

Tatiana Pluciennik Dowbor^IMárcia Faria Westphal^{II}

Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo

Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of Sao Paulo, Southeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a situação do trabalho com determinantes sociais da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família.

MÉTODOS: Estudo de caso com métodos mistos de pesquisa, ancorados em estratégia sequencial explanatória, com 171 gerentes das unidades do Programa Saúde da Família em São Paulo, SP, em 2005/2006. Questionários autopreenchíveis foram aplicados. Entrevistas semiestruturadas e grupos focais foram realizados com amostra intencional de profissionais envolvidos no trabalho com determinantes sociais da saúde. Os dados quantitativos foram analisados por análise descritiva, análise de correspondência múltipla, análise de agrupamento e testes de correlação entre variáveis. Os dados qualitativos foram apurados por análise de conteúdo e a criação de categorias temáticas.

RESULTADOS: Apesar da concentração de atividades direcionadas ao cuidado com a doença, o Programa Saúde da Família realizou atividades relacionadas à determinação social da saúde, contemplando todas as formas de abordagem da promoção da saúde (biológico, comportamental, psicológico, social e estrutural) e os principais determinantes sociais da saúde descritos na literatura. Houve diferença significativa quanto à abrangência dos determinantes trabalhados nas unidades em relação às diferentes regiões do município. Constatou-se fragilidade das iniciativas e a sua desconexão com a estrutura programática do Programa Saúde da Família.

CONCLUSÕES: A quantidade e variedade de atividades com determinantes sociais da saúde realizadas no Programa Saúde da Família mostram potencial para trabalhar a determinação social da saúde. Mas a fluidez de objetivo e o caráter extraordinário das atividades descritas questionam sua sustentabilidade como parte integral da atual estrutura organizacional do programa.

DESCRITORES: Condições Sociais. Iniquidade Social. Desigualdades em Saúde. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

^I Survey Research Unit. Centre for Research on Inner City Health. St. Michael's Hospital. Toronto, Canadá

^{II} Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Tatiana Pluciennik Dowbor
30 Bond Street
Toronto ON
M5B 1W8 Canada
E-mail: dowbort@smh.ca

Recebido: 8/10/2012
Aprovado: 19/3/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the current status of the interventions related to social determinants of health conducted in the context of the Brazilian family health program.

METHODS: A case study using a mixed method approach based on a sequential explanatory strategy with 171 unit managers in the Family Health Care Program in the municipality of Sao Paulo, SP, Southeastern Brazil, in 2005/2006. Self-administered questionnaires were applied and semi-structured interviews and focus groups were conducted with a purposive sample of professionals involved in initiatives related to social determinants of health. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, multiple correspondence analysis, cluster analysis and correlation tests. Qualitative data were analyzed through content analysis and the creation of thematic categories.

RESULTS: Despite the concentration of activities directed at disease care, the Family Health Care Program carries out various activities related to the social determination of health, encompassing the entire spectrum of health promotion approaches (biological, behavioral, psychological, social and structural) and all major social determinants of health described in the literature. There was a significant difference related to the scope of the determinants being worked on in the units according to the area of the city. The description of the activities revealed the fragility of the initiatives and a disconnection with the organizational structure of the Family Health Care Program.

CONCLUSIONS: The quantity and variety of initiatives related to social determinants of health attests to the program's potential to deal with the social determination of health. On the other hand, the fluidity of objectives and the 'out of the ordinary/extraordinary' characterization of the described initiatives raises concern about its sustainability as an integral part of the program's current operational model.

DESCRIPTORS: Social Conditions. Social Inequity. Health Inequalities. Family Health Program. Primary Health Care. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

É função dos governos buscar maneiras de reestruturar seus sistemas de saúde para superar as iniquidades, aumentar sua eficiência e a satisfação dos cidadãos em relação aos serviços oferecidos.^{7,20} Nesse processo de reorganização das políticas de saúde vigentes, alguns países buscaram instrumentos e diretrizes na perspectiva da promoção da saúde para a superação dos problemas identificados. Objetivaram implementar modelos de atenção à saúde que favorecessem, ao mesmo tempo, a equidade, a integralidade, a participação social, a intersetorialidade e a orientação das necessidades de saúde das pessoas.^a Um exemplo desses modelos é o Programa Saúde da Família (PSF) brasileiro.^b

O PSF, como uma estratégia de atenção primária à saúde, é centrado no território e nas necessidades de saúde das famílias e comunidades. Propõe-se uma prática transformadora em que a saúde seja o foco do trabalho e não somente a doença. Trabalha-se para a articulação de uma prática intersetorial, que ultrapassa o setor saúde e lida com a determinação social da saúde.

A determinação social da saúde é grande preocupação dos organismos internacionais, especialmente da Organização Mundial da Saúde (OMS).¹¹ A equidade em saúde está longe de ser alcançada em muitas partes do mundo, especialmente em países em

^a Pan American Health Organization. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington (DC); 2007.

^b Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF); 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4).

desenvolvimento. A OMS inaugurou a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) em 2005 como parte de um redirecionamento da organização para focar o trabalho nas condições sociais para a saúde. A reestruturação dos sistemas de saúde para que possam contribuir positivamente para a promoção de condições favoráveis para a saúde das pessoas está entre os principais desafios colocados pela Comissão.¹³ A OMS realizou no Brasil a Conferência Internacional dos DSS em 2011, em virtude do contínuo interesse nacional e internacional pelo tema dos DSS,² e ressaltou a importância de um sistema de atenção primária à saúde integral e abrangente.^c

O PSF se apresenta no nível internacional como importante estudo de caso quanto ao DSS nos sistemas de saúde e, no nível nacional, como estratégia em curso que precisa ser constantemente avaliada e redirecionada.

O objetivo deste estudo é analisar a situação do trabalho com determinantes sociais da saúde no âmbito do Programa Saúde da Família.

MÉTODOS

Estudo de caso¹⁹ sobre o trabalho com DSS no PSF de São Paulo, SP, em 2008. O município foi escolhido por sua importância para o PSF como um todo e pela viabilidade do processo de coleta de dados. O estudo foi dividido em duas fases sequenciais de coleta e análise de dados essencialmente ancoradas em uma estratégia sequencial explanatória.⁶ A primeira fase, majoritariamente quantitativa, contemplou a coleta de dados quantitativos e qualitativos obtidos de questionários autopreenchidos pelos gerentes das unidades de saúde da família do município. O inquérito populacional proporcionou visão abrangente do tema estudado no município de São Paulo como um todo, porém essa visão se restringiu à opinião exclusiva de uma categoria profissional. Na segunda fase de coleta de dados, unicamente de caráter qualitativo, entrevistas semi estruturadas e grupos focais nos permitiram aprofundar o tema do estudo, incorporando a visão de diferentes profissionais do programa. Neste artigo apresentamos dados selecionados da primeira fase do estudo.

O inquérito populacional baseou-se em informações dos gerentes de unidades de saúde que preencheram um questionário semiestruturado em datas específicas em que compareciam a reuniões de supervisão. Existiam 201 unidades de saúde vinculadas ao PSF ou ao Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). O questionário foi respondido por 171 gerentes (85%

da população). Os gerentes das unidades do PSF eram majoritariamente do sexo feminino (83%); 67% deles tinham entre 40 e 60 anos; 51% eram enfermeiros ou médicos; 57% estavam na unidade de dois a seis anos; e 59% estavam no cargo de dois a seis anos.

A maioria dos questionários (82%) foi preenchida na presença da pesquisadora. Houve somente uma recusa para o preenchimento do questionário. A principal razão para o não preenchimento do questionário foi a falta do gerente na reunião de supervisão. Todas as coordenadorias, supervisões de saúde, instituições parceiras e modalidades de assistência estiveram significativamente representadas nos dados obtidos. Afim de proteger os respondentes e minimizar a possível propensão do gerente em assinalar aquilo que a coordenação do programa espera dele a confidencialidade dos respondentes foi garantida e para minimizar “erros de interpretação” o questionário foi pré-testado.

A técnica de Análise de Correspondência Múltipla (ACM) foi utilizada para analisar simultaneamente a relação das diversas categorias de DSS trabalhados nas unidades. Uma lista de 22 DSS foi apresentada para os gerentes das unidades por meio de questão de múltipla escolha. Os DSS foram selecionados com base em revisão da literatura.⁴ Usamos a análise de agrupamento hierárquico para fazer a caracterização resumida dos indivíduos (gerentes), reunindo na mesma categoria os que responderam de forma semelhante. Para caracterização desses grupos, usamos análise de resíduos, que indicam quais foram as respostas que realmente predominaram em cada grupo. Assim, resumimos o padrão de resposta de cada grupo e o classificamos segundo seu padrão.¹⁶ A associação entre grupos de respondentes e coordenadorias de saúde, responsáveis por diferentes regiões da cidade, foi avaliada pelo teste Exato de Fisher, não tendo sido constatada a homogeneidade entre os grupos ($p = 0,003$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Processo 064/2005 – ano 2005) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Processo 1304 – ano 2005).

RESULTADOS

Os esforços do programa quanto ao trabalho com DSS estiveram dirigidos para um grupo de 11 determinantes, o qual nomeamos DSS clássicos (ambiente de trabalho, drogadição, estresse, modelos de atenção à saúde, educação, inclusão social, autoestima, primeiros anos

^c World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. In: World Conference on Social Determinants of Health; 21 Oct 2011; Rio de Janeiro, Brazil. World Health Organization; 2011 [citado 2013 jun 24]. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

^d Dowbor TP. O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.

de vida, saneamento, lazer e alimentação). Um grupo minoritário de unidades, além de trabalhar com os DSS clássicos, trabalhava também com os determinantes nomeados amplos (recursos sustentáveis, distribuição de renda, emprego, paz, rede de suporte social, justiça social/equidade, renda, habitação, segurança, transporte e ecossistema saudável) (Tabela 1).

A partir da análise de correspondência múltipla (Figura 1) e agrupamento, foi observada diferença significativa quanto à abrangência dos determinantes trabalhados nas unidades em relação às diferentes regiões do município (Coordenadorias Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Leste). Três grupos de unidades foram identificados: o *Negativista*, que se diferenciou estatisticamente do total por não trabalhar com DSS (predomínio da Coordenadoria de Saúde Sul); o *Essencialista*, que trabalhava mais do que o geral com os DSS clássicos (predomínio da Coordenadoria de Saúde Leste); e o *Inclusivo*, que trabalhava mais do que o geral com a totalidade de DSS, clássicos e amplos (predomínio da Coordenadoria de Saúde Sudeste) (Figura 2).

As atividades que objetivavam prevenir, tratar, detectar precocemente e/ou curar doenças por meio de intervenções biomédicas eram realizadas nas unidades de

saúde da família diariamente e possuíam alto padrão de regularidade. Entre essas atividades, tivemos consulta médica, aplicação de medicamentos, pronto atendimento, grupos variados, entre outros.

As atividades que visavam à mudança de comportamento de membros da comunidade para o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis apresentaram variado padrão de regularidade e frequência. O aconselhamento individual apresentou maior frequência do que as demais atividades desse grupo e foi realizado diariamente por mais de 60% das unidades. As atividades de condução de palestras e realização e/ou vinculação às campanhas de saúde em ação no momento apresentaram baixo padrão de regularidade e ocorreram, sobretudo, mensalmente e sem padrão de regularidade.

As atividades para estimular membros da comunidade a se ajudarem mutuamente no enfrentamento de problemas individuais apresentaram variado padrão de regularidade, concentrando-se nas frequências semanal e mensal. As atividades envolveram variedade de grupos de autoajuda e outras formas de suporte psicossociais.

As atividades em conjunto com a comunidade que tinham por objetivo a melhoria da qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou a resolução de problemas locais concentraram-se nas frequências semanal, mensal e nunca (Tabela 2). Mais de 200 atividades desse grupo foram mencionadas pelos entrevistados.

As atividades para elaboração e/ou mobilização por políticas públicas que interferiram na saúde e/ou qualidade de vida da população apresentaram baixo padrão de regularidade e variado padrão de frequência. As realizadas mensalmente ou sem padrão de regularidade foram as mais assinaladas nesse grupo. Aquelas relacionadas à participação em conselhos locais ou de saúde foram apontadas como mensais pela maioria dos gerentes. Atividades de organização de grupos de trabalho (pesquisa, prevenção de acidentes, acolhimento, humanização, combate à violência, meio ambiente) ocorreram mensalmente e nunca.

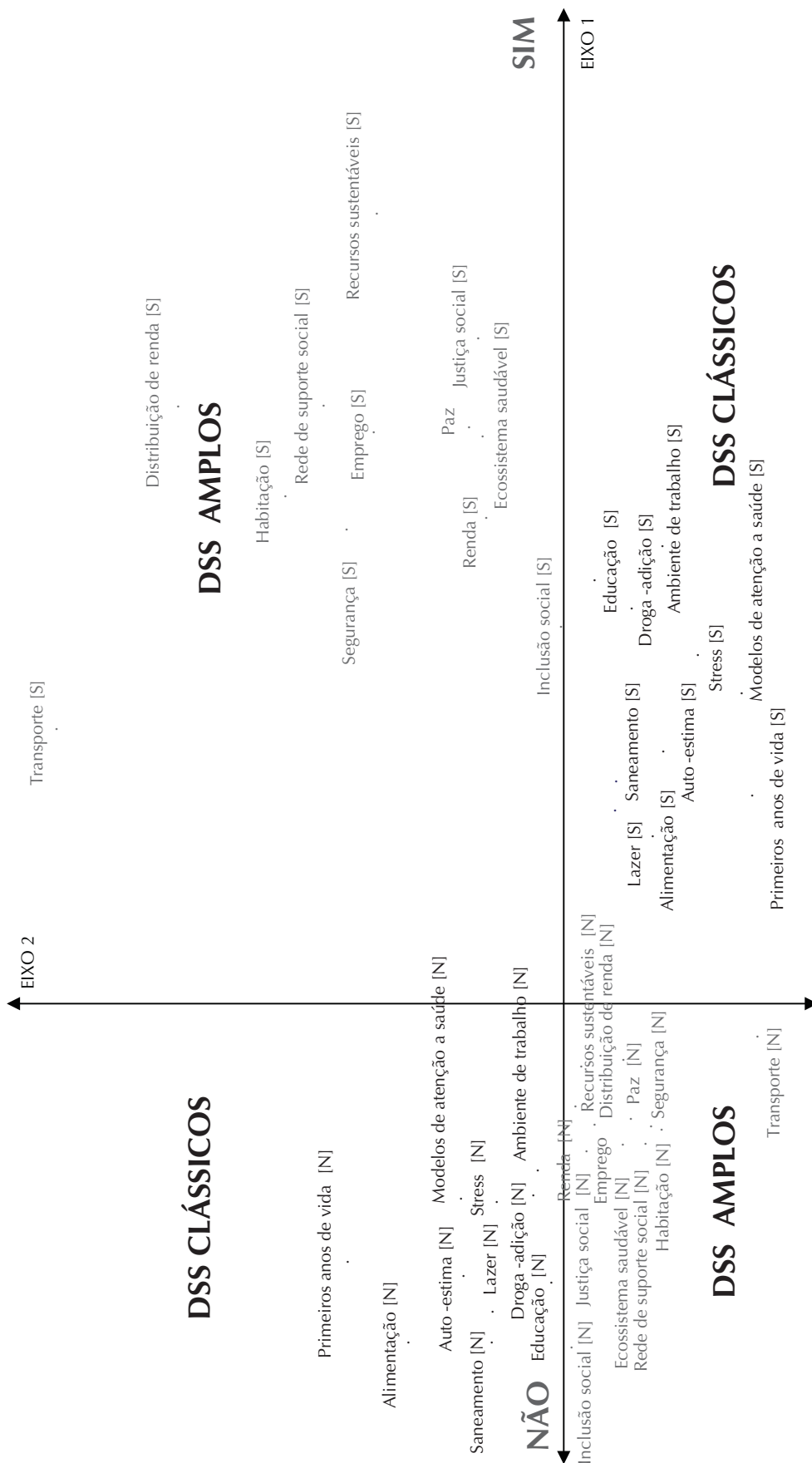
As principais barreiras apontadas para o trabalho com DSS no PSF do município foram: condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de recursos, falta de adesão da população e o desequilíbrio entre a baixa oferta e a alta demanda por serviços. Os principais facilitadores foram: existência do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas equipes, mobilização da população local, empenho dos profissionais, parcerias e conhecimento do território.

DISCUSSÃO

A despeito da esperada concentração de atividades direcionadas ao cuidado com a doença, o PSF do município de São Paulo realiza diversas atividades relacionadas à determinação social da saúde, contemplando

Tabela 1. Determinantes Sociais de Saúde trabalhados no Programa de Saúde da Família segundo os gerentes das unidades. São Paulo, SP, 2005 a 2006. (Número de respondentes, N = 162)

DSS	#	%
Alimentação	112	69,0
Lazer	104	64,0
Saneamento	103	64,0
Primeiros anos de vida	92	57,0
Autoestima	89	55,0
Inclusão social	78	48,0
Educação	66	41,0
Modelos de atenção à saúde	65	40,0
Estresse	61	38,0
Drogadição	55	34,0
Ambiente de trabalho	46	28,0
Ecossistema saudável	36	22,0
Transporte	34	21,0
Segurança	33	20,0
Habitação	32	20,0
Renda	31	19,0
Justiça social/equidade	30	19,0
Paz	29	18,0
Rede de suporte social	29	18,0
Emprego	27	17,0
Distribuição de renda	15	9,0
Recursos sustentáveis	12	7,0



ACM: Análise de Correspondência Múltipla
 DSS: Determinantes Sociais de Saúde

Figura 1. Quadrantes da ACM-DSS trabalhados no PSF, segundo gerentes das unidades. São Paulo, SP, 2005 a 2006.

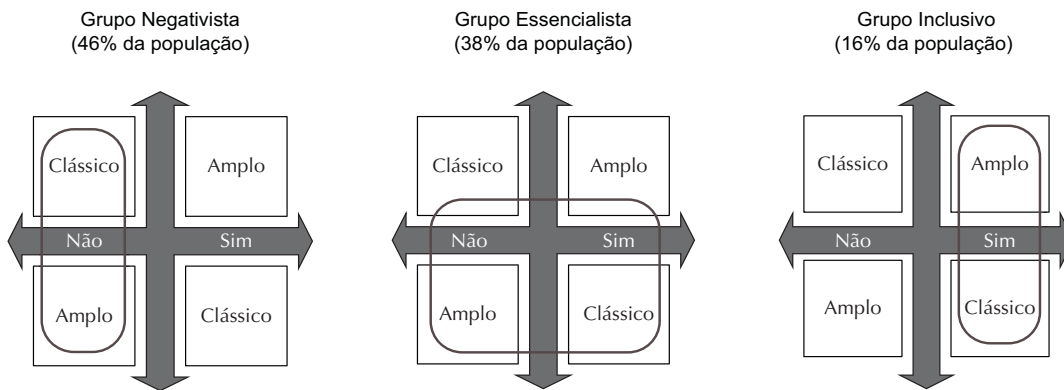


Figura 2. Grupos de respondentes segundo categoria de resposta quanto aos Determinantes Sociais de Saúde trabalhados no Programa de Saúde da Família. São Paulo, SP, 2005 a 2006.

todas as fundamentais formas de abordagem da promoção da saúde (biológica, comportamental, psicológica, social e estrutural)^{4,10,15,17} e todos os principais DSS descritos na literatura.^{12,e,f}

A existência dos grupos negativista, essencialista e inclusivo e sua associação com distintas coordenadorias de saúde aponta para influências regionais no trabalho com DSS no município. A Coordenadoria Sudeste foi associada com o Grupo Inclusivo. O trabalho desenvolvido por uma instituição parceira do PSF na região (de programação baseada em vulnerabilidades biopsicossociais) é um ponto a ser explorado.^d

Não encontramos estudos quantitativos para comparar o tipo e frequência dos DSS trabalhados. A classificação dos DSS amplos e clássicos utilizada para a formação dos grupos negativista, essencialista e inclusivo cria um precedente quanto à classificação dos trabalhos com DSS no âmbito do PSF, podendo ser utilizada em outros estudos comparativos que se produza no País.

Apesar de pouco sabermos sobre a caracterização desses grupos para além dos DSS trabalhados em cada unidade PSF, é possível comparar esses grupos com as categorias de resposta emergentes da segunda fase do estudo quanto à pertinência do trabalho com DSS no âmbito do PSF. Membros da coordenação do programa, das instituições parceiras e profissionais envolvidos no trabalho com DSS no âmbito do PSF expressaram cinco opções de resposta quanto à pertinência do trabalho com DSS no âmbito do programa. Duas categorias de argumentação sustentaram a inclusão do trabalho com DSS na dinâmica dos serviços do PSF: o imperativo ético da equidade e o determinismo do vínculo profissional-comunidade (ancorado na existência do ACS) como propulsor do trabalho com DSS. Outras duas categorias de respostas argumentaram pela não

pertinência do trabalho com DSS no âmbito do PSF: a prioridade do lidar com a doença como papel singular do setor saúde e a impossibilidade de afetar a estrutura social por meio de intervenções locais. Uma última categoria de resposta compõe o duplo dilema sobre a pertinência do trabalho com DSS no âmbito do PSF quanto a dúvida filosófica e técnica sobre sua pertinência e viabilidade, e falta de entendimento sobre a intencionalidade do programa. Apesar de não podermos associar as argumentações descritas diretamente aos grupos inclusivo, negativista e essencialista, encontramos nessas argumentações fundamentos teóricos e práticas para a existência dos três grupos.

É possível categorizar melhor o grupo inclusivo a partir das atividades com DSS relatadas na segunda fase pelo próprio grupo. De acordo com membros do grupo inclusivo, as atividades com DSS mostram baixo grau de institucionalização e elevada dedicação e força de vontade de alguns profissionais, em especial o ACS, considerado o grande facilitador para o trabalho com DSS. Atividades com DSS tipicamente não são avaliadas. Avaliações informais são feitas sem o estabelecimento de metas ou referencial, narrando histórias de frustração, mas também de superação e melhoria da qualidade de vida da população atendida. Os gastos com as iniciativas são de pequeno porte e seu financiamento é advindo do pequeno orçamento da gerência da unidade e de doações dos funcionários, da própria comunidade e de parceiros locais.

Ainda segundo o relato das atividades do grupo inclusivo, por falta de apoio programático, tipicamente, as atividades com DSS assumem no contexto do PSF “forma fluida” e “caráter extraordinário”: sua fluidez abarca de forma oportunista diferentes conceitos de saúde e diferentes objetivos em uma mesma iniciativa.

^e Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: the Canadian facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management; 2010 [citado 24 ago 2013]. Disponível em: http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

^f World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. Geneva; 2008.

Tabela 2. Frequência de atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou a resolução de problemas locais no Programa de Saúde da Família. São Paulo, SP, 2005 a 2006.

Frequência	Atividade									
	Terapia comunitária		Identificação de problemas e/ou vulnerabilidades locais		Educação		Lazer		Geração de renda	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Diariamente	9	6,0	19	13,0	24	17,0	15	10,0	9	7,0
Semanalmente	54	36,0	17	12,0	32	22,0	35	23,0	32	24,0
Mensalmente	13	9,0	48	33,0	36	25,0	25	16,0	7	5,0
Trimestralmente	0	0	6	4,0	10	7,0	10	7,0	4	3,0
Semestralmente	0	0	3	2,0	6	4,0	11	7,0	3	2,0
Anualmente	0	0	4	3,0	0	0	11	7,0	5	4,0
Sem padrão de regularidade	13	9,0	23	16,0	18	13,0	26	17,0	18	13,0
Não sabe	8	5,0	12	8,0	6	4,0	6	4,0	8	6,0
Nunca	54	36,0	13	9,0	12	8,0	13	9,0	50	37,0
Total parcial	151		145		144		152		136	
Sem resposta	20		26		27		19		35	
Total	171		171		171		171		171	

Ao invés de estabelecer objetivos verdadeiramente abrangentes, no sentido da integralidade, estabelecem objetivos que fluidamente assumem a forma necessária para a sobrevivência da iniciativa no contexto do programa. Seu caráter extraordinário é constituído pelo duplo entendimento das iniciativas como trabalho extra, realizado em detrimento do planejamento do programa e, ao mesmo tempo, como trabalho melhor do que o ordinário, realizado como forma de exaltação do potencial do programa para lidar com a ampla determinação do processo saúde-doença.

Esse estágio de erupção de atividades desconexas e desinstitucionalizadas concorda com o descrito por Campos & Teixeira⁸ (2005), que realizaram uma pesquisa qualitativa nacional com 12 iniciativas de trabalho de promoção da saúde no PSF. Concluíram que a prática da promoção da saúde possui alto grau de fragilidade e não está institucionalizada no programa. Por consequência, é necessário o acionamento de fatores externos ao programa para a implantação desse tipo de ações no PSF.

Gonçalves et al⁹ (2011) realizaram estudo de caso qualitativo em Belo Horizonte e Contagem, MG, para analisar as ações intersectoriais no PSF. As ações intersectoriais identificadas eram baseadas em parcerias pontuais, distantes das práticas de gestão do programa.

Carvalho et al⁵ (2009) realizaram estudo descritivo transversal misto (quantitativo/qualitativo) sobre as ações intersectoriais de um distrito sanitário de Goiânia, GO. Segundo esses autores, 71% dos profissionais indicaram participar em “ações para a resolução de problemas

de uma pessoa ou grupo da comunidade assistida”, percentual próximo ao de realização de atividades em conjunto com a comunidade que objetivam a melhoria da qualidade de vida dos membros da comunidade e/ou a resolução de problemas locais, descrita neste artigo. Apontam também para a falta de compreensão de muitos profissionais em relação ao trabalho intersectorial e falta de uma política de avaliação para esse tipo de iniciativa.

Gil⁸ (2006) reviu a literatura sobre o PSF de 1990 a 2005 e afirma que o PSF não conseguiu incorporar em sua gestão a visão ampliada de saúde. No entanto, lembra que a fragilidade é parte inerente ao paradoxo de crescimento do programa e serve de base para sua reestruturação.

Sousa & Hamann¹⁸ apontam para importância da produção de tecnologias gerenciais que contemplem a complexidade das ações voltadas para a ampla determinação do processo saúde-doença. Para Campos & Guerreiro,³ as estratégias de fortalecimento da gestão e os polos de capacitação da atenção básica são constantes instrumentos de superação das barreiras que o PSF encontra para qualificar o trabalho na direção da “saúde ampliada”.

Foram identificados esforços significativos dos profissionais do PSF para trabalhar com a determinação social da saúde. Porém, para que esses esforços sirvam de alavanca para a mudança do modelo de assistência a saúde, é necessário que estejam coordenados com os esforços da gerência e da coordenação do programa. Esse alinhamento não foi observado nesta pesquisa e não está presente nas demais regiões do País, segundo

⁸ Campos FC, Teixeira PF, coordenadores. Promoção de saúde na atenção básica no Brasil: relatório de pesquisa apresentado à FUNDEP 8966-OPAS. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG; 2005. Projeto FUNDEP 8966-OPAS/FM/NESCON/Estudos de caso. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf

a literatura.^{5,8,9,g} A lógica de organização dos serviços e a forma atual de se trabalhar a determinação social da saúde precisam ser repensadas. Esse processo de negociação e repactuação entre a coordenação do programa e os profissionais na ponta dos serviços é fundamental para que as atividades com DSS no PSF deixem de ocupar um espaço concorrente com o da assistência e tornem possível uma prática de trabalho integral e intersetorial¹⁴ (em contraponto ao seu atual estado fluido) e sustentável (em contraponto com seu atual caráter extraordinário).

Há grande potencial do PSF para trabalhar a determinação social da saúde. No entanto, para que esse potencial possa se concretizar de forma sustentável e abrangente, é necessária a organização de uma estrutura de trabalho que ultrapasse os facilitadores individualizados presentes na prática atual e contemple aspectos de gestão do programa. O trabalho com DSS precisa ser assumido no contexto do PSF como uma política de Estado, para a qual há financiamento, sensibilização e capacitação dos profissionais para desenvolver

atividades, avaliação dos processos e integração com atividades realizadas por outros setores de governo e pela sociedade civil. Para tanto, deve-se investigar a associação entre as Coordenadorias de Saúde e a abrangência dos DSS trabalhados nas unidades de PSF de São Paulo. Sugerimos estudos comparativos por coordenadorias e aspectos relacionados aos problemas e oportunidades de cada território, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização do PSF nas regiões. Recomendamos a realização de estudos de caso sobre as práticas de gestão do PSF e suas implicações para o trabalho com a determinação social da saúde. Esses estudos poderiam concentrar-se em processos de trabalho concretos, em especial documentos textuais incorporados no dia a dia dos serviços (formulários, atas de reuniões, avaliações, relatórios, cartas) e documentos norteadores, políticas de recursos humanos, financiamento, documentos de contrato intersetorias, entre outros. Segundo Andrade,¹ a análise dos processos de relação intersetorial é necessária, uma vez que a sustentabilidade do trabalho com DSS no âmbito do setor saúde passa obrigatoriamente pela parceria sólida com outros setores.¹

REFERÊNCIAS

1. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis (Rio J)*. 2007;17(1):77-93. DOI:10.1590/S0103-73312007000100006
3. Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008.
4. Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health Promot Int*. 1993;8(2):147-57. DOI:10.1093/heapro/8.2.147
5. Carvalho MF, Barbosa MI, Silva ET, Rocha, DG. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. *Tempus Actas Saude Coletiva*. 2009;3(3):44-55.
6. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 2.ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
7. Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med*. 2010;7(1):e1000089. DOI:10.1371/journal.pmed.1000089
8. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1171-81. DOI:10.1590/S0102-311X2006000600006
9. Gonçalves AM, Sena RR, Resende VA, Horta NC. Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? *Rev Enferm Cent O Min*. 2011;1(1):94-102.
10. Labonté R. Community health promotion strategies. In: Pan American Health Organization. Health promotion: an anthology. Washington (DC); 1996. p.138-48 (Scientific Publications, 557).
11. Lee JW. Public health is a social issue. *Lancet*. 2005;365(9464):1005-6. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71115-6
12. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. Oxford, NY: Oxford University Press; 2006.
13. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71146-6
14. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1411-6. DOI:10.1590/S0102-311X2004000500037
15. Naido J, Wills J. Health promotion: foundations for practice. London: Baillière Tindall; 1994.
16. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. São Paulo: EDUSP; 1999.
17. Seedhouse D. Health promotion: philosophy, prejudice and practice. Chichester: John Wiley & Sons; 1997.
18. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1325-35. DOI:10.1590/S1413-81232009000800002
19. Yin RK. Case study research: design and methods. 4.ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2009. (Applied Social Methods Research Series, 5).
20. Ziglio E, Simpson S, Tsouros A. Health promotion and health systems: some unfinished business. *Health Promot Int*. 2011;26(Suppl 2):ii216-25. DOI:10.1093/heapro/dar079

Pesquisa subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo nº 05/56470-9) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo no 401973/2005-0).

Trabalho apresentado na 19th IUHPE World Conference on Health Promotion and Health Education – Health Promotion Comes of Age: Research, Policy & Practice for The 21st Century em Vancouver, 2007, e no II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, Rio de Janeiro, em 2008.

Trabalho baseado na tese de doutorado de Dowbor T. P. intitulada: “O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo”, apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em 2008.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O artigo trata do maior programa de base comunitária do Sistema Único de Saúde (Programa Saúde da Família) e sua pertinência e capacidade em trabalhar com determinantes sociais da saúde.

A classificação dos grupos de determinantes sociais da saúde (amplos e clássicos) e grupos de unidades de saúde (negativista, essencialista e inclusivo), desenvolvidos no artigo, apresenta-se como potenciais instrumentos para que gestores do Sistema Único de Saúde possam mapear quantitativamente o trabalho com determinantes sociais de saúde, no contexto do Programa Saúde da Família.

As diferenças regionais, apontadas no município de São Paulo, constituem ponto a ser explorado por gestores para compreender o impacto de suas variadas políticas de capacitação no contexto do trabalho com determinantes sociais de saúde. Maior entendimento do trabalho do “grupo inclusivo” (identificado no artigo), em particular do grau de institucionalização das atividades com determinantes sociais de saúde, quanto às políticas de financiamento, avaliação e organização do programa, é necessário para que gestores possam ajustar o discurso e prática do Programa Saúde da Família.

Profa. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica