I – Contextualizando a saúde: marcos teóricos e perspectiva

1. Panorama da saúde no mundo e no Brasil

José do Vale Pinheiro Feitosa
Maria José Procópio
Miguel Aiub Hijjar

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FEITOSA, J.V.P., PROCÓPIO, M.J., and HIJJAR, M.A. Panorama da saúde no mundo e no Brasil. In: PROCÓPIO, M.J., org. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço* [online]. 7th ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 21-32. ISBN: 978-85-7541-565-8. Available from: doi: [10.7476/9788575415658.0003](https://doi.org/10.7476/9788575415658.0003). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/zyx3r/epub/procopio-9788575415658.epub>

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ALMANAK

I Contextualizando
a saúde: marcos teóricos e
perspectivas

LIGA BRASILEIRA
CONTRA A
TUBERCULOSE

1. Panorama da saúde no mundo e no Brasil

José do Vale Pinheiro Feitosa, Maria José Procópio e Miguel Aiub Hijjar

Guerras em vários continentes, conflitos civis armados e a violência urbana e no campo são agravantes da deterioração da saúde mundial. A concentração da renda, o desemprego, a ausência de redes de proteção social, as grandes migrações, a redução do papel dos Estados Nacionais e a **globalização** estão entre as causas dos conflitos armados, além de diretamente associados à fome, ao desequilíbrio ecológico (incluindo o aquecimento global) e à rápida difusão de doenças. Esses fatores, associados à pouca resposta dos sistemas públicos de saúde de muitos países, à **mercantilização** da saúde e à decadência de sistemas organizados, estão por trás de epidemias, da persistência de endemias clássicas, pela reemergência de doenças já em fase de controle e pelo surgimento e disseminação de novas doenças.

As grandes questões mundiais da saúde

O século XXI trouxe a ampliação do fenômeno da globalização, e a percepção de sua inevitabilidade acentuou-se. Os principais elos econômicos dessa cadeia são: a inserção da dinâmica capitalista e a consolidação do capitalismo como fenômeno universal e o advento do **neoliberalismo**. Atualmente, essa cadeia entrou em crise, com importantes repercussões sociais, redução do crescimento econômico, falências de empresas e das famílias, desemprego, aumento da dívida pública, destruição das redes de proteção social e conflitos de grandes dimensões. A economia global reduziu seu crescimento como consequência da recessão em países ricos, que deprimiu seu consumo interno.

Globalização é um dos processos de aprofundamento da integração econômica, social, cultural e política, resultante do barateamento dos meios de transporte e da agilização da comunicação entre os países do mundo ocorridos no final do século XX e início do século XXI. As principais características da globalização são a homogeneização dos centros urbanos, a expansão das corporações econômicas e financeiras para regiões fora de seus núcleos geopolíticos, a revolução tecnológica nas comunicações e na eletrônica, a reorganização geopolítica do mundo em blocos comerciais (não mais ideológicos), a hibridização entre culturas populares locais e uma cultura de massa universal, entre outras. O centro da globalização como conceito esteve na chamada globalização financeira, que liberou capitais sem regulação dos Estados Nacionais, impondo a livre circulação de capitais, endividando as Nações e se encontrando na raiz da atual crise econômica em face da chamada Dívida Soberana dos Estados, cujos avalistas principais são as riquezas e os impostos dos povos.

Mercantilização é o ato ou efeito de transformar qualquer coisa em mercadoria. O diagnóstico e o tratamento de doenças, cada vez mais, se transformam em mercadorias com transações comerciais e são vistos, assim como a educação, como bens de consumo, e não mais como um direito. Essa situação implica que o poder social e político exerçam o controle de incorporação de tecnologias. O poder econômico dos grandes laboratórios e empresas de biotecnologias e equipamentos médicos exerce enorme pressão sobre as decisões de base científica e o poder político constituído. Por isso, a avaliação e o controle da incorporação e o uso da tecnologia são fundamentais na atualidade, especialmente em países nos quais a saúde é uma questão de Estado, como no Brasil.

Neoliberalismo é um movimento ideológico reconhecido no chamado Consenso de Washington, que visa reduzir o papel do Estado e as políticas sociais com a finalidade de liberar recursos para as transações de mercado, sem regulação estatal. Ele toma forma no final da década de setenta do século XX, com o “reaganismo” nos Estados Unidos e o “thatcherismo” na Inglaterra, e consiste, essencialmente, em uma tentativa de recompor a primazia do capital. Renega as formas de social-democracia que acompanham o estágio intensivo, nega a crise estrutural e histórica do capitalismo e volta-se às origens desse, ao tempo do liberalismo – daí o nome de neoliberalismo.

Nesse contexto, os Estados Nacionais não responderam mais pelas demandas de investimento, acentuaram-se as migrações transcontinentais de populações em busca de oportunidades, os conflitos sociais e as guerras civis. Superpopulação e aumento da esperança de vida são outros fatores complicadores desse quadro.

As migrações humanas no século XXI, incluindo partidas, trânsito e chegadas, já atingiram a cifra de 214 milhões de pessoas que vivem fora de sua terra natal. Entre essas, existem 15,4 milhões de refugiados e quase um milhão solicitando asilo. Estima-se que 27,1 milhões de pessoas sofram perseguições em seus próprios países e fujam para outras regiões dentro deles. As catástrofes naturais e ecológicas estão entre as causas de migrações, no entanto, o maior peso se deve a desigualdades econômicas e sociais, perseguições políticas, religiosas, étnicas, falta de oportunidades, entre outras mais. Considere-se que o próprio sucesso econômico e social de regiões e países são fatores de atração para migrações, incluindo-se aí o chamamento dos compatriotas por aqueles que já migraram e o recrutamento de pessoas por organizações, inclusive de tráfico humano.

No Brasil, a migração interna é muito intensa. Segundo dados do IBGE (2010), entre 1960 e 2000, mais de 40 milhões de pessoas trocaram o campo pelas cidades. Elas encontraram cidades sem estrutura física para hospedá-las, gerando inúmeros bairros populares, com serviços essenciais precários. Embora as migrações tendam a se reduzir, sua ocorrência ainda é muito grande, representando nos anos 2000 um pouco mais de 15% da população. No entanto, nos últimos anos, a tendência das migrações no país deixou de ser de grandes distâncias, passando a ser de pequenas distâncias, dentro das regiões e entre cidades de pequeno e médio porte. Além disso, é cada vez maior a migração individual, sem que se arraste toda a família.

Como forma de enfrentamento, a Organização das Nações Unidas (ONU) preparou um conjunto de metas conhecidas como “Metas do Milênio”, as quais deveriam reverter essa situação em um determinado prazo. As metas consistem em: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a tuberculose, a malária e outras doenças; garantir sustentabilidade ambiental e estabelecer parceria mundial para o desenvolvimento.

Com a previsão do prolongamento da crise econômica mundial, criam-se obstáculos ao cumprimento das principais Metas do Milênio. Certamente

haverá redução dos recursos necessários para o desenvolvimento dos programas que causem impacto nas metas. Por outro lado, países onde os problemas a serem enfrentados eram mínimos, com a crise, passam a influenciar negativamente os indicadores que se pretendia modificar.

A redução do investimento social implicou desordenamento das estruturas urbanas, com deficiência dos serviços essenciais (moradia, água, esgoto, transporte etc.), falência das políticas de segurança pública, ineficiência das políticas de educação e timidez dos sistemas de saúde pública. Para a saúde, a referida cadeia de eventos e seus contextos geram um panorama caracterizado pelo aumento de mortalidade por causas externas (devidas à violência); mutilações físicas e psíquicas; fome e doenças a ela associadas; disseminação territorial de doenças novas; ressurgimento de doenças tidas como controladas; ampliação de riscos de adoecimento e do surgimento de questões típicas da qualidade da atenção de saúde, como o caso do aumento de resistências do bacilo da tuberculose aos quimioterápicos.

Em dezembro de 2012, a revista *The Lancet* publicou uma análise sobre a Carga Global de Doenças no mundo, analisando a mortalidade em 187 países (GLOBAL..., 2012). Nesse estudo observou-se que a esperança de vida ao nascer em nível mundial aumentou, entre 1970 e 2010, em 11,1 anos entre homens (56,4 anos para 67,5 anos) e 12,1 anos entre mulheres (61,2 anos para 73,3 anos). Houve uma redução substancial nas taxas de mortalidade no leste e na região subsaariana da África, coincidindo com o aumento de cobertura da terapia antirretroviral e de medidas preventivas contra a malária.

A mudança no curso das mortes entre humanos é mais substancial ainda. A população global aumentou muito em todas as nações e, especialmente, naquelas de menor progresso econômico e social, e mesmo assim as pessoas estão morrendo com mais idade. Entre 1970 e 2010, houve um acréscimo de 21,9% no número global de mortes, o que reflete o aumento demográfico, mas nesse total de óbitos, proporcionalmente, ocorreram mais mortes após os 70 anos, sendo 42,8% (em 1990, eram 33,1%), e as mortes após os 80 anos já representam 22,9% do total. Desde 1970 houve uma redução de 60% nas mortes em crianças menores de cinco anos.

O estudo conclui que é preciso direcionar esforços para reduzir a mortalidade em países de baixa renda e de renda média. Mostra-se preocupado com os sistemas de registros, advogando uma melhoria geral nos sistemas de registros civis com a finalidade de melhorar o acompanhamento da mortalidade em todos os povos. Um bom sistema de registro é crucial para que não se confundam os objetivos do Desenvolvimento do Milênio.

Tanto no sentido da política de saúde mundial como em relação às nações, é preciso enfrentar a enorme contradição surgida com a lei das patentes e a monopolização industrial e mercantil do progresso científico de natureza biotecnológica. As patentes que protegem os investimentos no desenvolvimento tecnológico têm se mostrado como um fator regressivo ao retirar a possibilidade desse desenvolvimento atingir a todos. Essa questão ficou muito clara em relação aos retrovírus, quando a epidemia de Aids atingiu pontos máximos na África e os laboratórios queriam sua reserva de lucros ampliada.

Em decorrência dessa contradição, surge outra, que é o controle político das empresas por parte de nações poderosas, as quais usam de suas prerrogativas para sabotar e boicotar políticas de saúde dos povos, agindo através das empresas multinacionais que têm sede em seu território. O exemplo clássico dessa questão é o bloqueio econômico a Cuba, exercido pelos Estados Unidos. Isso aponta para que as nações sempre lutem pela soberania que corresponda à autonomia de produção local. Em países das dimensões do Brasil, a exemplo da China, Índia e Rússia, essa questão é mais importante ainda. É preciso ter autonomia nacional na produção de biotecnologias e equipamentos.

Para refletir

Que fatores levam ao surgimento de novas doenças e ao agravamento das existentes? Como isso ocorre em seu meio?

Por outro lado, o terceiro milênio começa com uma forte herança da civilização. Desde a metade do século XX, vive-se o mais completo modelo de “democracia” da história. A civilização democrática, que tem como princípio a palavra “democracia”, da tradição grega, que significa o poder do povo, constitui-se, também, pelos direitos civis e pelos direitos sociais. A democracia moderna tem por base e em sua essência a solidariedade humana, a ética para com o outro (a ética da alteridade) e a razão como método de interpretação do mundo e da realidade social, econômica e política que nos cercam.

Eis o terceiro milênio da era cristã, que gerou a idade da fé, na qual o princípio da solidariedade e do amor prepara o homem para a paz e sua elevação. Afinal, se misturam a fé e a razão, aparente contradição, preparando a transcendência sobre o mito do sofrimento e da simples sobrevivência e a transcendência ao ser ético, dono do seu destino, construtor de seu bem-estar físico, social e mental, que é afinal seu

esforço pela saúde. A saúde é um propósito inerente ao milênio. Com ela, compreendemos o senso de equilíbrio existente na realização temporal e espacial da própria vida e de sua razão de existência.

A melhoria das condições da saúde de uma sociedade resulta do desenvolvimento econômico, cultural e social dos povos. Associando poderes para superar problemas e mantendo estruturas de proteção permanente, como a Vigilância em Saúde, as políticas de saúde dependem de uma série de estratégias que identifiquem seu estado e implementem as medidas necessárias.

A complexidade e a diversidade das situações no mundo levam a que nenhum povo, isoladamente, seja capaz de responder, integralmente, pela sua saúde pública. Em razão desse fato, no interior da Organização das Nações Unidas (ONU), surgiu a Organização Mundial da Saúde (OMS), instituição responsável por unir os esforços das nações em torno da melhoria da saúde mundial. Na Assembleia dessa organização, em que os Estados Nacionais estão representados, as políticas mundiais de saúde são formuladas, e se juntam recursos e poder político para sua implementação.

Em 1977, a OMS propôs a meta “Saúde para todos no ano 2000”. Para sua concretização, apontou-se a necessidade da superação das desigualdades sociais para melhoria das condições de saúde das populações e, como uma das principais questões, o conceito de **equidade**. No mundo e também no Brasil surgiram iniciativas para operacionalização da meta, que são propostas de reorganização dos serviços de saúde e mudanças no conceito saúde-doença e seus determinantes.

Em 2011, foi realizada, no Rio de Janeiro, a Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, na qual os membros de diversos países afirmaram as compreensões e condutas em dez itens, dos quais destacamos:

- a equidade em saúde é uma responsabilidade partilhada e requer o envolvimento de todos os setores do governo, os segmentos da sociedade e todos os membros da comunidade internacional;
- repetem o que veio de outras conferências, ao afirmar que o gozo do mais alto nível possível de saúde pertence aos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política, econômica ou condição social.

E foram além: reconheceram que os governos têm responsabilidade pela saúde dos povos. Condenaram as desigualdades de saúde dentro dos países e entre os países. Reiteraram a determinação de agir sobre

Equidade é utilizada aqui no sentido em que se explicita na Constituição Federal, a qual preconiza que a saúde é um direito e que todos devem respeitar a igualdade desse direito. Essa preocupação com igualdade não se refere apenas ao reconhecimento desse direito a cada um, mas, sobretudo, traduz que essa igualdade é o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde.

os determinantes sociais da saúde, especialmente melhorar as condições de vida diária, combater a desigualdade da distribuição do poder, dinheiros e recursos.

Ainda sobre o relatório da Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, houve o entendimento de que desigualdades na saúde surgem das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem e trabalham. Portanto, elas resultam do histórico de vida das pessoas desde o início da vida, a começar pela educação, depois o *status* econômico, emprego, sistemas decentes de habitação, trabalho e meio ambiente e eficazes redes de prevenção e tratamento dos problemas de saúde. Os países envolvidos reconheceram que precisam acelerar a boa distribuição dos recursos de saúde, erradicar a fome e a pobreza, garantir a segurança alimentar e nutricional, o acesso à água potável e ao saneamento, o emprego decente e a proteção social.

A atual crise econômica mundial tem revelado algumas questões muito sérias em relação ao futuro da civilização. A principal se encontra na concentração da renda entre pessoas e entre nações. Tal concentração não apenas se encontra no topo das causas de inúmeros problemas políticos e relativos à sustentabilidade social e econômica, como se revelou uma causa da insustentabilidade global, especialmente da ambiental. O Relatório da Comissão sobre a Medição do Desempenho Econômico e Social, instituída pelo governo francês e coordenada pelo economista Joseph Stiglitz, demonstra que os maiores fatores de instabilidade se originam nas grandes economias mundiais.

O Relatório do Desenvolvimento Humano de 2013, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), destaca o que ele denomina “Ascensão do Sul”. Isso significa que o hemisfério Sul vem ampliando o seu progresso econômico e social, e esse progresso acontece como uma dinâmica de união entre as pessoas numa luta comum para participar dos acontecimentos e processos que condicionam suas vidas. Estar-se-ia vivendo um progresso de base ampla, refletido na redução de desigualdades regionais e na ampliação de todos os indicadores de progresso humano, como renda, saúde e educação. O importante disso tudo não é apenas a tendência à redução de determinantes negativos, como também apontar o caminho político para vencer enormes dificuldades por meio da vontade coletiva e solidária. Os instrumentos de Estado para isso são as políticas públicas de natureza universal e equânime.

A tuberculose e a Aids, que adoecem e matam adultos jovens, se concentram nos países pobres, retardando seu crescimento econômico. Tão séria é essa situação que as Nações Unidas, o Fundo Monetário Internacional e

o Banco Mundial mostram-se favoráveis à diminuição da pobreza em cada país e pleiteiam um novo pacto da convivência do mundo globalizado. A cúpula do **G8** endossa o discurso das Nações Unidas, que reconhece que “a saúde é a chave da prosperidade; as boas condições de saúde levam ao crescimento econômico, enquanto as más conduzem à pobreza”. Essas organizações adotaram três metas críticas até o ano de 2010: reduzir em 25% a infecção HIV/Aids entre os jovens, 50% das mortes e prevalência da tuberculose e 50% dos casos de malária em todo o mundo.

A tuberculose, associada à pobreza, ameaça a civilização da mesma forma que a violência e o terrorismo mundial. Se o curso não for mudado, nos próximos 20 anos, preveem-se 1 bilhão de novas infecções, 200 milhões de doentes e 35 milhões de mortes. Nos tempos da globalização, com os transportes rápidos, com as migrações para as cidades e entre os países, a tuberculose deteriora a situação humana não apenas entre pobres, mas ela ressurge, agressiva, nos países mais ricos, a exemplo do que ocorreu nos Estados Unidos da América, na década de noventa do século XX, com surtos de Tuberculose (TB) e Tuberculose Multirresistente (TBMR).

G8 é um grupo internacional que reúne os sete países mais industrializados e desenvolvidos economicamente do mundo, além da Rússia (G8, [200-]). Após a crise de 2008, que atingiu as nações mais industrializadas, ampliou-se a influência de países mais periféricos no sistema dominante, surgindo grupos como o G20, que inclui o G8, ao mesmo tempo em que apareceram novos blocos econômicos e se firmaram conceitos de economias relativamente dinâmicas, como o caso dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

Para refletir

Como esse contexto mundial interferiu na realidade brasileira e impactou a qualidade de vida da população? Você observa esses fenômenos em seu dia a dia?

Em 2000, organizada pela OMS, realizou-se a Conferência Ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, que firmou a Declaração de Amsterdã, assinada pelo Brasil, para deter a tuberculose. O documento identifica as implicações socioeconômicas e aponta para soluções envolvendo toda a sociedade, o emprego de tecnologia eficaz, acessível e incorporada à atenção básica de saúde. Definiu, ainda, a luta contra a tuberculose como um bem público mundial. Os países signatários se comprometeram a acelerar esses propósitos, o que representou um marco na retomada da luta contra a tuberculose.

A promoção da saúde – saúde não é apenas ausência de doença

Ainda há muita confusão entre o que se entende por promoção de saúde e por prevenção de doenças, essa uma prática mais restrita. A promoção da saúde, além da ausência de doença, busca que a população viva em

ambiente saudável, protegida contra riscos de adoecimento. Sua abrangência é, entre outras, a qualidade do ar, da água e do ambiente em geral; respeita a cultura e a liberdade de crença; realiza o debate crítico e democrático sobre o estilo de vida da população, procurando soluções consensuais para modificar hábitos danosos à saúde.

Para melhor compreensão, criou-se o conceito básico do que chamamos “**processo saúde-doença**”. As condições de saúde ou doença resultantes desse processo seriam influenciadas pela forma de se viver em uma sociedade, pela qualidade de vida das populações. Elas podem variar segundo a classe ou o grupo social, a cultura, a raça, a geração ou o gênero – fatores que acarretam um risco diferente de adoecimento ou morte do indivíduo. A qualidade de vida é uma condição relacionada ao modo de viver em sociedade em um dado momento histórico, ao grau de liberdade social e ao acesso da população aos recursos e às conquistas técnico-científicas.

Os fatores que influenciam o processo saúde-doença, chamados **determinantes econômicos e sociais da saúde**, alargam as práticas científicas e sociais dos profissionais envolvidos com a geração da saúde. Rompem-se as barreiras das disciplinas e das especializações, que dão lugar à abordagem multi e interdisciplinar, respeitando os avanços da ciência biomédica e integrando as ciências sociais a esse processo. Essa abordagem faz com que as ações de saúde pública se voltem e fortaleçam a **promoção da saúde**.

Na 1ª Conferência Internacional de Promoção de Saúde de Ottawa, em 1986, no Canadá, reconheceram-se os componentes sociais, econômicos, políticos e culturais que interferem nas condições de saúde. A **Carta de Ottawa** (BRASIL, 1996) centra-se em diretrizes como: a implementação de políticas públicas saudáveis – políticas públicas que reforcem a importância da saúde na vida dos indivíduos; recursos para saúde comunitária; condições ambientais favoráveis à saúde, à educação e à reorientação da rede de serviços. Reconhece-se que as condições fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A equidade é central, reduzindo diferenças no estado de saúde das populações, assegurando oportunidades igualitárias e capacitando as pessoas a realizar seu potencial de saúde.

Outros fóruns internacionais definiram a promoção da saúde como o processo em que as pessoas adquirem maior controle sobre sua saúde.

É a magnitude na qual um indivíduo ou um grupo realiza suas aspirações e necessidades e, simultaneamente, domina os meios e processos de realização.

Esses aspectos estão registrados em importantes documentos:

- **Declaração de Adelaide**, Austrália, 1988, que tratou do que são políticas públicas saudáveis, saúde como direito fundamental e investimento social (BRASIL, 1996).
- **Declaração de Sundsvall**, Suécia, 1991, que tratou de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento sustentável à qualidade de vida, incorporando ao conceito de ambiente as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais, além dos aspectos físicos e naturais. Ou seja, ambiente saudável é aquele isento de riscos de acidentes, de contaminação, de esforço físico inadequado, de exposição a situações de discriminações, violência ou injustiça (BRASIL, 1996).
- **Declaração de Bogotá**, Colômbia, 1992, que tratou da adequação das linhas de promoção da saúde às realidades dos países em desenvolvimento, em particular da América do Sul, ressaltando o contingente de populações em situação de miséria e de exclusão social de países de economia dependente (BRASIL, 1996).
- **Declaração de Jacarta**, Indonésia, 1997, que tratou da promoção da saúde no século XXI.

Todos esses documentos apresentam pressupostos que permitem a conceituação da saúde como o **recurso que cada pessoa dispõe para viver, produzir, participar, conhecer e reger sua existência**, em que a população deixa de ser apenas o alvo dos programas, passando a assumir uma posição atuante no enfrentamento dos problemas.

A ONU e a OMS, como grandes fóruns da humanidade, promoveram eventos como a **Rio 92**, a **Agenda 21** e a **Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Contexto do Desenvolvimento Sustentável** (Copasad), de 1995, que recomendaram políticas para romper o ciclo vicioso doença e pobreza. Essas organizações propõem que se vá além da redução da pobreza, pondo a saúde, a educação, o emprego e renda não apenas como instrumentos, e sim como estruturas do desenvolvimento social.

A Constituição Brasileira de 1988, no Título VIII (*Da ordem social*), Capítulo II (*Da seguridade social*) e Seção II, versa sobre a saúde como direito fundamental do povo.

Para melhorar a saúde, além de investimentos em profissionais e serviços de saúde, são necessários ampliação dos espaços para a promoção da saúde e investimentos em melhorias na habitação, na renda, no consumo de alimentos, no aumento da escolaridade e na construção de ambientes saudáveis.

Dos profissionais da saúde espera-se uma compreensão acerca da importância de articulação com movimentos sociais, grupos de interesses locais, organizações que enfocam problemas específicos em áreas de riscos industriais ou biológicos, grupos ecológicos e outros atores, na busca incessante da saúde.

Para refletir

Pense sobre fatos da realidade que concorrem tanto para a elevação da qualidade de vida quanto para a redução desta. Você tem alguma ideia de como contribuir para a melhoria da saúde da população do seu meio?

Conhecimento é a explicação da realidade e decorre de um esforço de investigação para descobrir aquilo que não está compreendido ainda.

Aptidão é a capacidade de desenvolvimento das habilidades necessárias para a realização de uma atividade.

Atitude é a maneira de pensar, sentir e reagir em relação a grupos, questões ou acontecimentos ocorridos em nosso meio.

A **Educação em Saúde** é uma face da promoção da saúde. Ela une a aquisição de informações e aptidões básicas com o senso de identidade, autonomia, solidariedade e responsabilidade dos indivíduos por sua própria saúde e a da comunidade. Combina **conhecimentos**, **aptidões** e **atitudes**. Capacita o indivíduo com metodologias adequadas às suas necessidades, voltadas para o desenvolvimento de múltiplas atividades, de acordo com o perfil do município e da região. Oferece informações de qualidade sobre saúde, condições de vida de sua comunidade, de modo a motivar sua utilização.

A **política de humanização do atendimento**, obtida com a implementação de um programa de educação permanente, completaria o quadro de mudanças a ser alcançadas, ao aprimorar os conteúdos técnicos e a atenção dos profissionais para a população que demanda os serviços.

Ao adotar o Programa Mais Saúde, o Governo Federal toca, pela primeira vez, em um ponto fundamental do papel do Estado em relação aos recursos estratégicos: referimo-nos à distribuição dos recursos humanos, especialmente os de nível superior, a qual passa pela contradição entre os grandes centros urbanos concentrados de profissionais e a escassez destes no interior. Essa questão não tem solução de mercado; inclusive, ela é consequência da mercantilização e da concentração da chamada Saúde Suplementar (planos de saúde) nos grandes centros urbanos. Somente por uma política federal, sem prejuízo da municipalização, essa questão poderia ser abordada, como é o caso do programa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa de 1988*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição/Constituição.htm>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BUCK, C. Depois de Lalonde: a criação da saúde. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Promoção da saúde*: uma antologia. Washington, DC, 1996. (Publicação científica, 557).

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2011, Rio de Janeiro. *Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. *Cuidados primários de saúde*: relatório da... Brasília, DF: Organização Mundial de Saúde; Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

DECLARAÇÃO de Jacarta. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, 1997, Jacarta. *Novos protagonistas para uma nova era*: orientando a promoção da saúde no século XXI. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2008.

G8. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/G8>>. Acesso em: 26 maio 2008.

GLOBAL burden of disease study 2010. *The Lancet*, 13 Dec. 2012. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/themed/global-burden-of-disease>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

IBGE. Séries históricas e estatísticas. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122>>. Acesso em: out. 2013

LALONDE, M. O conceito de “campo de saúde”: uma perspectiva canadense. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Promoção da saúde*: uma antologia. Washington, DC, 1996. (Publicação científica, 557).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Cidades saudáveis*: em busca de novos referenciais de promoção de saúde para os municípios. Brasília, DF: Ministério da saúde, out. 1994. Mimeografado.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Relatório do desenvolvimento humano 2013*: a ascensão do sul: progresso humano num mundo diversificado. [Lisboa]: Camões Instituto da Cooperação e da Língua, 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/rdh-2013.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

STIGLITZ, Joseph E.; SEN, Amartya; FITOUSSI, Jean-Paul. *Report by the Comission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. [S.l.]: Comission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009.

ZAMBERLAM, Jurandir O processo migratório no Brasil e os desafios da mobilidade humana na globalização. Porto Alegre: Pallotti, 2004.