



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research
Vol. 10, Issue, 03, pp. 34910-34914, March, 2020



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

¹Thamires Lunguinho Cavalcante, ²Lydia Maria Tavares, ³Waléria Vidal Luciano, ³Lorena Pereira Bernardo, ³Jamile de Melo Casado Pereira, ⁴Alice Maria Parente de Sá Barreto, ⁵Kátia Monaísa Figueiredo Medeiros, ⁵Maria Ludvania Romualdo Duarte, ⁵Francisca Moraes da Silva, ⁵Isaac de Sousa Araújo, ⁵João Marcos Ferreira de Lima Silva e ^{*2}Woneska Rodrigues Pinheiro

¹Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), Curitiba, Paraná, Brasil; ²Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará, Brasil; ³Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ), Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil; ⁴Universidade Potiguar (UnP), Rio Grande do Norte, Brasil; ⁵Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 19th December, 2019
Received in revised form
14th January, 2020
Accepted 28th February, 2020
Published online 31st March, 2020

Key Words:

Determinantes sociais da saúde.
Estratégia de saúde da família.
Saúde pública.

*Corresponding author:

Woneska Rodrigues Pinheiro

ABSTRACT

Este estudo objetivou verificar o discurso dos profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família em relação aos Determinantes Sociais da Saúde e seu enfrentamento. Foi realizado um estudo exploratório, transversal de cunho qualitativo com abordagem hermenêutica-dialética. A população do estudo foi constituída por profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Os dados foram coletados através de entrevista, utilizando questionário previamente estruturado. Foram analisados pelo método do discurso do sujeito coletivo. Emergiram as seguintes temáticas: condições de moradia, lazer e trabalho como influenciadores da presença ou ausência de saúde da população; e educação em saúde e a intersetorialidade enquanto estratégias para o enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde. Os profissionais possuem alguma consciência sobre a estreita relação entre condições sociais e condições de saúde, porém ainda não é suficiente para um enfrentamento efetivo destes determinantes na busca de promoção da saúde.

Copyright © 2020, Thamires Lunguinho Cavalcante et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Thamires Lunguinho Cavalcante, Lydia Maria Tavares, Waléria Vidal Luciano, Lorena Pereira Bernardo et al. 2020. "O discurso dos profissionais da estratégia saúde da família acerca dos determinantes sociais da saúde", *International Journal of Development Research*, 10, (03), 34910-34914.

INTRODUCTION

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é entendido como o perfeito bem-estar físico, social e psicológico, não se resumindo apenas a mera ausência de enfermidade no indivíduo. O nível de saúde da população depende ainda das características de cada contexto sociocultural e psicológico que uma determinada comunidade está inserida e ao significado que cada indivíduo atribui ao seu modo de viver (DALMOLIN *et al.*, 2011). O conceito de doença sofreu modificações através dos séculos. Ao olhar atual em saúde pública, a doença se apresenta como uma falha nos mecanismos de adaptação do organismo, ou ainda como uma ausência de reação do corpo ao estímulo que está exposto, em

meio às influências ambientais e sociais presentes no processo (PINHEIRO; CHAVES; JORGE, 2004). Nesse âmbito de história natural da doença, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) se consolida como uma rede complexa de fatores que se interligam, caracterizam e influenciam em diferentes níveis as condições sociais cotidianas nas quais os indivíduos estão inseridos. São considerados os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais ou pessoais que têm abrangência para influenciar o modo de viver coletivo, bem como seu bem-estar e as situações que determinam saúde/doença para a comunidade (SANT'ANNA *et al.*, 2010). O conceito de DSS mais difundido hoje é adotado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que os caracteriza como "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”. Essa definição aborda todas as condições de vida e trabalho, e, portanto, se torna a mais abrangente e utilizada entre os demais autores para tratar de DSS (PERREAULT; CARVALHO; BARROS, 2013). No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde surgiu em 2006 por meio da Portaria MS/1358, de 23/06/06. Entre outros objetivos da comissão, destaca-se: produzir informações sobre DSS, favorecer a criação de políticas públicas na área que visem o enfrentamento desses determinantes, chamar atenção da sociedade civil e das instâncias governamentais para o tema (SOBRAL; FREITAS, 2010). Essa interdependência entre condições sociais e condições de saúde por vezes se expressa por níveis de saúde distintos entre as partes mais discordantes. Isso resulta em qualidade de vida diferenciada em locais que compartilham do mesmo setor saúde. Por essa razão, se faz necessário uma abordagem do enfrentamento no âmbito dos sistemas de saúde, na dimensão social e coletiva, política, cultural e econômica, sobre tais fatores e como eles são alvos de ações de intervenção em cada nível (BADZIAK; MOURA, 2010).

Nesse contexto, destaca-se o papel da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) como geradores e transformadores das ações que ampliem o plano assistencial para as necessidades da população, valorizando a autonomia dos sujeitos, e contribuindo assim, para a promoção da saúde e da equidade no acesso a serviços do Sistema Único de Saúde (SILVA, 2011). A Atenção Primária a Saúde (APS), que está inserida como operacionalização da ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), se materializa por meio da ESF, e se apresenta como o centro das necessidades de saúde da comunidade. Além disso, é o local de execução de práticas transformadoras a partir das necessidades apontadas pelos usuários do serviço. Sendo assim, a compreensão por parte dos profissionais ligados a assistência primária à saúde das condições sociais as quais sua comunidade está inserida em determinado tempo e espaço, bem como da dinamicidade de fatores sociais existentes, facilita a atuação prática dos profissionais de saúde (DOWBOR; WESTPHAL, 2013). Há evidências de que a abordagem sobre os DSS não é nova, mas, ainda, abordada com timidez pelas políticas de saúde e desenvolvimento da maioria dos países. A criação da CNDSS pela OMS foi um avanço, porém é necessária ainda a intervenção de outros setores, principalmente daqueles que estão diretamente ligados à gestão, para a promoção de estratégias que visem atender a reais necessidades sociais que influenciam diretamente no nível de saúde dos indivíduos e das coletividades (ZIONI; WESTPHAL, 2007). Assim, este estudo objetivou verificar o discurso dos profissionais de saúde atuantes na ESF em relação aos DSS e seu enfrentamento, na produção de cuidados em saúde no cotidiano do trabalho.

MÉTODO

Foi realizado um estudo exploratório, transversal de cunho qualitativo com abordagem hermenêutica-dialética. A população do estudo foi constituída por profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, atuantes na ESF, de um município do interior do Estado do Ceará, Brasil. A amostra foi composta por profissionais que atenderam aos critérios de inclusão: ser profissional médico, enfermeiro e cirurgião dentista, atuante na ESF há no mínimo seis meses (período cronometrado a partir da abordagem do profissional para

possível participação do estudo); aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e pós-esclarecido. Foram excluídos da amostra os profissionais que se encontravam afastados das atividades laborais por licença, de qualquer natureza, ou gozo de férias no período delimitado para a coleta de dados. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista, gravada em meio digital, com ciência e autorização dos participantes do estudo, utilizando questionário previamente estruturado. Este instrumento foi constituído por perguntas subjetivas, abordando o contexto da temática em estudo, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. Para verificação da viabilidade e certeza de que as perguntas contidas no questionário teriam chances significativas para atender aos objetivos deste estudo, foi realizado uma análise semântica que ocorreu mediante a averiguação da compreensão dos questionamentos do instrumento por parte de 05 profissionais, de nível superior, atuantes na atenção primária a saúde, escolhidos aleatoriamente. Após a leitura de cada item, os voluntários foram convidados a reproduzir com suas próprias palavras a compreensão do que havia sido perguntado. Quando havia compatibilidade entre o propósito do questionamento e o entendimento destes profissionais, o item permanecia. Por outro lado, havendo divergência, o item era reformulado levando-se em consideração as sugestões dadas pelos voluntários.

Para a validação de conteúdo do formulário, três *experts* na área deste estudo foram consultados para analisarem a adequabilidade dos itens. A coleta de dados foi iniciada em março de 2016 e foi concluída em janeiro de 2017. O município sede da pesquisa conta com 66 equipes da ESF, com o total aproximado de 200 profissionais, entre médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Percorreu-se todas as Unidades Básicas de Saúde, do município campo de estudo, obtendo-se uma amostra de 70 profissionais participantes do estudo. A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores, no horário de turno de trabalho dos profissionais da ESF. Em um primeiro momento foi realizado um contato prévio com cada profissional para explicar o objetivo da pesquisa e verificação da disponibilidade para participação no estudo. Quando havia disponibilidade do profissional a entrevista era realizada, já neste primeiro contato, caso contrário a entrevista era agendada conforme oportuno ao participante. Os dados coletados foram organizados e analisados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com a obtenção das ideias centrais/âncoras e as suas correspondentes expressões-chave. Essas compõem um ou vários discursos-síntese, que são os discursos do sujeito coletivo.

O DSC constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa, que permite uma coletividade falar, como se fosse um único indivíduo. A matéria prima a ser trabalhada por este método é o pensar, expresso de forma discursiva. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo, que se inicia com a decomposição destes nas principais ideias centrais ou âncoras em cada um e em todos reunidos, seguindo-se uma síntese que visa à reconstituição discursiva da representação social (LÉFEVRE; LÉFEVRE, 2005). Após a organização dos dados emergiram temáticas com suas respectivas ideias centrais, a saber: Condições de moradia, lazer e trabalho como influenciadores da presença ou ausência de saúde da população; e educação em saúde e a intersetorialidade enquanto estratégias para o enfrentamento dos DSS e promoção da saúde. Em atendimento

a Resolução nº 466/12 do Comitê Nacional de Saúde, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e foi aprovado sob o parecer nº 1.056.826.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram organizados, tabulados e apresentados nas seções subsequentes. Ademais, visando embasar o conteúdo supracitado foi feito um contraponto entre os discursos dos profissionais e a literatura já existente acerca da temática.

Condições de moradia, lazer e trabalho como influenciadores da presença ou ausência de saúde da população

Buscou-se verificar quais as percepções conceituais que os profissionais da ESF atribuem aos DSS.

De acordo com a análise dos discursos dos participantes deste estudo, a definição prevalente atribuída aos DSS está relacionada a condições socioeconômicas que influenciam no processo de saúde-doença da população como evidencia o DSC 1.

DSC 1: *“Determinantes sociais são fatores relacionados à comunidade que determinam sua parte social, e ainda influenciam situações de saúde e doença, bem como as condições de vida daquela população. Daí temos então, os determinantes sociais de saúde. É possível destacar as condições de moradia, lazer e trabalho como influenciadores da presença ou ausência de saúde da população.”*

O motivo do adoecimento das pessoas e a causa do adoecimento diferentemente umas das outras é uma discussão que esteve sempre presente na história. As explicações e reflexões sobre este assunto sofrem variações ao longo do tempo e para uma discussão mais coerente sobre esta temática tornou-se necessário a abordagem de casos individuais e a causalidade, assim como a distribuição da saúde e doença nas populações e suas condições determinantes, surgindo dentro deste contexto um diálogo sobre os determinantes sociais da saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

O DSC 1, não se distancia das definições apresentadas na literatura sobre os DSS. Além disso, é notório que diversos estudos que contemplam os DSS se apoderam do conceito adotado pela CNDSS, caudatário da definição proposta por Dahlgren e Whitehead. Assim, percebe-se que a definição desse constructo fomenta que os riscos potenciais para adoecer estão vinculadas ao princípio das questões sociais que envolvem a população. Portanto, todos os fatores de ordem social podem influenciar no processo saúde-doença em determinada comunidade (BUSS; FILHO PELLEGRINI, 2007). Observou-se que há uma forte percepção por parte das profissionais da saúde de que alguns aspectos das condições de vida e trabalho têm um impacto nos processos de saúde e adoecimento da comunidade e nas ações de cuidado à saúde. Em termos mais abrangentes, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento. Esta apropriação se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção, sendo que o processo saúde-doença apresenta simultaneamente caráter social e biológico, ou seja, as

condições de saúde de um grupo estão relacionadas às condições sociais deste, evidenciando a problemática de forma mais abrangente do que a mera descrição biológica das condições de saúde (ROCHA; DAVID, 2015).

Os DSS são compreendidos pela Organização Mundial de Saúde como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, sendo que as desigualdades que se manifestam nestas condições também geram desigualdades de saúde (CNDSS, 2008; GONTIJO, 2010). Desta forma, em geral, considera-se que os DSS são as relações entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos com a sua situação de saúde. A OMS adota uma definição mais sucinta sobre os DSS, os quais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (ROCHA; DAVID, 2015). Assim, o impacto de uma determinada doença, e mesmo a vulnerabilidade a esta, está relacionado aos determinantes biológicos pré-estabelecidos (idade, sexo, predisposições genéticas, etc.) que interagem com as consequências dos processos de estratificação social a partir de critérios como gênero, etnia, classe econômica, nível de habilidade e idade. Estes processos configuram diferentes possibilidades de vida e de acesso aos serviços essenciais de proteção e promoção da saúde, de exposição às circunstâncias que trazem danos à saúde (biológicos, sociais, psicológicos e econômicos) de enfrentamento destas circunstâncias pelos sujeitos e coletividades (GONTIJO, 2010).

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuraram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde (CNDSS, 2008). Estas teorias têm sua utilidade no que diz respeito ao norteamento de ação sobre os determinantes sociais. Estes modelos auxiliam a compreender os processos causais que sustentam as desigualdades na saúde, e avaliar de forma realista o que pode ser feito para alterá-los, exige a compreensão de como o poder operar em múltiplas dimensões das relações econômicas, sociais e políticas (CSDH, 2007). Dentre os principais modelos mencionados pela CSDH e a CNDSS, há aqueles propostos por Diderichsen e Hallqvist, que foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead, o modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson e o modelo de Dahlgren e Whitehead. Esses modelos são particularmente importantes para demonstrar as formas de contribuição dos determinantes sociais da saúde sobre as iniquidades na saúde em vários grupos sociais (CNDSS, 2008; CSDH, 2007). O modelo de referência adotado pela CNDSS é de Dahlgren e Whitehead de 1991, conhecido como influências em camadas. Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades, a escolha desse modelo se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e principalmente pela clareza na visualização gráfica dos diversos DSS (CNDSS, 2008).

Nesse modelo conceitual, os determinantes sociais da saúde são abordados em diferentes camadas, desde aquelas que expressam as características individuais dos indivíduos, passando pelas que representam os seus comportamentos e estilos de vida individuais, até as camadas mais intermediárias, representadas pelas redes comunitárias e de apoio. Logo após estão os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, finalizando pela camada que expressa

os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, sociais e ambientais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Desta forma, é possível visualizar o contexto que compõem nossas vidas e analisar as relações entre elas, sem esquecer que o modo de viver é uma composição de circunstâncias, bem como os territórios representam a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde. Neste sentido, a percepção da exclusão social enquanto um processo social e não como um estado ou fatalidade, amplia as possibilidades de compreensão dos profissionais de saúde no que se refere a origem e casuística das privações e inequidades, contribuindo para o desenvolvimento de formas mais apropriadas e efetivas de abordagem destas questões. A partir desta concepção compreende-se que a promoção da equidade em saúde perpassa por ações sobre os DSS e requer um processo político de redistribuição de poder promovendo o empoderamento de indivíduos e grupos em situação de desvantagem social. Infere-se que as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas somente por fatores biológicos, pois estas resultam também de hábitos e comportamentos construídos socialmente e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo.

Em suma, salienta-se que os conceitos apresentados pelos profissionais se assemelham aos princípios teóricos encontrados na literatura acerca do assunto abordado neste estudo, o que se caracteriza como fator positivo para o enfrentamento dos DSS para a promoção de saúde. Profissionais que se apropriam do conhecimento sobre o assunto tem mais chances de promover um trabalho emponderador e realmente transformador das realidades desfavoráveis da comunidade para que ela possa obter pleno potencial de ser saudável. Desta forma, tem-se que este conceito não está distante dos profissionais atuantes na ESF, como já foi outrora. Na contemporaneidade a discussão sobre os DSS esta cada vez mais presente no âmbito da ESF e em outras esferas de assistências a saúde. Faz-se necessário fortalecer ainda mais esta discussão não somente entre os profissionais de saúde, mas na comunidade como um todo, para que todos possam trabalhar pelo combate as iniquidades sociais potencializando as chances de todos os indivíduos serem igualmente saudáveis.

Educação em saúde e a intersetorialidade enquanto estratégias para o enfrentamento dos DSS e promoção da saúde

As ações de enfrentamento das condições sociais desfavoráveis da população, objetivam a promoção da saúde. Desse modo, questionou-se aos participantes do estudo sobre as ações realizadas acerca do enfrentamento dos DSS em seu cotidiano de trabalho para promoção da saúde das populações. Os discursos englobam a educação em saúde e a intersetorialidade enquanto estratégias para o enfrentamento dos DSS e promoção da saúde.

DSC 2: *“Realizamos palestras, rodas de conversa, sempre promovendo a educação em saúde, como por exemplo a gente estimulava a prevenção de verminoses, escovação dentária, lavagem de alimentos. Isso também é trabalhar os DSS.”*

A educação é reconhecida pelas profissionais de saúde como uma importante ferramenta para a produção de cuidado em saúde, por possibilitar a realização de orientações para

prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde. Nesse caso, entende-se que os serviços de saúde aparecem como espaços legítimos para transmissão do conhecimento de informações necessárias para um melhor viver, para responder às necessidades de saúde da população e para promover a educação em saúde. Os profissionais referem à educação em saúde como instrumento para enfrentar os DSS em suas comunidades. A educação em saúde pode ser entendida como uma prática de capacitação da comunidade para o autocuidado e para o enfrentamento do processo de saúde e doença, que pode ser estabelecido através de ações que compartilhem informações para a população, como forma de intercambiar o saber popular com o científico (JAHN *et al.*, 2012).

A educação em saúde deve ser utilizada como ferramenta de empoderamento social. Assim, o indivíduo é estimulado e preparado a tomar as decisões que irão influenciar positivamente em sua vida, de sua família e de sua comunidade no que diz respeito a assumir atitudes que promovam saúde e bem viver (JAHN *et al.*, 2012). Os determinantes de abrangência intermediária, como as redes comunitárias, a busca por melhores condições de trabalho, educação e lazer, devem ser lembrados e trabalhados pelos profissionais da ESF para promoção da saúde em potencial. A intersetorialidade também aparece no discurso do sujeito coletivo como estratégia de enfrentamento dos DSS, como pode observar no DCS 3:

DSC 3: *“Nós acionamos a assistência social ao identificar a necessidade pela família. Assim como trabalhamos em comunhão com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Assim, podemos intervir em algumas realidades desfavoráveis para a promoção da saúde.”*

Nos depoimentos das profissionais de saúde, a intersetorialidade é lembrada como uma ação que potencializa o cuidado em saúde integral, pois permite responder as necessidades de saúde da população. A intersetorialidade é definida como uma articulação ou junção entre os distintos setores para analisar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (MORETTI, 2010). A intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade, envolvendo os diversos setores: saúde, educação, trabalho e outras dimensões sociais. Assim envolvendo ações integradas de vários setores, concretizando como uma junção, visando promover um impacto positivo nas condições de vida da população (SCHUTZ; MIOTO, 2010). É tida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, essa articulação entre os sujeitos de setores sociais diversos tem como intuito o de enfrentar problemas complexos, assim a possibilidade de uma nova forma de abordagem das necessidades da população, voltada na complementaridade de setores, na perspectiva da superação da fragmentação (SCHUTZ; MIOTO, 2010). A intersetorialidade é evocada pelos profissionais em seu discurso contudo, ainda é uma maneira de intervenção que precisa ser mais bem articulada com diversos segmentos para alcançar resultados mais positivos em relação aos DSS, bem como para enriquecer os horizontes terapêuticos. Necessita ser pensada através de processos organizados e coletivos, e de ações deliberadas que pressupõem o respeito à diversidade e as particularidades dos atores envolvidos.

Considerações finais

Este estudo traz que os padrões e fatores sociais impelem uma nova abordagem no modo de pensar a saúde, fomentando a inegável influência dessas condições no processo saúde-doença. Tais constatações estão inseridas nos contextos global e nacional acerca do campo da saúde. Em relação à percepção dos profissionais sobre a temática, foi constatado que eles possuem um conceito que não se distancia daquele apresentado pelos estudos que abordam os DSS. Achado que pode ser justificado pela ascensão da temática nos últimos anos, e pela participação do Brasil nas organizações que estudam esses determinantes e sua influência na saúde da comunidade. Constatou-se também que a comunidade estudada possui alguma consciência sobre a estreita relação entre condições sociais e condições de saúde, porém esta consciência ainda não é suficiente para um enfrentamento efetivo dos DSS na busca de promoção da saúde. É importante perceber que há ainda pouco conhecimento acumulado sobre a complexidade de todos os determinantes do processo saúde-doença e dos modos como pode-se desenvolver ações de cuidado em saúde e buscar resoluções satisfatórias às necessidades de saúde dos usuários dos serviços de atenção básica. O conhecimento dos DSS e a reflexão sobre estratégias para seu enfrentamento por parte dos profissionais da saúde e comunidade, principalmente a nível de atenção primária a saúde é fundamental para legitimação do direito a saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Badziak RPF, Moura VEV. 2010. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Rev. Saúde Pública.* 3: 69-79.
- Buss PM, Filho AP. 2007. A Saúde e seus determinantes Sociais. *Rev. Saúde Coletiva.* 17: 77-93.
- CNDSS - COMISSÃO NACIONAL PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. 2008. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. *Rio de Janeiro:* Fiocruz.
- CSDH - COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. A conceptual framework for action on the social determinants of Health (2007). Geneva: WHO.
- Dalmolin BB, Backes DS, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé JS, Gehlen MH. 2011. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery.* 15: 389-394.
- Dowbor TP, Westphal MF. 2013. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 47: 781-90
- Gontijo DT. 2010. Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde. *Rev. Eletr. Enf.* 12(1):1.
- Jahn AC, Guzzo PC, Costa MC, Silva EB, Guth EJ, Lima SBS. 2012. Educação popular em saúde: metodologia potencializadora das ações do enfermeiro. *Rev Enferm UFSM.* 2: 547-552.
- Lêfevre F, Lêfevre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul. Educ;* 2005
- Moretti AC. et al. 2010. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc. Saúde Coletiva.* 15:1827-1834.
- Perreault M, Carvalho ER, Barros FPC. 2013. O direito à saúde como um dos principais Determinantes Sociais da Saúde. *Rev Enferm UFSM.* 4: 719-728.
- Pinheiro JN, Chaves MC, Jorge MSB. 2004. A concepção de doença nas perspectivas: histórica, filosófica, antropológica, epistemológica e política. *Rev. RENE.* 5: 93-100.
- Rocha PR, david HMSL. 2015. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 49(1):129-135.
- Sant'anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Erdmann AL, Soares JFS. 2010. DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enfermagem.* 31: 92-99.
- Schutz F, Mioto RCT. 2010. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate.* 16(1):59-75.
- Silva VLM. 2011. Os determinantes Sociais da Saúde e o Projeto Família Saudável: possibilidades e limites. *Revista VÉRTICES.* 13: 61-78.
- Sobral A, Freitas CM. 2010. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. *Rev. Saúde Sociedade.* 19: 35-47.
- Zioni F, Westphal MF. 2007. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social. *Rev. Saúde Sociedade.* 16: 26-34.
