apresentou um valor de 0,5424 enquanto o Brasil, 0,5277, porém todas as regiões registraram melhora de 2003 até 2012.

O indicador apresentado no gráfico 7, mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar *per capita*. Seu cálculo é feito como uma razão das áreas no diagrama da curva

de Lorenz. Se a área entre a linha de perfeita igualdade e a curva de Lorenz é a, e a área abaixo da curva de Lorenz é b, então o coeficiente de Gini é  $a/(a+b)$ .

Tabela 4 – Taxa da prevalência de fumantes por escolaridade – 2006-2010 – Brasil e Nordeste

<b>Região/Escolaridade</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Região Nordeste					
0 a 8 anos	16,9	16,8	13,5	17,3	14,1
9 a 11 anos	10,3	9,6	7,7	8,0	7,6
12 anos e mais	9,2	9,0	8,0	6,9	7,0
Total	13,9	13,6	11,0	13,0	11,2
Brasil					
0 a 8 anos	19,1	19,7	20,1	19,3	18,6
9 a 11 anos	13,4	13,0	11,6	11,3	11,6
12 anos e mais	11,5	12,9	11,5	11,1	10,2
Total	16,2	16,6	16,1	15,5	15,1

Fonte: DATASUS. Adaptado pelo autor.

A tabela 4 mostra a proporção (%) do número de indivíduos fumantes sobre o número de indivíduos entrevistados. Foi considerado fumante o indivíduo que respondeu que fuma, independentemente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar. O método de cálculo é o seguinte: Número de adultos fumantes / Número de adultos entrevistados \* 100.

O tabagismo é amplamente reconhecido como doença crônica gerada pela dependência da nicotina, estando inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da OMS. Recorrendo a tabela é possível observar a redução mesmo que tímida do número de fumantes no Nordeste em todos os níveis de escolaridade. A redução pode ter ocorrido devido ao aumento de impostos sobre o produto e mediante os programas do governo para os cidadãos largarem o hábito de fumar, além do aumento da escolaridade e do acesso a informação.

Tabela 5 – Proporção de crianças com esquema vacinal básico completo na idade-alvo e tipo de imunobiológico – 2003-2009 – Brasil e Nordeste

<b>Região/Imunobiológico</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>Região Nordeste</b>							
<b>Tetravalente/DPT</b>	97,9	94,0	93,8	104,1	106,4	101,8	102,7
<b>Poliomielite</b>	100,0	96,2	96,1	106,0	108,3	102,4	103,0
<b>BCG</b>	111,7	108,5	107,6	115,7	117,5	110,9	108,6
<b>Hepatite B</b>	92,4	88,5	89,2	100,1	102,2	98,9	100,2
<b>Tríplice viral</b>	111,8	107,7	100,7	104,8	109,4	104,5	105,4
<b>Brasil</b>							
<b>Tetravalente/DPT</b>	97,5	96,1	95,4	100,5	103,1	98,2	99,5
<b>Poliomielite</b>	100,5	97,9	97,8	102,0	104,9	100,1	100,9
<b>BCG</b>	108,5	106,4	106,5	110,0	111,1	108,4	106,0
<b>Hepatite B</b>	92,0	90,3	91,3	97,4	99,7	96,3	98,0
<b>Tríplice viral</b>	113,0	105,0	99,7	102,2	104,9	101,3	101,8

Fonte: Adaptado de Portal Determinantes Sociais da Saúde do Observatório sobre Iniquidades em Saúde.

A tabela 5, mostra a proporção (%) de crianças com esquema vacinal básico completo na idade-alvo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador é calculado da seguinte forma: Número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina / Número de crianças na idade alvo \* 100.

Pode-se observar que o esquema de vacinação brasileiro alcança praticamente toda a população e como mostra a tabela acima, o Nordeste em muitas vezes apresenta melhores resultados que o Brasil. O resultado positivo pode se dar devido ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do ministério da saúde que é reconhecido tanto no Brasil como no mundo. De acordo com o sítio do PNI, mais de 300 milhões de doses anuais foram distribuídas em vacinas, soros e imunoglobulinas, fato que contribuiu, por exemplo, com a erradicação da varíola e da poliomielite, além da redução dos casos e mortes derivadas do sarampo, da rubéola, do tétano, da difteria e da coqueluche.

O PNI define os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. Todas as doenças prevenidas pelas vacinas que constam no calendário de vacinação, se não forem alvo de ações prioritárias, podem voltar a se tornar recorrentes.

Tabela 6 - Número de consultas médicas (SUS) por habitante – 2003-2012 - Nordeste

<b>Unidade da Federação/Ano</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Maranhão	1,77	1,63	2,01	2,29	2,29	2,37	3,09	3,1	3,15	3,11
Piauí	2,13	1,88	1,82	1,81	1,88	2,06	2	2,07	2,04	1,88
Ceará	2,21	2,14	2,16	2,17	1,99	2,27	2,26	2,28	2,3	2,06
Rio Grande do Norte	2,85	2,55	1,97	2,66	2,58	2,8	3,05	2,58	2,9	2,61
Paraíba	2,06	2,04	2,17	2,28	2,36	2,29	2,47	2,4	3,63	2,46
Pernambuco	2,25	2,13	2,26	2,19	2,21	2,32	2,42	2,38	2,43	2,41
Alagoas	2,27	2,34	2,3	2,44	2,26	2,53	2,59	2,75	2,42	3,11
Sergipe	2,15	2,04	2,16	1,91	2,17	2,91	2,68	2	2,04	1,95
Bahia	2,12	2,06	2,01	2,06	2,06	2,31	2,24	2,12	2,3	2,38
Total	2,16	2,06	2,1	2,18	2,16	2,36	2,46	2,39	2,54	2,44

Fonte: DATASUS. Adaptado pelo autor.

O indicador da tabela acima mede a relação entre a produção de consultas médicas no SUS e a população residente na mesma área geográfica. O conceito de consultas apresentadas propicia a obtenção de um dado mais aproximado do total de consultas efetivamente realizadas. O método do cálculo é o número total de consultas médicas apresentadas ao SUS sobre o número da população total residente, ajustada para o meio do ano.

Recorrendo a tabela 6 observa-se que o número total de consultas médicas no Nordeste aumentou com os anos sendo de 2,16 em 2003 para 2,44 em 2012. Em 2012 o Maranhão e Alagoas apresentavam o maior número de consultas, 3,11 e o Piauí apresentou a menor taxa, 1,88.

O indicador pode ser usado para analisar variações geográficas e temporais na distribuição das consultas médicas no SUS, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. De acordo com a RIPSA ele é influenciado por:

- (i) fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, perfil de morbidade, composição etária;
- (ii) infra-estrutura de serviços, com relação à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros etc.; e
- (iii) políticas públicas assistenciais e preventivas, tais como critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS.

De acordo com CNDSS (2008, p.67) apesar dos inegáveis avanços na produção de serviços e dos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS, “ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde”.

Tabela 7 - Gasto com ações e serviços públicos de saúde a nível de governo – 2003-2008 – Brasil e Nordeste.

Região/Nível de governo	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Região Nordeste</b>						
Municipal	65,4	72,1	88,5	100,8	108,1	119,4
Estadual	69,1	82,0	85,4	93,7	100,7	120,9
Federal	164,4	152,2	158,0	173,1	179,2	179,7
Total	298,9	306,4	331,9	367,5	388,0	420,0
<b>Brasil</b>						
Municipal	105,3	115,0	132,8	147,9	157,0	178,9
Estadual	92,9	112,3	112,8	124,2	134,1	154,0
Federal	207,8	229,1	243,1	255,7	263,2	268,4
Total	406,0	456,4	488,7	527,8	554,2	601,3

Fonte: DATASUS. Adaptado pelo autor.

1. Os valores apresentados estão em Reais, deflacionados com base no INPC de julho de 2009 para todos os anos anteriores.

A tabela acima é um indicador que mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante, ajudando a identificar situações de desigualdade e a subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde. Avaliando-se o gasto total, observa-se um aumento, ao longo do tempo, para o Brasil e para a região Nordeste. Especificamente para o Brasil, o gasto com ações e serviços públicos de saúde em nível federal é o maior ao longo de toda a série histórica. No Nordeste, tratando-se dos valores monetários totais, o gasto per capita chegou a, aproximadamente, R\$ 420,00 e ficou bastante abaixo do Brasil, R\$ 601,30. Em todos os níveis de governo o gasto no Nordeste foi menor que no Brasil.

O indicador gasto com ações e serviços público de saúde por habitante, segundo a esfera de governo é calculado tomando-se o valor do gasto com ações e serviços público de saúde e dividindo pela população total residente.

Tabela 8 – Proporção da população servida por esgotamento sanitário – 2003-2012 - Nordeste

Região/situação	PNAD								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
Região Nordeste									
Urbano	56,72	57,25	59,78	61,51	68,31	68,37	63,97	73,19	73,37
Rural	7,96	9,16	8,06	9,76	14,47	14,66	16,01	20,91	25,32

Fonte: DATASUS. Adaptado pelo autor.

Esse indicador é o percentual da população residente que dispõe de escoadouro de dejetos por meio de ligação do domicílio à rede coletora ou fossa séptica, em determinado espaço geográfico. Ele mede a cobertura populacional da disposição adequada do esgoto sanitário, a partir de rede coletora ou fossa séptica e expressa as condições socioeconômicas regionais e a priorização de políticas governamentais direcionadas ao desenvolvimento social. Pode ser usado para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao esgotamento sanitário, pois baixas coberturas de esgoto favorecem a proliferação de doenças transmissíveis decorrentes de contaminação ambiental.

Seu método de cálculo é feito por meio do número de residentes em domicílios particulares permanentes servidos por rede coletora ou fossa séptica no domicílio dividido pela população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100.

A partir da tabela 8, pode-se ver que apenas 25,32% da população rural nordestina possuía rede coletora ou fossa séptica em 2012, apesar do avanço de 2003 a 2012. A população urbana teve um aumento entre os anos de 2003 a 2012 de 16,65%.

Tabela 9 – Proporção da população servida por rede abastecimento de água – 2003-2012 - Nordeste

Região/situação	PNAD								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2012
Região Nordeste									
Urbano	88,47	89,57	90,18	90,81	91,36	92,47	91,92	92,56	93,56
Rural	26,39	25,51	28,03	29,22	29,97	35,82	36,33	41,14	41,55
Total	70,37	71,31	71,98	73,19	73,97	76,78	76,71	79,00	79,72

Fonte: DATASUS. Adaptado pelo autor.

Esse indicador mede o percentual da população residente servida por rede geral de abastecimento, com ou sem canalização domiciliar, em determinado espaço geográfico. O cálculo é feito dividindo o número da população residente em domicílios particulares permanentes servidos



por rede geral de abastecimento de água com ou sem canalização interna pelo número da população total residente em domicílios particulares permanentes multiplicado por 100.

Seu uso pode ser para analisar variações geográficas e temporais na cobertura de abastecimento de água à população, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos, contribuir na análise da situação socioeconômica da população e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o saneamento básico, especialmente as relacionadas ao abastecimento de água.

Os dados da tabela 9 mostram que houve um crescimento no abastecimento de água tanto na zona urbana como na zona rural, embora a população rural possua menos da metade do percentual de pessoas servidas pelo abastecimento. O Nordeste, em 2003, possuía 70,37% da população servida pela rede e em 2012 esse número aumentou para 79,72%.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do presente trabalho dedicou-se a estudar como os determinantes sociais de saúde podem afetar a vida das pessoas e contribuir para o desenvolvimento econômico quando utilizadas políticas públicas sociais que melhorem a qualidade de vida.

Os determinantes sociais de saúde são ferramentas para gestores públicos, pesquisadores e sociedade civil utilizarem para conhecer o ambiente em que vivem, para quem trabalham e como vivem as pessoas ao redor. Eles constituem ferramentas não só para explicar as iniquidades em saúde, mas também são um ponto de partida para combater as injustiças das diferenças do acesso à saúde ainda presentes na sociedade, mesmo quando se trata do serviço público. É dessa forma que a participação popular aparece como peça fundamental quando se considera a saúde como um direito social.

A construção de políticas públicas se dá mediante o processo de participação na qual as pessoas podem se empoderar e se qualificar para efetivá-las. O que vem se tornando mais importante diante da desestruturação dos serviços públicos é a recuperação do papel da sociedade civil como reguladora do mercado e do Estado.

Por meio desse estudo foi possível observar, que ainda é essencial inserir na agenda dos governos grandes projetos de saúde pública e políticas voltadas para determinação social do processo saúde-doença visando melhorar as condições de saúde da população mediante a melhoria nas condições de vida, trabalho, moradia, educação e segurança alimentar.

É preciso garantir o direito à vida e, por exemplo, direitos básicos como o acesso a uma rede de abastecimento de água ou a uma rede de saneamento que ainda são deficitários para grande parte da população rural do Nordeste como foi apresentado por meio dos indicadores de acesso a água e esgoto em que tanto a região rural e urbana vem adquirindo maior acesso a ambos os serviços, desde 2003, mas ainda assim na região rural do Nordeste, menos de 50% possui acesso a água encanada e um pouco mais de 25% possui rede de saneamento e isso deve ser garantida de fato por políticas públicas abrangentes, fazendo com que as políticas de saneamento sejam discutidas como direito e não como serviço, evitando, assim a proliferação de doenças.

As análises dos indicadores dos determinantes sociais da saúde mostram que durante os anos de 2003 a 2014 a região Nordeste avançou bastante no acesso a garantias básicas para manutenção de uma vida saudável. Porém, a dificuldade de se conseguir o acesso a um serviço de qualidade e para todos, traz questionamentos sobre os direitos garantidos por intermédio da Constituição de 1988 e da lei nº 8080 sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Pode-se afirmar que a determinação social no que se refere ao acesso e qualidade dos serviços não foi superada com o SUS. Atualmente, há sistemas de saúde organizados de diferentes formas (público e privado), e não um sistema universal, cabendo o questionamento: é público para quem?

Além dos indicadores apresentados, outros diversos podem ser usados para investigar o andamento do bem-estar social da população, por exemplo, como a realização de grandes obras afetam a vida das pessoas tendo a transposição do Rio São Francisco como um exemplo de grande empreendimento que afeta a saúde das pessoas.

Diante da complexidade deste tema, é de crucial importância analisar novas alternativas de inserção da população na participação das decisões políticas fazendo com que as aspirações dos grupos envolvidos nesse processo determinem os seus interesses e o seu ritmo.

Mais pesquisas nessa área, criação de novos programas de incentivo à participação popular, principalmente, aos grupos mais afetados e marginalizados pelo setor público, maiores investimentos do governo na saúde e em seus determinantes, para poder fazer com que educação, emprego, economia, habitação, infraestrutura e outros caminhem lado a lado com a saúde e assim solucionar as possíveis repercussões futuras que a desigualdade social poderá gerar não só para a economia brasileira como também para a nordestina.

Sem dúvidas, assegurar o direito à saúde a todos é certamente um grande desafio e para isso cabe a retomada do interesse dos governos em solucionar os problemas gerados pelas iniquidades sociais acompanhado da participação popular.

## REFERÊNCIAS

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes sociais da saúde: Um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

BARATA, Rita Barradas. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista Usp**, São Paulo, n.51, p. 138-145, setembro/novembro 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35108/37847>> Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. **Constituição Da República Federativa Do Brasil De 1988**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 5 out. 1988.. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19504.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19504.htm)> Acesso em: 9 fev. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 9 fev. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014)> Acesso em: 12 fev. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2017.

CARLEIAL, Liana Maria da Frota. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. **Estudos Avançados**, v.29, p. 201-214, Curitiba, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v29n85/0103-4014-ea-29-85-00201.pdf>> Acesso em: 09 mai. 2017.

CARVALHO, José Raimundo; HERMANNNS, Klaus (org.). **Políticas públicas e desenvolvimento regional no Brasil**. Fortaleza, CE: Fundação Konrad Adenauer, 2005.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set./out. 2005. Disponível em: <[http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/aspectos\\_epidemiologicos\\_desigualdade\\_racial\\_saude\\_Brasil\\_D\\_Chor.pdf](http://www.elsa.org.br/downloads/Artigos%20em%20PDF/aspectos_epidemiologicos_desigualdade_racial_saude_Brasil_D_Chor.pdf)> Acesso em: 10 abr. 2017.

CNDSS, Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes**

**Sociais da Saúde.** Abril, 2008. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf)> Acesso em: 19 mar.  
 2017

COSTA PINTO, L. A. **Desenvolvimento econômico e transição social.** 2.ed. Rio de Janeiro:  
 Civilização Brasileira, 1970.

DATASUS, Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Indicadores e  
 Dados básicos.** Disponível em: < <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm#cober>>.

FREESE, Eduardo; CESSE, Eduarda. Análise da Situação de Saúde na Região Nordeste com  
 foco nos Determinantes Sociais da Saúde. **Documento de discussão para a I Conferência  
 Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Agosto de 2013. Disponível em: <  
<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/07/Documento-de-Refer%C3%Aancia1.pdf>>  
 Acesso em: 02 jun. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREAVES, Harold Richard Goring. **Fundamentos da teoria política.** Rio de Janeiro: Zahar,  
 1969.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI,  
 nº 55, novembro/2001. Disponível em: < <http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em:  
 20 abr. 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice de Desenvolvimento Humano  
 Municipal – IDHM, 2010.** Disponível em: <  
<http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?tema=idhm>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

IPECE, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Anuário Estatístico do Ceará.**  
 2012. Disponível em: <  
<http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2012/index.htm>>. Acesso em: 14 abr.  
 2017.

LEMOS, José de Jesus Sousa. **Mapa da exclusão social no Brasil:** radiografia de um país  
 assimetricamente pobre. 2.ed. Fortaleza, CE: Banco do Nordeste do Brasil, 2008.

MACAMBIRA, Júnior; ANDRADE, Francisca Rejane Bezerra (Org.). **Estado e políticas  
 sociais:** fundamentos e experiências. Fortaleza, CE: IDT: EdUECE, 2014.

MARX, Karl. **O Capital:** crítica da economia política. São Paulo, SP: Nova Cultural, 1996a. 1 v.  
 (Os Economistas)

\_\_\_\_\_. **O Capital:** crítica da economia política. São Paulo, SP: Nova Cultural, 1996b. 2 v.  
 (Os Economistas)

\_\_\_\_\_. **O Capital**: Crítica da economia política - O processo de produção do capital. Livro 1. São Paulo, SP: Boitempo, 2013.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (org.). Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil in: **Caminhos da saúde pública no Brasil**. FINKELMAN, Jacobo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

OBSERVATÓRIO SOBRE INIQUIDADES EM SAÚDE. **Portal Determinantes Sociais da Saúde**. Disponível em: < <http://dssbr.org/site/2012/03/lista-de-indicadores-todos/>>.

OLIVEIRA, J. L.; MANSO, C. A.; ASSIS, D. N. C. Renda, pobreza e desigualdade. In: BARRETO, F. A.; MENEZES, A. S. B. **Desenvolvimento econômico do Ceará**: evidências recentes e reflexões. Fortaleza: IPECE, 2014, p. 209-225.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. 2011. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-a-vers%C3%A3o-final.pdf> > Acesso em: 29 jan. 2017

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Preâmbulo da constituição da organização mundial da saúde, como adotada pela Conferência Internacional de Saúde**. 1946. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

PASSOS, Luana; GUEDES, Dyeggo. O social economicamente orientado: políticas sociais do governo Lula. **Universitas Relações Internacionais**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 25-36, jul./dez. 2015. Disponível em: < <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/relacoesinternacionais/article/viewFile/3516/2885> > Acesso em: 09 mai. 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico** : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre os idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 156-175, jun. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a07n7.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2017.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento**: incluyente, sustentável, sustentado. Rio de Janeiro, RJ: Editora Garamond Ltda, 2008.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo Dicionário de Economia**. Editora Best Seller: São Paulo, 1999

SANTOS, Hermínio. **Debates pertinentes**: para entender a sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

SCHÜTZ, Gabriela D'Ávila. Liberdades Políticas e Necessidades Econômicas em Amartya Sen. **Revista IDÉIAS**. Ano 3, Nova Série, 1º Semestre, 2012. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Disponível em: <<http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/view/864/648>> Acesso em: 10 fev. 2017.

SEERS, Dudley. Os indicadores de desenvolvimento: o que estamos a tentar medir? **Análise Social**, v.15, 1979. Disponível em: <[http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/122399055\\_4E7tDF6uf1Tb56WD7.pdf](http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/122399055_4E7tDF6uf1Tb56WD7.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SEN, Amartya Kumar. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2000.

SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE, Grupo. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Conselho Federal de Serviço Social. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)> Acesso em: 10 de abr. 2017.

SIEDENBERG, Dieter Rugard. Indicadores de desenvolvimento socioeconômico: Uma síntese. **Desenvolvimento em Questão**, Editora Unijuí, n.1, 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/67/24>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; SOUZA, Kleize Araújo de Oliveira; LISBOA, Erick Soares. Políticas e programas públicos relacionados aos determinantes sociais da saúde desenvolvidos no Nordeste brasileiro. **Relatório de Pesquisa**. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/07/Pol%C3%ADticas-e-programas-p%C3%ABlicos-relacionados-aos-determinantes-sociais-da-sa%C3%BAde-desenvolvidos-no-Nordeste-brasileiro-.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

TEIXEIRA, Rodrigo Alves; PINTO, Eduardo Costa. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. **Economia e Sociedade**. Campinas, v. 21, n. 3, p. 909-941, dez. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8642267/9742>> Acesso em: 09 mai. 2017.

WORLKBANK, **World Development Indicators** – DataBank. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/>>

YOUSAFZAI, Malala. **Eu sou Malala: a história da garota que defendeu o direito à educação e foi baleada pelo Talibã**. 1. ed. São Paulo: companhia das Letras, 2013.

## ANEXOS

ANEXO I – Quadro de síntese dos antecedentes e dos determinantes políticos, econômicos e sociais, das desigualdades e da situação em Saúde no Nordeste.

<b>SÉCULO XV</b>
1. Autonomia de organização política, econômica, cultural e religiosa dos diversos povos indígenas, únicos habitantes da região.
2. Equilíbrio destes povos com a natureza na coleta de alimentos, caça e pesca.
<b>SÉCULOS XVI, XVII e XVIII</b>
1. Início do colonialismo: dominação portuguesa do espaço geopolítico, econômico, cultural e religioso, ocupado pelos povos indígenas no Século XVI.
2. Ampliação do Império Colonial Português no chamado “NOVO MUNDO”.
3. Apropriação com extrativismo intensivo de riquezas naturais a partir do litoral.
4. Implantação do conceito de territorialidade. Espaço ocupado recebe o nome de Brasil.
5. Evolução do colonialismo:
5.1 Instalações do Sistema de capitanias no Brasil e no Nordeste (1534 e 1536) e início do Coronelismo no interior do Nordeste.
5.2 Extrativismos associado com ampliação do plantio e comercialização das monoculturas da cana de açúcar, cacau e algodão no Nordeste.
5.3 Início da escravatura de índios e negros trazidos da África pelo Colonizador (Século XVI).
5.4 Invasões e disputas coloniais no Brasil e no Nordeste por Holandeses (1630/1654) e Franceses (1612) pela apropriação de terras e exploração comercial, principalmente do açúcar produzido.
5.5 Apropriação e concentração das terras (latifúndios) pelos “coronéis” e ampliação da apropriação da produção agro-açucareira e da pecuária no Nordeste.
5.6 Fim do colonialismo Português no século XVIII. Formalização da Independência do Brasil (1789).
6. Processo secular de secas periódicas no Semiárido Nordestino, do Piauí até a Bahia, gerando exclusão social e graves prejuízos econômicos à região.
<b>SÉCULOS XIX e XX</b>
1. Fim oficial da escravidão no século XIX, com a Lei Áurea (1888).
2. Início da 1ª República (1889) e início do Federalismo no Brasil com a primeira Constituição (1891).
3. Reduzidos investimentos em políticas públicas e, particularmente, de saúde no final do Século XIX e início do Século XX foram determinantes para a predominância de doenças infecciosas e parasitárias, epidêmicas e endêmicas, tais como: esquistossomose, doenças de Chagas, febre amarela, varíola, malária, filariose, tuberculose, hanseníase e de várias outras enfermidades parasitárias intestinais e infecciosas.
4. Alternância de períodos democráticos e de ditaduras militares ou de civis apoiados pelos militares (1939-45) e (1964-1990).
5. Início da industrialização do Sudeste com investimentos públicos e privados, a partir de 1930 e incremento a partir de 1950.



<b>SÉCULOS XIX e XX (cont.)</b>
6. Somente a partir de 1930 ocorre a oficialização da divisão regional do território brasileiro. Apenas em 1937-38 o Nordeste aparece constituído como região no mapa confeccionado pelo IBGE e pelo Conselho Nacional de Geografia.
7. II Guerra Mundial (1939-1945) gerou profundas alterações nas relações entre o Estado e a Sociedade nos diversos países e regiões dos cinco continentes.
8. Ampliação da migração rural-urbana do Nordeste para o Sudeste, principalmente São Paulo, e também para as principais capitais do Nordeste, especialmente a partir de 1950.
9. Urbanização precária e ampliação de desigualdades entre as macrorregiões, concentração de renda, exclusão social de grandes parcelas das populações rurais e urbanas.
10. Tentativa/início de industrialização no Nordeste, com a criação da SUDENE nos anos de 1960. Nas últimas décadas, diversificação econômica do setor industrial, agroexportador, do turismo e do setor de serviços.
11. Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e promulgação da nova constituição Brasileira em 1988, com um capítulo sobre seguridade social. Esta estabeleceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade das ações e controle social.
12. Processos de municipalização da saúde com programas de atenção básica através de recursos Federais, Estaduais e Municipais que ampliaram a cobertura do sistema de Saúde. <b>SÉCULO XXI</b>
<b>SÉCULO XXI</b>
1. No final do século XX e início do XXI ocorre a redemocratização nas relações Estado-Sociedade no Brasil.
2. Investimentos em políticas públicas e, ampliações do emprego e da renda, aceleraram os processos das chamadas transições demográficas, epidemiológica e nutricional. Por isso, verifica-se no perfil epidemiológico do país, o predomínio das doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.), diferentes tipos de câncer, redução da mortalidade infantil e incremento da expectativa de vida com aumento da proporção de idosos e entre outros agravos, aumento das causas externas.
3. Permanece ainda hoje a concentração da população nas regiões metropolitanas de todas as capitais do país, com um inadequado índice de Desenvolvimento Humano (IDH), incompatível com a 5ª ou 6ª economia do mundo, considerando o Produto Interno Bruto (PIB). Permanece também elevada a concentração de renda no Sudeste e Sul do país, em relação ao Nordeste, Centro-Oeste e Norte e permanecem grandes desigualdades entre as classes sociais.
4. Criação em 2006 da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) por Decreto Presidencial, favorecendo a discussão e o debate desse importante tema para a tomada de decisão.
5. Na última década, uma série de políticas de “Welfare State”, implantadas Pós II Guerra Mundial, estão sendo revistas e reduzidas, particularmente, nos países Europeus com perdas importantes para a classe trabalhadora. Esta grave “crise internacional” tem gerado, no setor privado e público, desemprego, redução salarial, elevação do tempo para aposentadoria, etc., e particularmente desinvestimento em saúde e educação no setor público, com repercussões recentes e importantes em diversos outros países nos vários continentes.

**SÉCULO XXI (cont.)**

6. Realização em 2011 da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde organizadas pela OMS no Rio de Janeiro, com apoio do Ministério da Saúde do Brasil, através da Fiocruz, favorecendo a ampliação da discussão sobre sistemas equânimes em saúde a partir do princípio da universalidade em um movimento internacional sobre este tema.

Fonte: Freese e Cesse (2013). Alterado pelo autor.