

# Unidade 4

Determinantes sociais da  
saúde e da doença

## Unidade 4

# Determinantes sociais da saúde e da doença

### Apresentação

Nesta unidade, vamos aprofundar a discussão sobre como a saúde e a doença de cada indivíduo e dos diferentes grupos sociais são “produzidas”, ou seja, como são determinadas a saúde e a doença. Como explicar as diferenças tão marcantes no estado de saúde dos diferentes grupos sociais ou dentro de um mesmo grupo social?



Ao tratarmos destas questões, esperamos que elas permitam que você seja capaz de:

- Conceituar saúde.
- Explicar o conceito de determinantes sociais da saúde e das doenças.
- Discutir as evidências da determinação social da saúde.
- Relacionar a qualidade de vida de uma população com seu modo de viver e suas condições de vida.

Iniciamos esta discussão com uma reflexão sobre conceitos de saúde e a nossa própria “determinação” ou, dito de outra forma, o que explica as trajetórias das pessoas individualmente e dos diferentes grupos sociais.

## Seção 1

### O conceito de saúde

A saúde é entendida como um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa é uma definição muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso corrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas.

A definição tradicional da saúde é puramente negativa, pois nela a saúde é considerada como simples ausência de doenças. Essa definição, tão contestada, como um componente de uma visão restritiva, puramente biológica e médica da questão da saúde, certamente não se aplica a uma análise da determinação social da saúde. Ao contrário, por princípio, trata-se de uma antidefinição, que nega qualquer perspectiva analítica ao tema da saúde e reduz, efetivamente, toda questão à compreensão e tratamento das doenças e lesões.

Outra definição também já tradicional é aquela da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1946, que considera a saúde um estado de perfeito bem-estar biopsicossocial. Essa é uma concepção positiva de saúde, embora tenha alguns inconvenientes.

Em primeiro lugar, a indeterminação, a incapacidade de especificar o objeto que pretende definir; em segundo lugar, estreitamente relacionado com o primeiro inconveniente, encontra-se o fato de se postular a saúde como um estado, uma condição ideal de plenitude, que seria o objetivo final, praticamente inatingível, da existência, da vida de todas as pessoas. Ora, certamente, não é este o sentido concreto que, na vida cotidiana, atribuímos ao termo saúde.

Uma terceira definição, que tem conquistado progressivamente mais espaço no setor saúde, entende que a saúde é um meio, um recurso para a vida das pessoas. Essa também é uma definição positiva que, no entanto, não incorre nos vícios da definição anterior. Esta terceira definição, muito difundida no campo da promoção da saúde, aproxima-se do uso corrente do termo. Ela permite a clara distinção da saúde em relação aos outros recursos e condições da realização da vida humana, determinando o seu espaço nos objetivos de vida das pessoas.

As duas definições positivas de saúde a que nos referimos aqui estão no texto fundante da promoção da saúde: o relatório da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, organizada pela Organização Pan-Americana de Saúde em 1986, a Carta de Ottawa.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA, 1986, p. 1).

Concebendo-se a saúde como um meio, como uma condição para a realização da vida, tem-se necessariamente que distinguir a saúde da totalidade da vida e, portanto, do conjunto dos objetivos da vida dos homens. A vida humana, obviamente, estabelece objetivos que não se restringem à saúde e que se mostram superiores à saúde na escala de valores. Esse fato se manifesta claramente quando a vida individual e a saúde são postas em risco devido à realização desses outros valores (sejam eles valores éticos universais, como o bem comum, ou valores relativos à família, ao amor, ao trabalho, à pátria, ao prazer ou outros). As atitudes realizadas em função desses valores se justificam por si mesmas, como expressões práticas de uma determinada postura social e cultural e não por seu resultado para a saúde dos praticantes.

Pode-se concluir, portanto, que, ao considerar-se a saúde um meio para a vida ou para a realização dos indivíduos na vida, certamente não se pode confundi-la com a totalidade da realização de cada um e, portanto, impõe-se uma restrição ao conceito de saúde que não se encontra na definição da OMS. Desse modo, a saúde é tomada como um dos elementos da qualidade de vida e uma das condições objetivas para o desenvolvimento humano, e não como o seu conjunto.

Sob esse ponto de vista, deve-se identificar saúde como vitalidade psíquico-fisiológica, isto é, como capacidade psicofisiológica para exercício ativo de cada indivíduo para a sua realização na vida.

Saúde, capacidade psicobiológica, é, certamente, uma condição parcial para a realização dos indivíduos na vida, uma condição que, ao mesmo tempo, abrange e é condicionada pelas determinações de sua existência como ser biológico. Implícita ou explicitamente, esta definição é aquela objetivamente adotada quando se busca avaliar as condições de saúde de certo universo humano ou o impacto sobre a saúde de uma dada intervenção (planos, projetos, programas, protocolos etc.). De fato, os conceitos e as medidas tanto de saúde autorreferida como aqueles de “expectativa de vida” ou “anos de vida saudáveis” ou, ainda, os seus correlatos negativos, os coeficientes de mortalidade e incapacidade, todos esses se referem, sem qualquer dúvida, à vitalidade, à capacidade psicofisiológica dos indivíduos.

Como vimos no tópico sobre a determinação social dos indivíduos, além da saúde, outras condições são necessárias para a realização dos indivíduos. Trata-se, em síntese, dos meios que a sociedade propicia, permite e determina para eles se desenvolverem e se realizarem. Há aqui o campo dos meios físicos, dos meios materiais e o campo dos meios intangíveis ou espirituais, por exemplo,

a educação, o respeito, o afeto, a atenção que os indivíduos, de acordo com suas posições no ordenamento social, reciprocamente se dão. Essas condições, essencialmente sociais, são, por sua vez, determinantes centrais das condições de saúde dos indivíduos.

Entende-se que, nesse amplo escopo, no complexo dinâmico do desenvolvimento humano, o campo institucional da saúde – o setor saúde – tem como objetivo específico a promoção, a proteção e a recuperação da vitalidade psicofisiológica. Essa é a sua responsabilidade institucional. Mas, com isso, não se restringe novamente a atuação do setor saúde ao campo biológico ou biopsíquico?

Claro que não. O que se obtém com essa delimitação do conceito de saúde não é a eliminação das dimensões sociais de seu universo de interesse teórico e do campo de sua prática. Ao contrário, essa delimitação explicita o compromisso do setor saúde e o seu objetivo específico na análise e intervenção social. Com essa delimitação é possível que a abordagem do social no setor saúde se torne mais objetiva, operacionalizável e eficaz.

## Seção 2

### Conceito de determinantes sociais da saúde

É consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade. E o que define suas possibilidades e forma as características das existências individuais no curso de suas vidas são: os meios materiais e espirituais, a capacidade de realizações a que os indivíduos têm acesso e sua teia de relações sociais. As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida.

Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico que caracterizam a pobreza ou à proteção contra esses riscos que caracterizam os estratos sociais medianos e de elevada renda. Não, há um campo de determinantes sociais sobre a saúde mais sutil, porém igualmente intenso. Trata-se do campo comumente chamado de determinantes psicossociais.

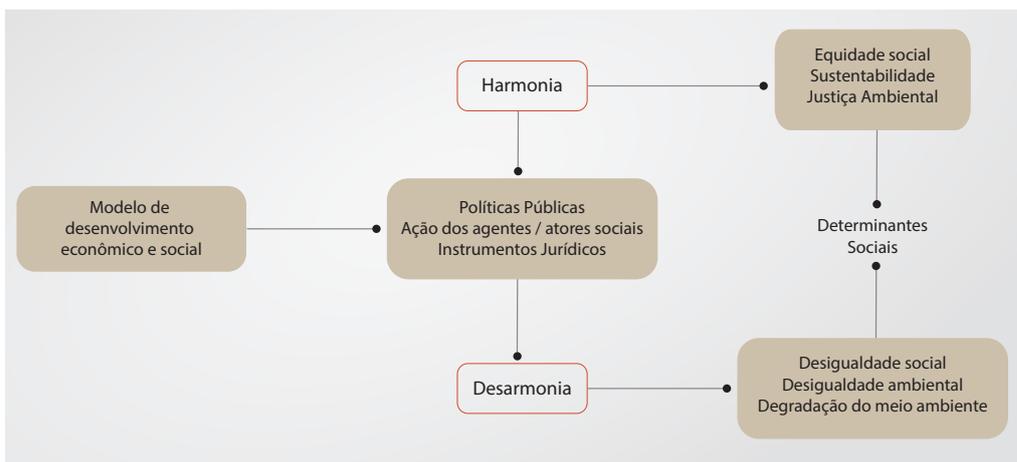
## Seção 3

### Evidências da determinação social da saúde

Afirmamos que há um consenso quanto à determinação social dos indivíduos no campo da teoria social. Esse consenso é, no entanto, quebrado por uma linha de pensamento que tem muita penetração no pensamento social e também na cultura médica. Trata-se da concepção liberal da economia e da sociedade, que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza.

No campo da saúde, essa visão naturalista e individualista da vida e dos comportamentos individuais encontra grande sintonia com a abordagem exclusivamente biológica dos problemas de saúde. A questão é muito diferente quando se trata das doenças e agravos não transmissíveis, que são os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse caso, as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação.

**Figura 2 - Relações entre modelo de desenvolvimento econômico e social e políticas e ações públicas, para determinação social da saúde**



Fonte: organizado pelos autores

## Seção 4

# Qualidade de vida, modo de viver e condições de vida: modelos de determinação social da saúde e da doença

### 4.1 A determinação social dos indivíduos

É consenso no pensamento social contemporâneo que os indivíduos são determinados por sua posição na sociedade. Todos reconhecemos que os meios materiais e espirituais para o desenvolvimento e a realização de capacidades a que os indivíduos têm acesso no curso de suas vidas, assim como a teia de relações peculiar nas quais cada indivíduo realiza a sua existência, definem as possibilidades e formam as características das existências individuais.

Essa determinação atravessa todas as dimensões da vida social. Pode-se considerá-la desde o nível mais amplo, em que encontramos as relações econômicas e macrosociais que hoje são, certamente, definidas no plano mundial.

Um exemplo claro e evidente dessa determinação macrosocial sobre a vida das pessoas é a acentuada diferença entre as possibilidades de desenvolvimento e realização pessoal para as populações dos diversos países. Para comprovar isso, basta você considerar, por um instante, o nível de proteção social que se tem nos países nórdicos como um extremo e na África subsaariana, como outro. É razoável supor que os níveis de saúde e de violência social geral, nessas diferentes sociedades, sejam determinados por aquela diferença no nível de proteção social.

É possível que algumas pessoas não se deem por satisfeitas com esse exemplo. Algumas podem atribuir essa diversidade nas condutas a diferenças naturais dos indivíduos que compõem as diferentes populações. A história tem comprovado o contrário. Como exemplo, podemos citar o fato de que as populações migrantes, com o tempo, adquirem características comportamentais próximas da cultura para onde migraram e isso é tão mais intenso quanto maior for a interação que estabelecem com essa nova cultura. No entanto, muitos podem ser reconfortados com a justificativa naturalista, porque ela nos desvia da crítica social.

Porém, o próximo exemplo é ainda mais marcante e nele a determinação social surge mais diretamente evidente. Esse exemplo está nas crises econômicas que, aqui e ali, acometem um ou vários países.

Na grande crise mundial que, em 1997/98, atingiu em cheio países do Sudeste asiático, a Rússia e o Brasil, a Indonésia viu a renda de mais de 30 milhões de pessoas caírem abaixo da linha da

pobreza e mais de 14 milhões de pessoas serem lançadas no desemprego em poucos meses. Não é difícil conceber o quanto isso representou em aumento de desespero, de violência em todos os níveis, de sofrimento e morte para essa população.

O preço em qualidade de vida cobrado pela crise financeira na Indonésia não foi plenamente computado nem divulgado e acredita-se que tenha sido parcialmente mitigado por pacotes de ajuda internacional, no bojo de importantes mudanças políticas, com a deposição do presidente do país. Para mais informações, ver:

- <http://www.unctad.org/en/docs/poedmm135.en.pdf>
- <http://www.medact.org/content/health/documents/poverty/Simms%20and%20Rowson%20-%20Reassessment%20of%20health%20effects%20Indonesia.pdf>

De todo modo, é mais que evidente que as grandes crises sociais cobram preço altíssimo em qualidade e duração da vida das pessoas. Esse fato está perfeitamente documentado nas crises que ocorreram nos vários países do Leste europeu com o fim do sistema soviético. A expectativa de vida aos 15 anos caiu na Rússia e na antiga União Soviética lentamente, desde a metade da década de 70, e drasticamente a partir dos anos 90 até o ano 2000. No total foram perdidos, em média, sete anos de vida para os homens e três para as mulheres (MARMOT, 2004).

As possibilidades para o desenvolvimento e a realização de capacidades individuais, as expectativas, os valores e o próprio caráter das pessoas são, de fato, profundamente marcados pela estrutura econômico-social geral que – acentuamos mais uma vez – é progressivamente mundial. Os padrões éticos em geral, o nível de competitividade entre as pessoas, os padrões e perfis mais gerais de consumo, etc. são certamente delineados nesse nível macrossocial.

### COMPORTAMENTOS DIVERSOS

Como, então, há tanta diversidade de comportamentos dentro das mesmas condições estruturais da sociedade?

Ocorre, **em primeiro lugar**, que as grandes estruturas econômicas da sociedade podem conviver com uma relativa diversidade e independência de padrões culturais. É possível, por exemplo, como vemos hoje, a estrutura capitalista desenvolver-se em culturas democráticas e com tradição de respeito aos direitos civis, assim como em culturas de padrão autoritário e até mesmo patriarcal.

Em **segundo lugar**, as grandes estruturas econômico-sociais vão se fazer presentes na vida das pessoas, determinando-lhes o modo de ser por uma série de mediações, de dimensões intermediárias, particulares, até a composição das condições de existência cotidiana de cada indivíduo. As condições materiais das diversas famílias e indivíduos numa mesma classe ou grupo social se aproximam bastante, mas alguma diferença está sempre presente, dadas as características próprias de cada família ou indivíduo, como a existência de algum patrimônio deixado por gerações anteriores. Do mesmo modo, as características culturais das pessoas numa classe ou grupo social tendem a certa homogeneidade, distinguindo as de outras classes e

grupos sociais. Os valores éticos, os gostos estéticos, as características das relações interpessoais (as relações amorosas e as relações entre adultos e crianças, por exemplo) têm traços comuns que marcam grupos sociais distintos. Porém, assim como nas condições materiais, as diferenças são também marcantes, dependendo da história particular de cada subgrupo pessoal, de cada família, de cada indivíduo.

**Por fim**, a última mediação na determinação da vida de cada indivíduo é o próprio indivíduo. Em seu patrimônio material e espiritual e nas condições reais de sua vida, os indivíduos sempre têm a possibilidade de fazer escolhas, que constituem um elemento característico de seu comportamento. Essas escolhas, aliadas ao comprometimento individual e coletivo que daí pode derivar, são momentos críticos para a transformação da própria estrutura social e dos padrões de relações e valores que conformam uma dada sociedade.

---

Até aqui tratamos da determinação social dos indivíduos em geral, mas o nosso objeto é a determinação social da saúde. Cabe, portanto, perguntar: a determinação social da saúde tem mecanismos próprios, peculiares ou pode ser entendida como a determinação geral dos indivíduos? Os mecanismos da determinação social da saúde são os mesmos da determinação social dos gostos estéticos ou dos valores éticos, por exemplo, ou são diversos destes?

Ao tratarmos da determinação social da saúde, torna-se obrigatória uma clara definição do que entendemos por saúde, sob pena de não se saber do que se está falando. Esse entendimento é importante para o esclarecimento dos mecanismos pelos quais essa determinação se dá e, portanto, também como ela pode ser modificada, transformada.

## 4.2 Os determinantes sociais da saúde

Examinando-se a determinação social dos indivíduos e especificando-se o que é a saúde, não é preciso muito esforço para compreender a determinação social da saúde.

No curso de nossa vida nos desenvolvemos – recebemos, reproduzimos e criamos meios de realização – e nos realizamos, de uma maneira ou de outra. O indivíduo, de acordo com sua posição no ordenamento social, tem acesso aos meios produzidos e disponibilizados pela humanidade, realizando suas potências naturais dentro das condições e possibilidades do meio social em que vive, assim como também realiza potências que são de origem essencialmente social. A realização de cada um constitui, por sua vez, momento ativo do desenvolvimento humano genérico. No seu desenvolvimento, os indivíduos organizam e transformam grupos humanos nos mais diversos níveis e, também, a própria humanidade. Então, por fim, para os próprios indivíduos, que são concentrações vivas e pontos de interação da rede social, a transformação da sociedade resulta em novas condições de ser, novas condições de sua existência, inclusive psicofisiológica.

As condições sociais são, efetivamente, base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. Isso se comprova pelo fato de que, ao retrocedermos nas séries causais dos principais grupos patológicos, daqueles

que têm mais magnitude e transcendência nas diversas sociedades, encontramos, entre os determinantes finais, com muito peso, as condições sociais de vida.

As condições de habitação e as condições ambientais do peridomicílio, a existência de restrições no acesso à alimentação e a outros bens fundamentais para a reprodução da vida, as características físicas das atividades realizadas no trabalho, assim como as condições do ambiente em que se realiza o trabalho podem implicar uma série de riscos à saúde que, em geral, estão além da possibilidade de controle por parte dos indivíduos. Essas condições são essencialmente determinadas pela posição dos indivíduos na hierarquia social e na divisão social do trabalho e da renda.

Localiza-se aí um campo da determinação social da saúde que podemos chamar, genericamente, de físico ou ambiental. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão submetidos os indivíduos conforme a sua posição social. Esse gradiente social se manifesta na comparação entre países e, no interior dos países, na comparação entre os diversos estratos sociais. A exposição a agentes biológicos, químicos ou físicos danosos, a deficiência nutricional, o desgaste físico generalizado ou o esforço repetitivo no trabalho são características das condições sociais de pobreza ou miséria que ainda acometem a maior parte da população mundial. Além da maior exposição a riscos, a vulnerabilidade das populações carentes é ampliada pela deficiência no acesso à educação e aos serviços de saúde, o que reduz a sua capacidade de lidar com esses riscos.

Mas a determinação social da saúde não está circunscrita aos males provenientes da exposição aos riscos de dano fisiológico que caracterizam a pobreza ou à proteção contra esses riscos que caracterizam os estratos sociais medianos e de elevada renda. Não, há um campo de determinantes sociais sobre a saúde mais sutil, porém igualmente intenso. Trata-se do campo comumente chamado de determinantes psicossociais.

O grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são igualmente determinantes de suas condições de saúde. De fato, esse campo da determinação social da saúde é cada vez mais relevante, estando na base da série causal dos principais problemas de saúde da atualidade, no mundo em geral e mesmo nos países de renda média e baixa, em particular.

Em relatório de 2005, a OMS postula que, no mundo em geral e nos países de média e baixa renda em particular, ao se considerar o impacto na mortalidade, os três principais problemas de saúde são, em ordem decrescente: doenças cardiovasculares, câncer e traumas; já ao se considerar o impacto sobre a perda de anos de vida saudáveis, os três principais problemas de saúde, também em ordem decrescente, são: doença mental, trauma e doença cardiovascular (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2005). É sabido que fatores psicossociais têm muito peso nas cadeias causais de todos esses problemas.

### 4.3 Evidências da determinação social da saúde

Afirmamos anteriormente que há um consenso quanto à determinação social dos indivíduos no campo da teoria social. Esse consenso é, no entanto, quebrado por uma linha de pensamento que tem muita penetração no pensamento social e também na cultura médica. Trata-se da concepção liberal da economia e da sociedade, que pretende que as atitudes e os comportamentos individuais sejam fundamentalmente frutos da escolha individual e que, em última instância, as bases da personalidade e do comportamento dos indivíduos sejam determinadas pela natureza.

No campo da saúde, essa visão naturalista e individualista da vida e dos comportamentos individuais encontra grande sintonia com a abordagem exclusivamente biológica dos problemas de saúde. Por um lado, esses problemas são reduzidos a fenômenos de base puramente natural, doenças cuja explicação só pode ser encontrada na determinação genética e em sua expressão fenotípica, condicionada pelo ambiente físico e pelos comportamentos individuais. Por outro lado, esses comportamentos são tratados como objeto de uma escolha individual que se pretende ser essencialmente livre, independentemente de determinantes sociais.

A doutrina da medicina baseada em evidências, capturada por esse foco exclusivo, não é capaz de reconhecer os determinantes sociais subjacentes aos principais problemas de saúde mundiais. As pesquisas para a determinação dos fatores de risco para problemas, como as neoplasias e as doenças cardiovasculares, quase sempre tratam esses determinantes sociais apenas como fatores de confusão (confounders).

Pearce (1996), um pesquisador neozelandês, mostra que significativo número de estudos sobre fatores de risco para diversos cânceres identifica a pobreza ou classe social baixa como fator de risco para a neoplasia, mas esses estudos tratam esse fator como mero confounder.

No entanto, a determinação social da saúde encontra as mais amplas evidências, seja na análise histórica, seja nos próprios padrões da pesquisa epidemiológica contemporânea. Obviamente, em qualquer caso, não se trata de negar a determinação genética das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face dos determinantes comportamentais e sociais.

São várias as evidências históricas de graves problemas de saúde que foram controlados ou mesmo desapareceram com a modificação das condições sociais de vida das populações, antes ou independentemente do acesso dessas populações a recursos médicos terapêuticos ou preventivos contra o problema. Caso bem estudado e documentado é o da tuberculose que, nos países desenvolvidos, teve a sua incidência drasticamente reduzida muito antes da descoberta e do início do uso dos primeiros tuberculostáticos, devido às melhorias das condições de habitação, nutrição e trabalho das massas que ocorreram nesses países a partir da segunda metade do século XIX -- ver, por exemplo, Mckeown (1976).

Esse exemplo, no entanto, refere-se àquele conjunto de determinantes sociais da saúde que denominamos físicos ou ambientais e que estão, de modo geral, vinculados às condições de pobreza e miséria. A alteração das condições da saúde em razão da alteração dessas condições ambientais, embora seja devida à mudança das relações sociais, ainda pode ser analisada no marco exclusivamente biológico e naturalista, que compreende o indivíduo isolado em sua relação com o meio.

A questão é muito diferente quando se trata das doenças e agravos não transmissíveis, que são os principais problemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse caso, as evidências são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, isto é, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida; e a qualidade e o caráter das interações sociais estão diretamente implicados nessa determinação.

O conjunto mais rico de evidências nesse sentido tem sido trazido por longos e amplos estudos de coorte sobre os funcionários públicos do Reino Unido, conhecidos como estudos Whitehall I e II.

O achado mais importante e consistente desses estudos é a existência de um gradiente no nível de saúde, medido pela expectativa de vida e pela incidência de doenças e eventos cardiovasculares, acompanhando rigorosamente o gradiente social. A expectativa de vida cresce e a incidência dos eventos cardiovasculares cai à medida que se eleva o nível hierárquico das categorias profissionais. A incidência de depressão também acompanha o mesmo gradiente social e é um forte preditor para suicídio, assim como para doença cardíaca. Esses resultados são corroborados por estudos realizados nos Estados Unidos e em outros países.

A correlação entre nível de saúde e condições sociais se manifesta também quando se considera não a posição dos indivíduos na hierarquia social, mas o seu nível educacional ou o nível social de seus pais.

Por outro lado, a correlação também se apresenta quando se consideram marcadores bioquímicos de risco cardiovascular, como o nível sérico de colesterol, triglicérides, glicose ou de fibrinogênio.

Do mesmo modo, os fatores de risco tradicionais, relacionados às doenças cardiovasculares, como o tabagismo, a obesidade central (medida pela relação cintura/quadril), o sedentarismo, a limitação nas relações pessoais, atribuídos ao comportamento de livre escolha individual, também acompanham o mesmo gradiente. Contudo, os estudos Whitehall mostram que esses fatores de risco respondem por apenas 30% do gradiente social em mortalidade.

Ora, se não são os chamados comportamentos de risco que podem explicar o gradiente social da mortalidade e do risco cardiovascular, o que poderia, então? Alguns dados ajudam a encontrar a pista para obtermos a resposta.

Os mesmos gradientes de mortalidade e de aterosclerose acompanham a hierarquia social também em primatas. Estudos em babuínos revelam também que os marcadores bioquímicos de estresse acompanham o mesmo gradiente de hierarquia social, sendo piores nos níveis mais baixos e melhorando progressivamente até o mais alto nível hierárquico. Essa correlação entre indicadores de estresse e nível hierárquico também é encontrada em crianças de 10 anos de idade, considerando-se o nível social de seus pais.

Além disso, tanto os estudos Whitehall como um conjunto de outros estudos de coorte enfatizam correlação negativa entre o nível de controle sobre as condições de trabalho e a doença coronariana ou a doença cardíaca em geral ou, ainda, com as desordens psiquiátricas menores e sintomas depressivos. À medida que cresce o nível de controle no trabalho, a incidência desses problemas se reduz.

Esse conjunto de dados, proveniente dos estudos Whitehall e outros, está consolidado nas obras de Michael Marmot e sintetizado em Wilkinson e Marmot (2003).

## Concluindo a Unidade 4

Parece razoável concluir, portanto, que fatores psicossociais como o nível de reconhecimento, autonomia e segurança, o balanço entre esforço e recompensa, entre demandas e controle, entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos conseguem ter forte impacto sobre o seu nível de saúde. Assim como a rede social que eles constroem durante a sua vida. Dessa forma, pode-se concluir que a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. Essa determinação realiza-se predominantemente pela mediação psíquica, sendo a via do estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação.

### VEJA O VÍDEO

Reaprendendo a olhar (REAPRENDENDO, 2011).

São apresentadas as diferentes formas de pensar saúde, como promover a saúde, o modelo biomédico e a determinação social da doença. Seus objetivos, neste estudo, são os de refletir sobre a influência das relações sociais na constituição dos modelos de saúde e sobre as diferentes formas de pensar o processo saúde-doença (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2011).

Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=qnugCPV6m2o>

### LEITURAS COMPLEMENTARES

O conceito de condições de saúde.

Este texto construído com base no agrupamento de partes literalmente extraídas do livro: MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012 (MENDES, 2002).

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3936.pdf>

Cartas de promoção da saúde

Reúne os documentos de referência resultantes do processo de discussão e construção coletiva sobre os conceitos fundamentais abordados no contexto da Promoção da Saúde, realizado em várias partes do mundo. A Carta de Ottawa e a Declaração do México estão sendo publicadas na íntegra. Os demais documentos (Declaração de Alma-Ata, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses) foram compilados.

Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)