

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



MÓDULO VI: POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS DCNT



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Ana Maria de Almeida

Leila Maria Marchi Alves

Maria Lucia Zanetti

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Betina Hörner Schlindwein Meirelles

Luciana Martins da Rosa

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Simone Mara de Araujo Ferreira

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

REVISÃO TÉCNICA

Astrid Eggert Boehs

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M6 – Políticas de saúde na atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A447c ALMEIDA, Ana Maria de
Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Políticas de saúde na atenção as doenças crônicas não transmissíveis / Ana Maria de Almeida; Leila Maria Marchi Alves; Maria Lúcia Zanetti; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
97 p.

ISBN: 978-85-88612-59-4

1. Doenças Crônicas. 2. Políticas de Saúde. 3. Promoção de Saúde.

CDU – 616-083-036.12

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Paula Balbis Garcia

Design Instrucional Mara Gonzalez Bezerra

Revisão Textual Ariele Louise Barichello Cunha

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

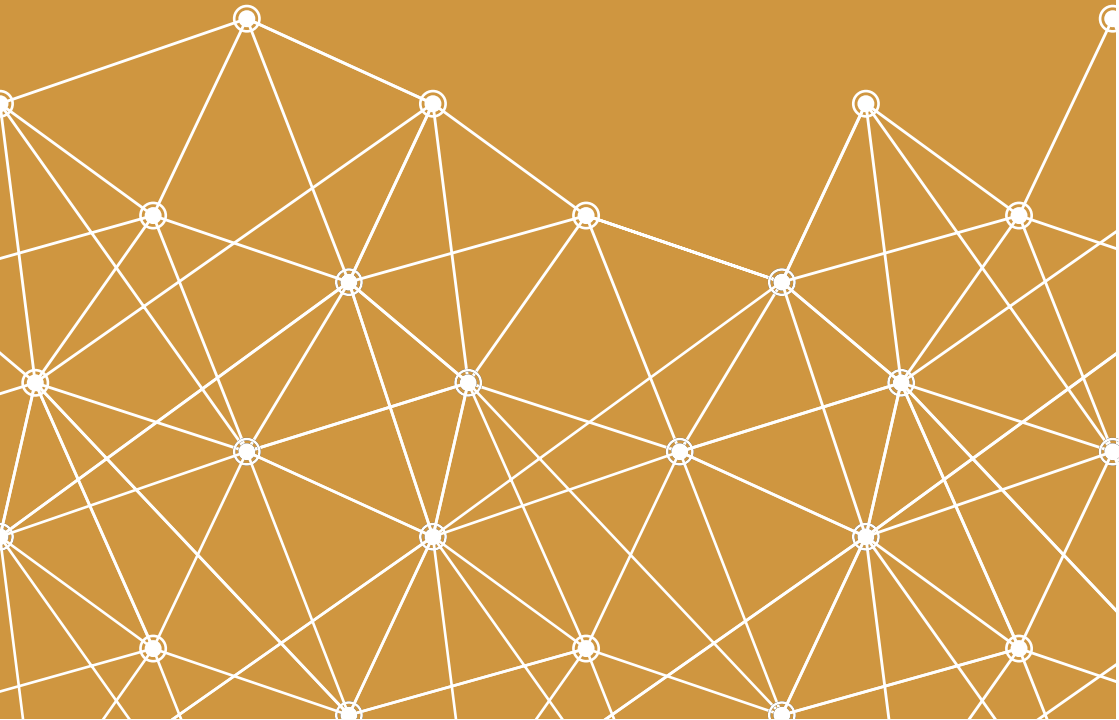
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VI

POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO ÀS DCNT



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Damos continuidade ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Doenças Crônicas Não Transmissíveis, e apresentamos o Módulo VI que focaliza as Políticas de Saúde na Atenção às DCNT.

Nosso objetivo será contextualizar esta discussão porque o módulo está organizado em quatro unidades inter-relacionadas e complementares, abordando as seguintes temáticas: o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT; a Promoção da Saúde nos diferentes níveis de atenção, com enfoque no risco e vulnerabilidade para o viver saudável; a prevenção das DCNT e seus agravos; e finalmente os aspectos éticos envolvidos na questão.

Você já sabe que as condições crônicas de saúde, como doenças transmissíveis ou não, com incapacidades e aumento da carga de doença estão presentes em nossa sociedade. Assim, surgem as perguntas: Como poderemos melhor enfrentar esta questão? Como prevenir que estas condições crônicas aumentem a cada dia? É possível promover a saúde nas comunidades e das novas gerações? Quais os maiores desafios para nós, profissionais de saúde? Estas são inquietações que surgem no cotidiano de nosso trabalho como profissionais nos serviços de saúde.

Neste sentido, esperamos que ao final deste módulo você se sinta mais instrumentalizado para encontrar estas respostas e as estratégias a serem adotadas na sua realidade, e para melhorar a qualidade do seu cuidado na prevenção e controle das DCNT. Sem esquecer a dimensão ética e a competência técnica necessárias para isto. Neste momento de qualificação, por meio do Curso de Especialização, esperamos contribuir com você para esta construção. Desejamos bons momentos de estudo e reflexão!

Ana Maria de Almeida, Profa. Dra.
Leila Maria Marchi Alves, Profa. Dra.
Maria Lucia Zanetti, Profa. Dra.
Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, Profa. Dra.
Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Profa. Dra.
Luciana Martins da Rosa, Profa. Dra.
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Profa. Dra.
Simone Mara de Araujo Ferreira, MSc.
Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues, MSc.

*Um trabalho tem sentido para uma pessoa quando ela o acha importante, útil e legítimo.
Edgar Morin*

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você será capaz de reconhecer as Políticas Públicas como diretrizes para o enfrentamento das DCNT nas linhas de cuidado na atenção à saúde, e identificar estratégias de promoção da saúde e prevenção das DCNT.

CARGA HORÁRIA

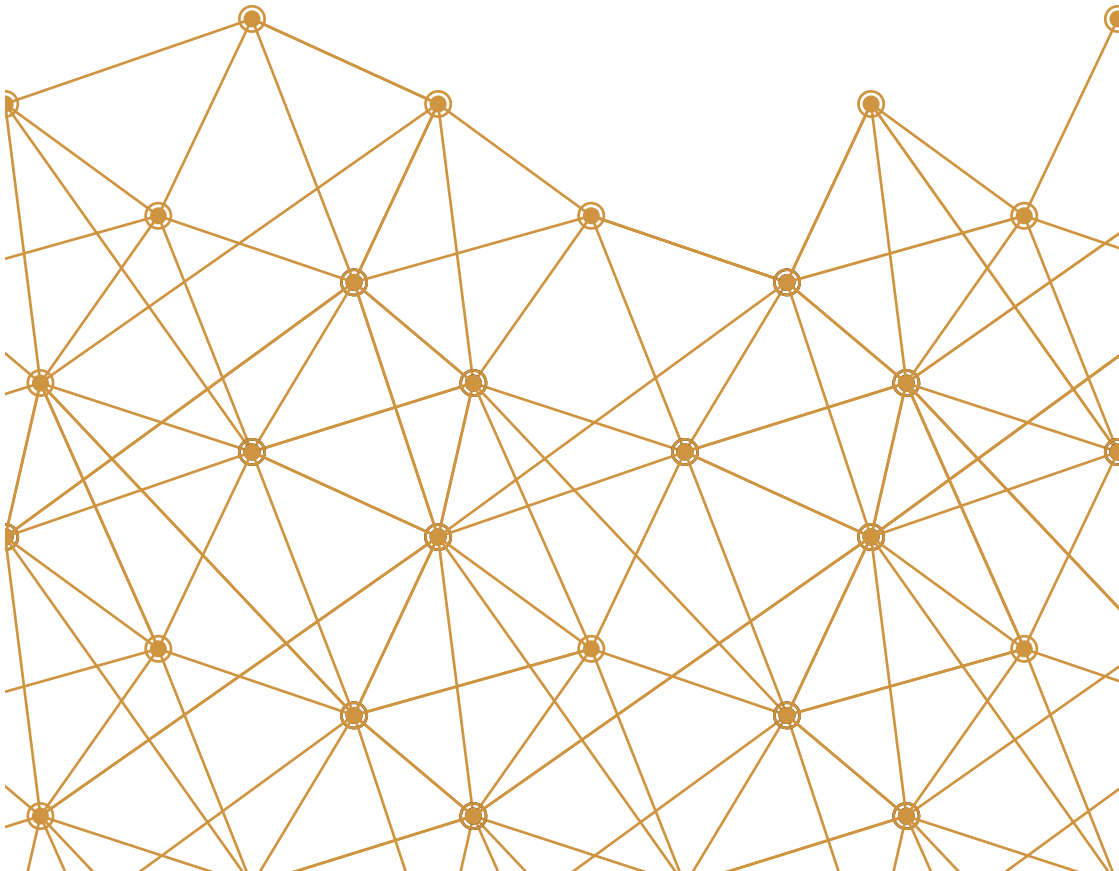
45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DE DCNT	11
1.1 Introdução	11
1.2 Antecedentes para o desenvolvimento do Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT	11
1.3 Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT	14
1.4 Resumo	16
1.5 Fechamento	17
1.6 Recomendação de leitura complementar	17
UNIDADE 2 — PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO	19
2.1 Introdução	19
2.2 Conceito e abrangência da promoção da saúde	19
2.2.1 A Política de Promoção da Saúde/ Evolução no Brasil	28
2.3 Determinantes sociais de saúde	31
2.4 Conceito de risco e vulnerabilidade.....	35
2.4.1 Destacando as diferenças entre risco e vulnerabilidade.....	39
2.4.2 Risco, vulnerabilidade e doença crônica não transmissível	41
2.5 O desafio da promoção da saúde em condições crônicas	46
2.5.1 Desafio 1: A superação do modelo centrado na doença para o enfoque de qualidade de vida	47
2.5.2 Desafio 2: O reconhecimento dos determinantes sociais de saúde como agravantes das DCNT.....	49
2.5.3 Desafio 3: A adoção de ações individuais e sociais para o enfrentamento das DCNT	51
2.5.4 Desafio 4: A intersetorialidade na atenção às DCNT	54
2.5.5 Desafio 5: Participação social para a promoção da saúde nas DCNT.....	55
2.5.6 Desafio 6: A reorganização dos serviços e a construção das redes de atenção às DCNT	56
2.6 Resumo	57
2.7. Fechamento	58
2.8 Recomendação de leitura complementar	58
UNIDADE 3 — PREVENÇÃO DAS DCNT E DOS SEUS AGRAVOS COM ENFOQUE NOS FATORES DE RISCO...61	
3.1 Introdução	61
3.2 Prevenção das DCNT	62
3.3 Fatores de risco	63
3.4 Organizando o processo de trabalho.....	65
3.5. Resumo	68
3.6 Fechamento	68
3.7 Recomendação de leitura complementar	69

UNIDADE 4 - ÉTICA EM SAÚDE: VULNERABILIDADE, RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL E DILEMAS ÉTICOS NO CUIDADO À PESSOA COM DCNT.....	71
4.1 Introdução	71
4.2 Vulnerabilidade: uma discussão Bioética	72
4.3 Responsabilidade Profissional	76
4.3.1 Responsabilidade que mantém a Enfermagem como guardiã.....	79
4.3.2 Responsabilidade em divulgar aquilo que fazemos.....	79
4.4 Dilemas Éticos	81
4.4.1 Abordagem dos Dilemas e Problemas Éticos.....	84
4.5 Resumo	87
4.6 Fechamento	87
4.7 Recomendação de leitura complementar.....	88
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	89
REFERÊNCIAS	90
MINICURRÍCULO DO(S) AUTOR(ES)	97

UNIDADE 1



Unidade 1 – Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT

Ao final desta unidade você será capaz de compreender as Políticas Públicas como diretrizes para o enfrentamento das DCNT nas linhas de cuidado na atenção à saúde, bem como utilizá-las como ferramenta para melhoria da assistência à população.

1.1 Introdução

Nesta unidade faremos um diálogo que busca elementos que sustentam as políticas públicas e que direcionam o enfrentamento das DCNT. Nesta direção, não poderíamos deixar de abordar, ainda que de forma breve, o ponto de partida dessas políticas, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo da sua caminhada profissional, muitos elementos teóricos e da prática consolidaram o seu conhecimento sobre o SUS. Sendo assim, solicitamos que você faça um exercício de reflexão crítica sobre esse grande Sistema que norteia as ações de saúde, bem como os seus elementos estruturantes.

1.2 Antecedentes para o desenvolvimento do Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT

É interessante, para começar, lembrar que o **SUS** foi resultado do movimento democrático para a organização e a transformação da oferta de assistência à saúde no Brasil.

Essas leis tiveram como objetivo reduzir a desigualdade na assistência à saúde da população e, desta forma, garantir o atendimento público a todo cidadão. O SUS constitui o modelo oficial público de atenção à saúde no país. A Lei

Orgânica de Saúde estabelece que a assistência à saúde deva contemplar os aspectos de prevenção, proteção e recuperação da saúde por meio da integração de ações assistenciais e preventivas, com a participação da comunidade na gestão do Sistema.

O **SUS** foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde de n. 8080, em 1990 e Lei n. 8142.

Você sabia que o SUS está organizado a partir de princípios doutrinários e organizativos? São eles:

<p><i>PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS</i></p>	<p><i>universalidade</i> <i>equidade</i> <i>integralidade nos serviços</i> <i>ações de saúde</i></p>
<p><i>PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS</i></p>	<p><i>descentralização</i> <i>regionalização</i> <i>hierarquização da rede de saúde</i> <i>participação social com gestão em cada esfera do governo²</i></p>

Estes princípios doutrinários e organizativos, desde a implantação do SUS até o final da década de 1990, ainda careciam de implementação plena.

Para exercitar: Defina com clareza os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Para isto, descreva os conceitos em poucas palavras e registre no destaque de conteúdo (AVEA):

- Universalidade
- Equidade
- Integralidade
- Descentralização
- Regionalização
- Hierarquização
- Participação social

A criação do SUS possibilitou a organização de uma maior atenção para as DCNT. A atenção à saúde voltada para as necessidades dos usuários com DCNT ocorria de forma fragmentada e descontinuada, tanto no que diz respeito aos aspectos clínicos quanto às ações de promoção da saúde e redução de fatores de risco.

Uma perspectiva de mudança neste cenário emerge em 2006, quando a Portaria MS/GM n. 399 instituiu as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde. A partir do Pacto, as três esferas de gestão do sistema sanitário explicitam suas responsabilidades e estabelecem um compromisso de articulação solidária e cooperativa para trabalhar em torno de seis prioridades da situação de

saúde da população brasileira. Essas prioridades revelam alguns dos desafios demográficos, epidemiológicos e de gestão sanitária existentes no Brasil. Dentre as prioridades destacamos as ações dirigidas às DCNT.



Saiba mais

Neste momento, faça uma pausa para reflexão sobre as estratégias e ações propostas no Pacto pela Saúde, por meio da leitura do documento ministerial. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf>.

O objetivo do Pacto é compor uma rede de compromisso e solidariedade entre as diversas áreas do governo, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, que conduza à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT.



Palavra do profissional

A partir da leitura do documento ministerial, observamos que diversas políticas setoriais têm sido estabelecidas no intuito de intervir de forma mais resolutiva e integrada nas necessidades das pessoas com DCNT.

Vale destacar a pactuação ocorrida em março de 2006, pela Comissão Intergestores Tripartite da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que definiu as prioridades iniciais de atuação: alimentação saudável, atividade física/práticas corporais, prevenção de acidentes e violências, cultura da paz, prevenção de álcool e drogas e ambientes sustentáveis.



Saiba mais

Conheça mais sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>.

Entre as prioridades do Pacto pela Vida e da PNPS acrescenta-se o reconhecimento por parte do Ministério da Saúde da importância da promoção da saúde, dos determinantes e fatores de risco que atuam para a ocorrência das DCNT. É neste contexto que estrutura-se o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, objeto de discussão a partir de agora.

1.3 Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT

Você lembra que já discutimos o desafio provocado pelas DCNT, mas temos que considerar a relevância tema para os profissionais da saúde, por isso elencamos as premissas subjacentes, dentre elas:

1. DCNT são decorrentes do estilo de vida;
2. A adoção de determinado estilo de vida por populações em vias de desenvolvimento determina uma modificação no perfil de morbidade, aumentando a importância das DCNT (transição epidemiológica);
3. Os fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço;
4. Os efeitos dos fatores de risco são modificáveis por intervenção sanitária;
5. A redução da mortalidade por DCNT se deve às intervenções adequadas sobre os fatores de risco.

Tais desafios foram mundialmente debatidos em 2011 e resultaram em uma Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU), que teve como resposta do governo brasileiro o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT que é o que passaremos a discutir.

O Plano foi estruturado pelo Ministério da Saúde, com previsão para os anos 2011-2022, com o objetivo de enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as DCNT, entre as quais:

- acidente vascular cerebral;
- infarto agudo do miocárdio;
- hipertensão arterial;
- câncer;
- diabetes mellitus;
- doenças respiratórias crônicas.

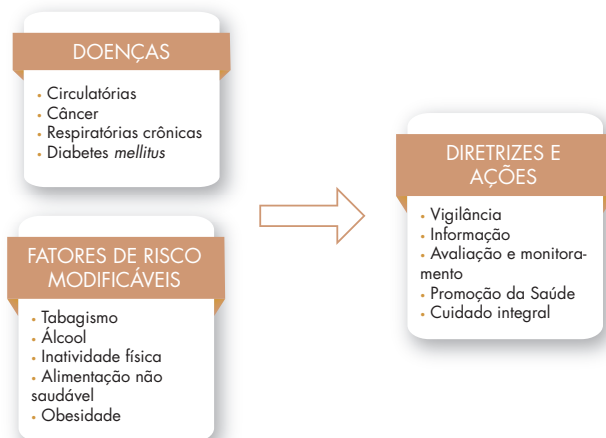
No país, essas doenças constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a aproximadamente 70% das causas de morte.

O Ministério da Saúde acertou ao valorizar ações populacionais de Promoção da Saúde, que, com frequência, extrapolam o setor saúde. Essas ações apontam, pelo menos, duas grandes vantagens: podem reduzir a incidência das DCNT e há evidências contundentes de que tais ações sejam altamente custo-efetivas.

Em outras palavras, o objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco; e fortalecer os serviços de saúde voltados ao atendimento das DCNT.

Nesta direção, o Plano aborda os quatro principais grupos de **doenças** e seus **fatores** de risco modificáveis, e define **diretrizes e ações**, conforme apresentados a seguir:

Figura 1: Quadro das DCNT.



Fonte: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas, os agravos e os fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.

O custo das doenças crônicas é elevado para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se não houver ações de prevenção e gerenciamento adequados, elas vão demandar assistência à saúde crescente, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica.

O número de mortes prematuras e a ocorrência de incapacidades fazem com que o enfrentamento das “novas epidemias” causadas por DCNT demande grandes investimentos.



Palavra do profissional

Lembre-se de que os conceitos de promoção da saúde, prevenção de doenças e fatores de risco, bem como seus desdobramentos serão discutidos em unidades posteriores devido a sua relevância clínica e epidemiológica.

1.4 Resumo

Nesta unidade abordamos as políticas públicas que sustentam as ações de saúde voltadas às DCNT. Apresentamos uma retrospectiva dos elementos estruturantes do SUS, bem como retomamos as leis e diretrizes estabelecidas para sua implementação.

Identificamos ainda que a reformulação das políticas públicas com vistas a atender às necessidades impostas pelo perfil das DCNT se fez necessária, e que culminou com a elaboração e a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT.

1.5 Fechamento

Esperamos que ao longo desta unidade você tenha lembrado ou compreendido melhor os elementos que estruturam as políticas públicas da atenção em DCNT, bem como os determinantes que resultam na sua elaboração e implementação.

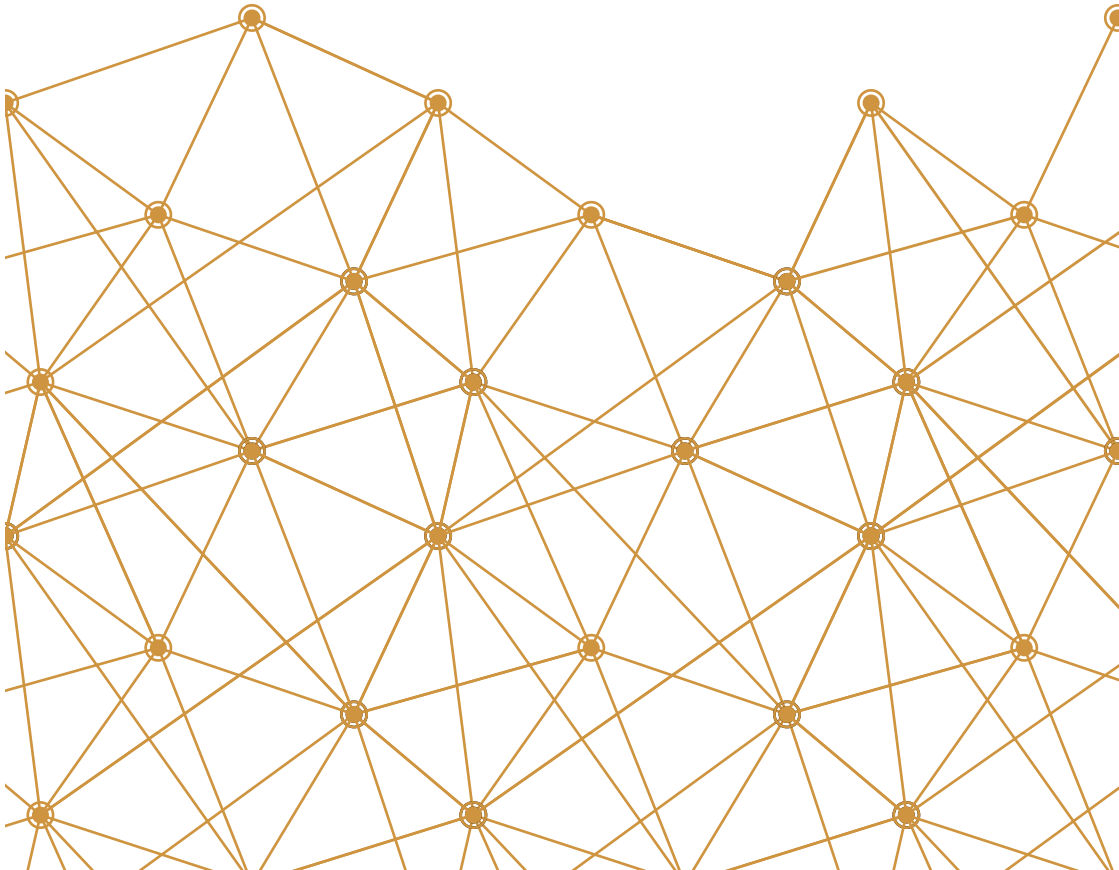
Compreender tais aspectos vinculando-os a sua prática diária não é tarefa fácil, mas essencial para a excelência da assistência. Considerar as fragilidades e lacunas existentes é ponto de partida para a reestruturação da assistência, incorporando a nova lógica assistencial, tão discutida durante este curso.

Para Exercitar: Esperamos que você estabeleça um paralelo entre os conceitos discutidos no transcorrer da Unidade e o seu contexto de trabalho, com vistas a identificar se o perfil dos seus usuários com DCNT convergem ou divergem do panorama aqui explorado. Vamos lá? Escreva algo a respeito delas no destaque de conteúdo (AVEA).

1.6 Recomendação de leitura complementar

LINARD, A. G. et al. Princípios do sistema único de saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **R. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n.1, p. 114-120, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a15v32n1.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Promoção da saúde nos diferentes níveis de atenção

Ao final desta unidade, você será capaz de identificar as estratégias de promoção da saúde e prevenção das DCNT nos diferentes níveis de atenção.

2.1 Introdução

Agora, vamos aprofundar mais a discussão sobre a promoção da saúde nas condições crônicas. Como já foi discutido, o Plano de enfrentamento das DCNT apresenta em seu texto importantes eixos de ação e fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- Promoção à saúde;
- Cuidado integral.

Assim, abordaremos mais especificamente o segundo eixo, que é a promoção da saúde relacionada às DCNT: o seu conceito e abrangência da promoção da saúde; a Política Nacional de Promoção da Saúde e sua evolução no Brasil; e os determinantes sociais de saúde que expõem as pessoas a risco e vulnerabilidade e trazem vários desafios aos profissionais da saúde. Pense nesta questão durante a leitura do texto: Para que você precisa conhecer sobre a promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas?

2.2 Conceito e abrangência da promoção da saúde

Se consultarmos a literatura, numa perspectiva histórica, veremos que muito já foi produzido sobre as concepções de Promoção da Saúde. Para compreendê-la no contexto atual, é pertinente realizar uma síntese das principais concepções, apontando seus enfoques, momentos históricos e a partir de sua trajetória buscar possibilidades, fundamentos que poderão contribuir para o cuidado de enfermagem.

A revalorização da promoção da saúde em uma visão retrospectiva coloca-se na tradição sanitária do pensamento médico social do século XIX expresso na obra de autores como: Allison, na Escócia; Chadwick e Snow, na Inglaterra; Villermée e Leuscher, na França; Virchow, na Alemanha;

e Grotjahn, na Bélgica. Estes autores afirmaram haver uma relação entre saúde e condições de vida (CARVALHO, 2002; CZERESNIA, 2003).



Palavra do profissional

A concepção de promoção da saúde é um movimento ideológico que surge em resposta à acentuada medicalização da saúde no interior da sociedade e do sistema de saúde.

O conceito de saúde pública, nos anos 20, foi inicialmente usado por Winslow (1920) e Sigerist (1946), quando este definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para Sigerist (1946), ainda, a concepção de promoção vem evoluindo no tempo e representa atualmente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, não sendo mais vista como um nível de atenção (HEIDEMANN et al., 2006).

O conceito de promoção da saúde tradicional foi definido inicialmente a partir do modelo de Leavell & Clark na década de 1940, no esquema da História Natural da doença como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003). Este conceito evoluiu nos últimos 25 anos, surgindo novas correntes de promoção, principalmente no Canadá, nos EUA e em países da Europa Ocidental. Veja o esquema a seguir:

Quadro 1: Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença

PROMOÇÃO DA SAÚDE	PROTEÇÃO ESPECÍFICA	DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE	LIMITAÇÃO DA INVALIDEZ	REABILITAÇÃO
Prevenção	Primária	Prevenção	Secundária	Prevenção Terciária

Fonte: Leavell & Clark (1978)

A percepção de promoção da saúde desponta como nova concepção de saúde em debates internacionais a partir de meados dos anos 1970.



Palavra do profissional

Este moderno movimento de promoção da saúde surgiu no Canadá com a divulgação do Informe de Lalonde (*A New Perspective on the Health of Canadians*, 1974). Este Informe focou na promoção da saúde, reforçando que o tradicional modelo médico pouco estava conseguindo interferir na melhoria das condições de saúde.

Diversos fatores contribuíram para a necessidade de mudar este pensamento: o aumento das doenças crônicas degenerativas (doenças do coração, cânceres) e diminuição das doenças infectocontagiosas, exceto as provocadas pelo HIV.

A inclusão dos fatores de riscos comportamentais ao lado dos biológicos e o aumento no nível de complexidade no qual saúde e determinantes de saúde passaram a ser compreendidos como visões a partir das quais formalizou-se a corrente comportamental de promoção da saúde.

Os fundamentos do Informe Lalonde 1974 foram pautados no conceito de saúde e introduziram os chamados **determinantes de saúde**, nos quais se destacam a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais, modos de vida e organização da assistência na ocorrência de doenças e na morte, distribuindo-se em inúmeros fatores que influenciam a saúde.

Veja a seguir a decomposição do conceito de determinantes da saúde em quatro amplos componentes: a biologia humana (genética e função humana); o ambiente (natural e social); o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde); e a organização dos serviços de saúde (BUSS, 2003; HEIDEMANN et al., 2006).

Quadro 2: Determinantes do Campo da Saúde/Doença

DETERMINANTES: SAÚDE DOENÇA				
BIOLOGIA	AMBIENTE		ESTILOS DE VIDA	SERVIÇOS DE SAÚDE
	Físico	Social/Econômico	Álcool	Acesso
	Água	Pobreza	Tabaco	Equidade
Genes	Ar	Classe Social	Nutrição	Serviços
Idade	Agentes	Emprego	H. Sexuais	Saúde Pública
Sexo	infecciosos	Educação	Exercícios	Medicamentos
	Radiações	Desigualdades	Drogas	Cuidados Primários

Fonte: Buss (2003).

O Informe Lalonde impulsionou o movimento moderno de Promoção da Saúde. Este relatório Lalonde estabeleceu também as bases para impulsionar o desenvolvimento de um novo paradigma formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978, em Kazak na URSS, com a proposta de saúde para todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde.

As conclusões e recomendações de Alma Ata trouxeram um importante reforço para os defensores da estratégia da promoção da saúde, estimulando a Participação da comunidade, como as mudanças nas relações de poder e a intersectorialidade. O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), sistematizado pela conferência de Alma Ata (1978) e difundido para os países em desenvolvimento, reafirma que:

- A conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde;
- Saúde é um direito humano fundamental;
- É importante a participação individual e coletiva no planejamento e execução de seus cuidados de saúde;
- Os cuidados primários de saúde permitirão que os povos atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva;

- A cooperação dos governos para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos beneficia diretamente todos os outros países; e
- Valoriza a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA, 1978).

Em novembro de 1986, em Ottawa no Canadá, foi divulgado o **EPP Report** na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde. O **EPP Report** foi um documento canadense intitulado **Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção à saúde/Achieving Health for All: a framework for health promotion** – elaborado pelo então Ministro da Saúde Jack Epp. Foi, junto com a Carta de Ottawa, o arcabouço de referência para as ações de promoção da saúde no Canadá até meados da década de 1990 (*Health and Welfare – Canadá, 1986*). A partir deste documento são apontados como desafios à redução das iniquidades: o incremento das ações preventivas; a ampliação do fortalecimento e capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas de doenças crônicas degenerativas; e o estímulo ao autocuidado e a mecanismos de autoajuda (BUSS, 2000, 2003; CARVALHO, 2002; HEIDEMANN, 2006).

EPP Report: documento intitulado *Alcançando Saúde para Todos: um marco de referência para a promoção da saúde*.

A partir da **I Conferência de Promoção da saúde** foram definidos como resultantes da determinação social:

- a pobreza;
- o desemprego;
- a habitação precária; e
- outras desigualdades econômicas e sociais.

A definição de promoção da saúde apresentava uma variedade de teorias, conceitos e estratégias de intervenção até a divulgação da **Carta de Ottawa** 1986. A partir desta, a promoção de saúde passou a ser definida como o processo que capacita os indivíduos e comunidades para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1986). A promoção de saúde está associada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros. E refere-se também, de acordo com Who (1986), a uma combinação de estratégias:

- políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes saudáveis;
- reforço da ação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais; e
- reorientação do sistema de saúde.



Saiba mais

Você pode aprofundar seu conhecimento acerca das estratégias de Promoção da Saúde acessando o *World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion*. Ottawa, Canadá: (1986). Disponível em: <<http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>.

Para exercitar: Você consegue definir com clareza as estratégias de Promoção da Saúde? Que tal um exercício? Tente descrever em poucas palavras a definição destas ações no destaque de conteúdo (AVEA):

- Políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes saudáveis
- Reforço da ação comunitária
- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- Reorientação do sistema de saúde

Assim, as bases conceituais e políticas da promoção da saúde se desenvolveram praticamente nos últimos anos na realização de sete importantes conferências internacionais e quatro regionais. As internacionais são:

1. I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa (Canadá, WHO, 1986);
2. Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis (Austrália, WHO, 1988);
3. Declaração de Sundsväl sobre Ambientes Favoráveis de Saúde (Suécia, WHO, 1991);
4. Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI (Jacarta, WHO, 1997);
5. Declaração do México (México, WHO, 2000);

6. VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado em Bangkok (Tailândia, WHO, 2005);
7. VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que destaca a importância dos cuidados primários de saúde (Nairobi-Kenya 2009, WHO).

E as conferências regionais são:

1. Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas - Declaração de Santa-Fé de Bogotá (Colômbia, OPS, 1992)
2. Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad y Tobago, OPS, 1993)
3. Canadá, ao revisar o tema da promoção da saúde em “Action Statement for Health Promotion in Canada” (CPHA, 1996)
4. Rede de Megapaíses para a promoção da saúde (Genebra, Suíça, OPS, 1998) (HEIDEMANN et al., 2006).

Além destas, ocorreram também outras conferências, como a XX Conferência Mundial de Promoção da Saúde Genebra, na Suíça, em 2010, sob o tema Unir Forças Para a Saúde, Equidade e Desenvolvimento Sustentável (IUHPE, 2010); e a V Conferencia Latino-Americana y IV Conferencia Interamericana de Promoción de La Salud com o tema educação para a saúde, em abril de 2012, no México.

Na evolução do conceito de promoção da saúde, a **carta de Ottawa** tem sido o principal marco de referência em todo o mundo.

As conferências seguintes procuram aprofundar as bases conceituais e políticas destas estratégias, sendo que muitas das suas conclusões e recomendações serviram de base para orientação prática e filosófica dos futuros eventos e ações da promoção da saúde.

Esta carta retoma o conceito de promoção da saúde em sua dimensão social e tem como pontos centrais suas estratégias de ação.

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde reforça o conceito de saúde na sua dimensão social.

Veja a seguir a evolução das diversas declarações sobre as políticas de saúde:

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE (BRASIL, 2002)	Chama a atenção para a importância da ação comunitária para o desenvolvimento da saúde da população ao enfatizar o tema de “políticas públicas saudáveis”. Ressalta também o compromisso com a equidade e já aponta na direção da intersetorialidade para o desenvolvimento de ambientes e opções de vida saudáveis.
DECLARAÇÃO DE SUNDSTALL (BRASIL, 1996)	Aborda que uma das estratégias fundamentais para alcançar saúde é a ação sobre o ambiente por meio da ação da comunidade ao expressar o tema de “ambientes saudáveis à saúde”. Aponta também a busca da equidade para diminuir as enormes desigualdades sociais entre países pobres e ricos.
DECLARAÇÃO DE JACARTA (BRASIL, 2002)	Reconhece que a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo. Esta declaração foi a única a reconhecer a importância da participação do setor privado no apoio e promoção da saúde e tem como principal destaque o “reforço da ação comunitária”.
DECLARAÇÃO DO MÉXICO (BRASIL, 2002)	Analisa que a concepção de promoção da saúde tem sido adotada em diversas partes do mundo, mas deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos, pois permanece ainda como uma atividade marginal no sistema de saúde.
DECLARAÇÃO DE SANTA FÉ DE BOGOTÁ (BRASIL, 2002)	Aponta para as situações de iniquidades que vivem os países da América Latina e reconhece a necessidade da criação de condições adequadas para o desenvolvimento de condições dignas de vida. Reforça também a ação comunitária como importante mecanismo para fortalecer a capacidade da população.
DECLARAÇÃO DO CARIBE (BRASIL, 2002)	Reafirma, para a promoção da saúde, a importância das ações intersetoriais para resolução dos múltiplos e diversos determinantes de saúde. Enfatiza a capacidade dos indivíduos e comunidade para o controle, implementação e manutenção do bem-estar e saúde. Já o documento de promoção da saúde da população do Canadá vem criticar o projeto behaviorista de promoção, e reafirma a importância do social na determinação do processo saúde doença, com a integração das cinco estratégias propostas na Carta de Ottawa.
REUNIÃO DA REDE DE MEGAPAÍSES (BRASIL, 2002)	Reconhece a necessidade urgente da formação de alianças entre os países mais populosos do mundo. Reforça a importância da articulação entre os diversos segmentos da sociedade, principalmente entre os países cujo objetivo é assegurar uma política de promoção da saúde com impactos positivos na saúde mundial.

<p>DECLARAÇÃO DE BANGKOK (WHO, 2005)</p>	<p>Reforça as mudanças na saúde global e as rápidas transformações que vem ocorrendo no mundo. Identifica alguns efeitos negativos para a saúde frente à globalização como o aumento das iniquidades, rápida urbanização e degradação do meio ambiente e enfatiza os aspectos positivos da revolução da tecnologia de comunicação e seu potencial para influir no redirecionamento dos determinantes de saúde.</p>
<p>CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE NAIROBI</p>	<p>Reforça, sobre a Promoção da Saúde (WHO, 2009), o desenvolvimento dos países pobres, principalmente em dirigir estratégias para à proteção da mãe e do recém-nascido.</p>
<p>CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE 2010</p>	<p>Estimula o desenvolvimento sustentável e enfatiza o empoderamento das mulheres como líderes da mudança social e cultural da sociedade.</p>

Em relação às conferências regionais, estas buscaram discutir, principalmente, a problemática específica dos países latino-americanos, mas sempre incorporando as tendências e experiências internacionais da promoção da saúde de outros países do mundo.

Assim, ao finalizar esta síntese observa-se que já foram realizadas em vinte cinco anos oito iniciativas multinacionais, sete de caráter internacional/global, uma mundial e outras três de caráter sub-regional, bem como duas de caráter específico, que procuram reforçar a importância do tema da promoção da saúde.



Palavra do profissional

A partir da análise e reflexão destas conferências, evidenciou-se uma clara inter-relação com as cinco estratégias defendidas na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a elaboração do documento da **Carta de Ottawa** de 1986, no Canadá. As iniciativas que sucederam este evento vieram reforçar a importância destas estratégias bem como a adoção das práticas de promoção nas políticas de saúde dos diversos países do mundo.

2.2.1 A Política de Promoção da Saúde/ Evolução no Brasil

No cenário brasileiro, o surgimento da Saúde Coletiva na década de 1970 é uma referência importante para o Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado a partir das Leis n. 8080 e n. 8142 de 1990 que trouxeram para dentro do setor saúde várias concepções e ideias, como a de promoção da saúde, todas estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no Artigo 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

A saúde, então, passa a ser compreendida a partir de um conceito amplo como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos, o que também foi considerado na **Carta de Ottawa**, 1986.

Com a introdução dos princípios da promoção da saúde, da determinação social do processo saúde-doença e da intersetorialidade ocorreram eventos históricos importantes no Brasil, como:

- 1990 - Organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis: controle social formal; composição paritária Estado/Sociedade Civil; representação intersetorial;
- 1992 – Cúpula da Terra/Rio 92: Agenda 21;
- 1995 – Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável, após a Conferência Pan-Americana sobre o mesmo tema;
- 1992 - Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Cerca de 230 hospitais credenciados no país realizaram práticas de incentivo ao aleitamento nos berçários e entre crianças internadas;
- 1993 – Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Agentes Comunitários de Saúde que são parte da equipe de saúde da família e atuam, sozinhos em certos locais, com práticas de promoção e prevenção;
- 1994 - Programa de Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica. Reorganização da atenção básica, com adscrição de família a equipes multiprofissionais e ações abrangentes de promoção, prevenção e assistência; e
- 1999 - Aleitamento materno. Carteiro Amigo. Atividade de incentivo ao aleitamento materno com a utilização de carteiros que divulgam informações sobre o tema de casa em casa.

Além destes eventos na década de 1990, houve, ainda, diversos Programas e Iniciativas em âmbito Federal que contribuíram com a promoção da saúde, como:

- Leis Federais para adição de micronutrientes como ferro e ácido fólico em farinhas e iodo ao sal;
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição;
- Bolsa Família e Renda Mínima. Complementação da renda familiar com recursos da União para melhoria da alimentação e das condições de saúde e nutrição, além da educação fundamental;
- Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (IFF/FIOCRUZ), 180 unidades;
- Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte. Núcleos do Agita Brasil;
- Programa de Prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis (PNI), Vacinas: BCG, Pólio, DTP/HIB (tetravalente), Tríplice viral, Antitumoral, Influenza (para adultos). Futuro: vacinas contra o rotavírus e 7-valente contra pneumococos;
- Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Melhoria no acesso à cobertura e à qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, incluindo práticas de promoção da saúde, registro civil obrigatório e gratuito;
- Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Educação, diagnóstico precoce (Papanicolau e autoexame de mamas) e tratamento;
- Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer; Capacitação de profissionais em mais de três mil municípios brasileiros: em escolas, empresas e comunidades locais;
- Programa Saúde do Adolescente. Dirigido a todos os jovens entre 10 e 19 anos, caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo;
- Programa Saúde na Escola. Controle do Álcool: restrições de publicidade e venda para menores de 18 anos;
- Mensagens de saúde em telenovelas. Grupos de apoio social: alcoolistas, obesos, tabagistas, grávidas, nutrízes, portadores de necessidades especiais.
- Controle de armas;
- Lei do Trânsito: Iniciativa extrassetorial com importante impacto sobre a morbimortalidade, cinto de segurança (BRASIL, 2006).



Saiba mais

Para aprofundar seu conhecimento acerca de iniciativas de Promoção da Saúde, leia: BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf/>>.

Conforme já mencionado na Unidade 1, em 2006 foi aprovada a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, publicada na Portaria GM/MS n. 687, contendo as diretrizes e as estratégias de organização das ações nas três esferas de gestão do SUS para garantir a integralidade do cuidado e tem como objetivo:

A **Política Nacional de Promoção da Saúde** retoma as estratégias propostas pela Carta de Ottawa.

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006).

A política afirma que as ações públicas devem ir além da ideia da cura e reabilitação. O esforço conjunto resulta no desenvolvimento de ações intersetoriais para a geração de emprego e renda, fortalecimento da educação, preservação ambiental, planejamento de espaços urbanos e rurais, realização de iniciativas culturais e esportivas, dentre outras, ampliando a capacidade das políticas públicas de incidirem sobre os determinantes sociais da saúde, tornando-as mais efetivas (BRASIL, 2009).

A PNPS tem a necessidade de implantação das diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS e deve considerar principalmente o Pacto pela Saúde, suas diretrizes operacionais e seus componentes, Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS.

A Política Nacional de Promoção da Saúde afirma que as ações públicas em saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação.

A Promoção da Saúde é vista como possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento: violência, desemprego-subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada.



Saiba mais

Para aprofundar seu conhecimento acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde, acesse o Portal do Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anexo um da Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006.

Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>.

2.3 Determinantes sociais de saúde

A **Determinação Social de Saúde** expressa pela **Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde** (CNDSS, 2006) é definida como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e situações de risco na população.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.

A CNDSS foi instituída em março de 2006 sendo composta por pessoas da vida social, cultural, científica e empresarial do país, e tem como objetivos principais: produzir conhecimento sobre os fatores determinantes das iniquidades em saúde no Brasil; contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde; mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre este tema (BRASIL, 2009).

Os determinantes sociais influenciam os estilos de vida, como o hábito de fumar, praticar exercícios físicos e os hábitos alimentares. Além disso, a percepção de pertencer a determinados grupos sociais vistos como excluídos pode gerar sofrimento e sentimento de inferioridade e discriminação, o que interfere nas condições de vida do indivíduo (CNDSS, 2006).

A próxima figura destaca um modelo criado por **Dahlgren e Whitehead**, que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes de saúde.

Figura 2: Modelo DSS



Fonte: Determinantes Sociais de Saúde. Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Conforme modelo representado por **Dahlgren e Whitehead**, a determinação social da saúde são as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Essas situações são resultados da distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos a nível mundial, nacional e local, e vão depender das políticas adotadas. Os determinantes sociais explicam a maior parte das iniquidades sanitárias, ou seja, as diferenças injustas e evitáveis observadas entre os países no que diz respeito à situação sanitária. Destaca-se a necessidade de melhorar os determinantes sociais da saúde, visto sua relação com as iniquidades sociais e a enorme desigualdade, mesmo com a melhoria da esperança de vida, morbidade e mortalidade entre os países em função da organização social.



Saiba mais

Para aprofundar seu conhecimento acerca da Determinação Social de Saúde e Promoção da Saúde, leia a Revista Saúde coletiva.

BUSS, P.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais PHYSIS. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

E para conhecer melhor o modelo de **Dahlgren e Whitehead**, acesse o Portal *National Women's Council of Ireland*. Disponível em: <http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf>.

Uma estratégia de enfrentamento das iniquidades em saúde é a constituição de comitês técnicos com o objetivo de formular políticas que atendam as especificidades de grupos sociais em situações de vulnerabilidade, seja em decorrência de preconceitos ou de exclusão social.

Promoção da saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle dos determinantes de sua saúde e, conseqüentemente melhorar esta. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes.

Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Logo, promoção da saúde não é apenas responsabilidade de um setor, vai além dos estilos de vida saudáveis para o alcance do bem-estar.

As pessoas necessitam de água e ar puro, ambiente saudável, alimentação adequada, situação social, econômica e cultural favorável, prevenção de problemas específicos de saúde, assim como educação e informação que são componentes importantes da **promoção da saúde**. Assim, para promover a saúde, é preciso enfrentar os chamados determinantes sociais da saúde.

A **promoção da saúde** refere-se às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, com objetivo de impactar favoravelmente a qualidade de vida.

São imprescindíveis ações intersetoriais e intrasetoriais para a ampliação da consciência sanitária, com direitos e deveres da cidadania, educação em saúde para a melhoria dos estilos de vida e condições de vida da população (BUSS, 2010). Estes princípios de participação, intersetorialidade e equidade são fundamentais para a promoção da saúde.

Além disso, deve-se investir em políticas e ações sobre os determinantes sociais da saúde, cujo objetivo último é a promoção da saúde para que ocorra a atuação e a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde.

As ações promotoras de saúde são as que nos possibilitam desenvolver a autonomia e fortalecer processos políticos e sociais que permitam a transformação dos determinantes estruturais que definem a saúde da população.



Saiba mais

Se você deseja inteirar-se mais sobre o tema, acesse o Portal da Comissão Nacional de Determinantes Sociais. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br>.

Para exercitar: O Brasil é um país que apresenta um dos maiores índices de iniquidades em saúde. Diante disto, destaque quais os fatores ou situações que influenciam o aumento das iniquidades em saúde. Complemente sua resposta investigando em uma publicação que ações/intervenções possibilitariam sua diminuição e registre no destaque de conteúdo (AVEA).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na luta pela garantia de direitos e equidade, propõe que as necessidades de saúde da população se focalizem nos seus determinantes e condicionantes. Abordar a saúde e o adoecer de cada sujeito e comunidade vai depender do espaço onde se vive e trabalha.

Cada território é uma composição de circunstâncias, é a expressão da articulação dos determinantes sociais da saúde que se organizam em três níveis de governabilidade e proximidade em relação a cada um de nós: um mais próximo, outro intermediário e um terceiro mais distante.

No nível mais próximo estão nossas escolhas, hábitos e rede de relações; o intermediário engloba as condições de vida e trabalho; no terceiro nível estão as políticas estruturantes de nossa sociedade. Na realidade de cada território e na vida de cada indivíduo, todos esses níveis de determinação acontecem e operam ao mesmo tempo e de maneira inseparável (BRASIL, 2009).

A PNPS afirma, então, que para produzir saúde é fundamental organizar o trabalho de modo transversal. Ou seja, articulando todos os níveis de determinação na análise da situação em saúde, na abordagem das necessidades de sujeitos e comunidades, na proposição de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva de um território, na busca conjunta de soluções com a população e com outras políticas públicas.



Palavra do profissional

Promover a saúde da população no contexto das desigualdades é fundamental para organizar o trabalho de forma coordenada entre os diversos campos da atenção à saúde.

Articular saberes e práticas integradas a um território diferente de outros territórios, onde habita uma população com características culturais, sociais, políticas, econômicas diferentes de outras populações que vivem em outros territórios. Portanto, trabalhar com uma prática de saúde interdisciplinar, que integra diferentes saberes e práticas intra e extrassetorial, contribui para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular.

2.4 Conceito de risco e vulnerabilidade

A palavra risco, na epidemiologia, significa a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado, sendo a probabilidade calculada pela relação entre o número de casos diagnosticados em um ano e a população existente nesse mesmo ano (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002; GIOVANELLA et al., 2008).

O risco relativo é resultante da associação entre a exposição a determinado fator de risco e a probabilidade de ocorrência do problema estudado. Ele é calculado dividindo-se a taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos expostos pela taxa de incidência, prevalência ou mortalidade nos indivíduos não expostos (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2002; GIOVANELLA et al., 2008).

Agravo à saúde ou dano à saúde é definido como um mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população e **fatores de risco** são componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Podem, também, ser definidos como: atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos que não os tenha ou que apresente menor exposição a tais características, ou ainda, fator de risco ou fator de exposição como algum fenômeno de natureza física, química, orgânica, psicológica ou social, no genótipo ou fenótipo, ou alguma enfermidade anterior ao efeito que se está estudando, que pela variabilidade de sua presença ou ausência está relacionada com a doença investigada, ou pode ser causa de seu aparecimento (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Neste contexto, os estudos epidemiológicos sobre risco identificam nas pessoas características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição. Calcula-se a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais de adoecer ou morrer por algum agravo de saúde (AYRES et al., 2006). Portanto, é um processo analítico em que se busca produzir um conhecimento objetivo a partir da associação de caráter probabilístico (AYRES et al., 2006; AYRES, 1997).

Além do risco e do risco relativo, outros indicadores são utilizados pela epidemiologia para avaliar as condições de saúde de uma população, tais como: indicadores de mortalidade e morbidade, fatores de exposição e de estado de saúde (GIOVANELLA et al., 2008).

Considera-se que controlar os riscos em saúde e as condições de saúde de uma população tem representado um esforço na busca da proteção contra as ameaças à vida humana. Nesta perspectiva, observa-se que identificar e reduzir os riscos têm sido as mais importantes metas da saúde pública, sendo que a gestão dos riscos está diretamente relacionada à promoção da saúde por meio da reorientação das estratégias de intervenção rumo a este objetivo (CZERESNIA, 2004).

Ainda é importante ressaltar que riscos à saúde são processos construídos socialmente, sendo articulados por comportamentos individuais e pela construção coletiva da percepção de risco (KOERICH et al., 2006). Esses processos podem estar presentes em praticamente todas as dimensões da vida: física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano (GAMBA; SANTOS, 2006). O risco ainda pode ser entendido como um fator individual, referindo-se às características pessoais como história familiar, hábitos, estilo de vida, entre outros. Neste contexto, a mudança dos comportamentos pessoais de risco é que passam a ser o foco da intervenção à saúde (LUIZ; COHN, 2006).

Para evitar o risco é preciso reconhecê-lo, aceitá-lo e quando possível evitá-lo (BARRA et al., 2012).

Para exercitar: Recorde um atendimento a um doente crônico já prestado por você e registre aqui os fatores de risco relacionados à doença crônica que ele é portador. Complemente sua resposta investigando em uma publicação quais são os fatores de risco relacionados à doença crônica escolhida e registre no destaque de conteúdo (AVEA).

Vulnerabilidade foi definida pelo Ministério da Saúde como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e mental cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população diante de uma determinada doença, condição ou dano (BRASIL, 2004).

Também pode ser entendida como um processo dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõe, tais como idade, raça, etnia, pobreza, escolaridade, suporte social e presença de agravos à saúde. Admite-se que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta em adoecimento (NICHIATA et al., 2008).

A palavra **vulnerabilidade** vem do latim, do verbo *vulnerare*, que significa *provocar um dano, uma injúria, ferir*; ou vem do grego, *vulnus*, que também tem o mesmo significado (ADAY, 1993).

O ser vulnerável é alguém que possui uma cidadania frágil, que ignora a relevância do direito à integridade física como condição de acesso aos direitos sociais econômicos, políticos e trabalhistas (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2006). Em saúde, comumente, os termos vulnerabilidade e vulnerável são empregados para designar suscetibilidade das pessoas à problemas e danos de saúde (AYRES et al., 2006).

A avaliação da vulnerabilidade pode ser útil para identificar características ou condições para potencializar os recursos disponíveis para o enfrentamento da doença. A identificação de condições, características e

situações de proteção e fortalecimento dos indivíduos e grupos contra o adoecimento constituem um dos diferenciais do conceito de vulnerabilidade (TAKAHASHI, 2006).

Analisar a vulnerabilidade permite conhecer e compreender como cada um individualmente e em grupo vivencia e enfrenta diferentemente o processo saúde-doença. A construção de marcadores pode ser utilizada para avaliar as condições de vida e saúde de indivíduos e grupos para subsidiar a intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade (TAKAHASHI, 2006).

Na perspectiva da determinação social da saúde-doença e da vulnerabilidade está implícito o seu caráter multidisciplinar, o que é fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teóricos e metodológicos (AYRES et al., 2006; TAKAHASHI, 2006).

Observe que ao se reconhecer os aspectos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, família ou grupo oportuniza-se vislumbrar as intervenções de enfermagem que venham a favorecer mudanças e uma assistência mais equânime e solidária, fortalecendo os sujeitos para o exercício de seus direitos e um compromisso com o cuidado que envolve três dimensões éticas: a justiça, a autonomia e a benevolência (NICHIIATA et al., 2008; BELLATTO; PEREIRA, 2005; PETTENGILL; ANGELO, 2006).



Palavra do profissional

E você como profissional da saúde contribui muito para a observação dos aspectos, já mencionados, nas pessoas atendidas pelo SUS.

Entende-se que considerar a vulnerabilidade do indivíduo ou de grupos populacionais possibilita a mobilização, tanto dos profissionais da saúde como da população civil, por meio do processo educativo construtivista para transformações sociais que estão alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não só assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

2.4.1 Destacando as diferenças entre risco e vulnerabilidade

A identificação da vulnerabilidade tem como propósito de busca a síntese, ou seja, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada em que os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre vulnerabilidade. A vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e a cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições (AYRES, 1997; TAKAHASHI, 2006).

Diferentemente a identificação do risco busca a universalidade, não a reprodutibilidade ampliada de sua fenomenologia e inferência (AYRES, 1997; TAKAHASHI, 2006).

Apesar de risco e vulnerabilidade terem estreita relação, acompanhe uma breve comparação dos conceitos:

Quadro 3 - risco e vulnerabilidade

<p>O risco nos estudos tradicionais em epidemiologia tem uma identidade bastante sólida com caráter eminentemente analítico.</p>	<p>A vulnerabilidade, como um conceito emergente, está mais voltada ao caráter sintético.</p>
---	--

Fonte: AYRES et al., 2006.

Considera-se que enquanto o risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer. Ambos, risco e vulnerabilidade, são importantes na interpretação do processo saúde-doença (AYRES, 1997).

O conceito de risco e de fator de risco, bem como os estudos que abordam tal temática não contemplam a discussão de muitas questões relacionadas ao processo de saúde-doença e sociedade. Assim, visando buscar outros aspectos presentes no processo do viver humano, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado no campo da saúde pública, ampliando a dimensão biológica e incorporando outros elementos (PORTO, 2007).

Ainda refere-se que a vulnerabilidade diferencia-se do risco por expressar o potencial de adoecimento/não relacionado a todo e qualquer indivíduo

que viva sob determinado conjunto de condições, enquanto o risco tenta expressar as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo quando portador de características específicas (AYRES et al., 2003, 2006). Assim, a avaliação dos componentes da vulnerabilidade pode ser utilizada como referência para interpretar qualquer agravamento. Com base nessa abordagem, amplia-se o campo de atuação dos programas de saúde e torna-se possível a formulação de políticas que tenham como ponto de referência as necessidades da coletividade (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Em busca da promoção da saúde e prevenção das doenças, a Enfermagem tem atuado de modo intenso com a população, desempenhando seu papel de educação em saúde nos diferentes níveis de atenção. Sua atuação profissional objetiva orientar e estimular a participação dos sujeitos em ações que promovam melhores condições de vida e saúde. Neste contexto, uma das estratégias adotadas é a avaliação dos riscos e das vulnerabilidades a que determinado sujeito ou população estão expostos (BARRA et al., 2010).



Saiba mais

Leia o artigo:

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. *Revista UERJ Enfermagem*, Rio de Janeiro. v. 18 n. 4, p. 553-8. out./dez. 2010.

Este artigo objetivou classificar as vulnerabilidades em saúde dos sujeitos com agravos crônicos (122 participantes), analisando suas suscetibilidades e as implicações para o cuidado de enfermagem. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a09.pdf>>.

Para exercitar: Agora volte a pensar sobre o doente crônico que você prestou atendimento e registre no destaque de conteúdo (AVEA) as vulnerabilidades que você identificou quando estava cuidando dele.

2.4.2 Risco, vulnerabilidade e doença crônica não transmissível

Como vimos no Módulo V, as DCNT são as principais causas de morte no mundo. A maioria dos **óbitos por DCNT** são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como:

- tabagismo;
- consumo nocivo de bebida alcoólica;
- inatividade física; e
- alimentação inadequada.

No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco das DCNT podem ser classificados, de acordo com Brasil (2008), como:

- não modificáveis (sexo, idade e herança genética); e
- comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas e atitudes violentas na mediação de conflitos).

Os principais fatores de risco no Brasil para DCNT, de acordo com Brasil (2011), são:

- os níveis baixos de atividade física;
- o baixo consumo de frutas e hortaliças;
- o consumo de alimentos com elevado teor de gordura; e
- o consumo elevado de refrigerantes (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais. Considerando-se o cenário contemporâneo, no qual a competitividade e o individualismo são privilegiados como modos de existir e de se relacionar, são reduzidas as ações de fatores protetores, tais como: o acesso ampliado a alimentos *in natura* e de melhor qualidade nutricional, a existência de redes de suporte social e de espaços públicos seguros e facilitadores de interação social por meio de práticas esportivas e culturais, bem como o desenvolvimento de ferramentas não violentas para a mediação de conflitos, entre outros (BRASIL, 2008).

Lembre-se que as DCNT não se definem pela sua aparente ou real gravidade, mas sim por não terem cura ou serem de duração muito prolongada. Elas abrangem nomeadamente doenças que conduzem, num prazo mais longo ou mais curto, à morte. Adaptar-se às características da DCNT constitui um processo extremamente complexo, com inúmeras implicações e repercussões de variadas ordens (RUDNICKI, 2007).

A condição crônica pode ser considerada como experiência de vida que envolve permanência e desvio do normal, causados por patologias que acarretam perdas e disfunções, além de permanente alteração no cotidiano das pessoas. Essa permanência causa estresse devido à alteração da imagem corporal, necessidade de adequação social e psicológica, além de mudança na expectativa de vida (FREITAS; MENDES, 2007).

Alguns eventos são conseqüentes à condição crônica de saúde e envolvem modificações físicas, sociais e psicológicas, tais como:

- desordens musculoesqueléticas
- desordens circulatórias
- desordens respiratórias e digestivas
- mudanças no estilo de vida
- incapacidade/inabilidade
- necessidade de adaptação e enfrentamento
- necessidade de aderir ao tratamento contínuo
- dependência, depressão
- enfrentamento do estigma da doença

Assim, a doença crônica gera outras condições crônicas, afetando famílias que assumem maiores responsabilidades no controle desses eventos, por meio das descobertas diárias que vão exigir habilidades especiais de natureza médica, social e emocional da condição. Isso faz com que as famílias vivam com incertezas, enfrentando dilemas éticos, individuais, sociais e profissionais, devendo assumir gastos grandes e contínuos com o tratamento (FREITAS; MENDES, 2007).

Os eventos conseqüentes devem ser considerados porque as pessoas vão exigir intervenção familiar, mudança no estilo de vida, diminuição de dor, isolamento social, aposentadoria prematura. A soma dessas responsabilidades familiares leva à depressão e evidencia o aumento dos custos com a condição crônica de saúde do adulto (FREITAS; MENDES, 2007).



Palavra do profissional

Ressalta-se que o estigma da doença é ocasionado pelas alterações da mobilidade, da imagem corporal e da sexualidade. O impacto psicossocial inclui perda de autoestima, aumento de ansiedade e isolamento (FREITAS; MENDES, 2007).

Dessa forma, observa-se que pessoas em condições crônicas podem passar por fases distintas que levam a períodos de estabilidade e instabilidade, exacerbando a remissão, trazendo em cada fase seu conjunto próprio de problemas físicos, psicológicos e sociais, que requerem diferentes modos e tipos de gerenciamento (FREITAS; MENDES, 2007).

Enfim, nas últimas décadas, a condição crônica tornou mais e mais importante a necessidade de “cuidado da vida”, de modo que a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de incapacidades, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população possam ser reduzidas (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde necessita de uma estratégia de articulação transversal na qual se confira visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

As ações da promoção da saúde precisam ser realizadas na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem (BRASIL, 2010).

As políticas de saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, comportam diferentes tipos de ações e respondem ao risco das populações adoecerem em distintos momentos da vida, sendo partes integrante da política social que visa a proteção social.

Política social:

Política social consiste em uma atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos. Estes direitos incidem na transferência de dinheiro e serviços com objetivo de compensar condições de necessidades e risco para o cidadão que goza de tal direito, e que não consegue acesso a esses mesmos bens com seus próprios recursos ou dotes individuais" (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 65).

Proteção social:

Proteção social consiste na ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana ou necessidades geradas em diferentes modelos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência. Os sistemas de proteção social têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. Pode-se, portanto, afirmar que a formação de sistemas de proteção social resulta da ação pública que visa resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão - por raça, renda, gênero, etnia, cultura, etc. (VIANA; BAPTISTA, 2008, p. 65).

A reflexão sobre o risco e a vulnerabilidade do doente crônico, o que propomos e realizamos nesta unidade, exige focar as condições sociais e de saúde, o processo de envelhecimento e o modo como estamos cuidando em saúde, isto nos remete aos conceitos da promoção da saúde que estudamos no início desta unidade, bem como às exigências do cuidado de enfermagem, pois com a estimativa de aumento do número das pessoas idosas e do número de doentes crônicos, a enfermagem vem identificando a necessidade de novos saberes e novos fazeres.

A seguir, confira a nota informativa divulgada pelo Ministério da Saúde que fala sobre metas que deverão ser pactuadas para redução da mortalidade por doenças crônicas no Brasil. Tal iniciativa obrigará a adoção de estratégias que reduzam os riscos e as vulnerabilidades.

DOENÇAS CRÔNICAS: OMS aprova metas para redução da mortalidade

Brasil foi um dos grandes incentivadores da decisão. Os países-membros deverão reduzir em 25% a mortalidade precoce por agravos não transmissíveis até 2025.

O controle das doenças crônicas conquista avanços no cenário mundial. Foi aprovada, nesta quinta-feira (24), resolução que prevê a criação de metas específicas para redução e incidência da mortalidade por agravos não transmissíveis, como diabetes e câncer. O documento foi aprovado durante a 65ª Assembleia Mundial da Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde, em Genebra.

O Brasil, grande incentivador da ação, participou ativamente das discussões sobre o assunto e foi um dos proponentes da minuta de resolução, ao lado do Canadá, Noruega, Rússia, Suíça, Tailândia e Estados Unidos. O secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, Jarbas Barbosa, que participa da Assembleia, destacou a importância da decisão. “A definição de metas e indicadores irá nos permitir monitorar o avanço das doenças crônicas não transmissíveis, que vem apresentando crescimento nos últimos anos”, afirmou Jarbas.

De acordo com a resolução, serão realizadas consultas técnicas e discussões regionais ao longo de 2012 para subsidiar a elaboração e pactuação das metas, o que deve ocorrer a partir do final de outubro deste ano. Um dos objetivos, no entanto, já foi definido - a redução em 25% da mortalidade prematura por agravos crônicos até o ano de 2025. O foco das metas será em doenças cardiovasculares (maior causa de mortalidade no Brasil), câncer, doenças crônicas respiratórias e diabetes. Serão contemplados também os principais fatores de risco, como alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo.

CONTROLE - O estabelecimento de indicadores e metas internacionais está alinhado com o Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas do Ministério da Saúde, lançado em 2011. O plano tem como principal objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis para a prevenção e o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco. “Hoje, 72% das mortes no país são causadas por doenças crônicas. Por isso, as ações para prevenir e reduzir a prevalência e mortalidade por estas doenças têm papel central no âmbito da vigilância em saúde do SUS”, afirma Jarbas Barbosa.

(COSTA E SILVA, 2012, p. 1)

2.5 O desafio da promoção da saúde em condições crônicas

Como você já estudou anteriormente, existem várias políticas e propostas de controle das doenças crônicas não transmissíveis, como:

- a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- o Pacto pela Vida;
- o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT).

Destacam-se, ainda, o **Programa Academia da Saúde** e o **Programa Saúde na Escola (PSE)**, que objetivam prevenir as DCNT e promover a saúde das comunidades.

- **Programa Academia da Saúde:** visa à construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a atividade física/práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica em Saúde.
- **Programa Saúde na Escola (PSE):** instituído por meio de decreto presidencial e articulado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, desenvolve ações clínicas e de avaliação da saúde dos escolares, tais como: medida de pressão arterial e avaliações nutricionais, que diagnosticam precocemente a hipertensão e a obesidade; e ações de promoção da saúde, que induzem também ações como de alimentação saudável e a prática de atividade física regular.

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos. Ela parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes; propõe a articulação de saberes técnicos e populares; e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Neste sentido, a promoção da saúde se apresenta como uma possibilidade concreta de mudança nas práticas em saúde, com a necessidade de revisão nas ações de atenção à saúde, nas quais o cuidado de enfermagem assume caráter relevante.

Abordaremos a seguir os desafios para a efetivação desta política na promoção da saúde das pessoas em condição crônica de saúde. Estes desafios

para a prevenção e controle destas doenças, na perspectiva da promoção da saúde, ainda são grandes.

O Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, como você já viu na Unidade 1, traz a preocupação com a promoção da saúde como um dos seus eixos, cujos objetivos são:

- Fomentar iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado, visando ao desencadeamento de intervenções e ações articuladas que promovam e estimulem a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, constituindo-se em prioridades no âmbito nacional, estadual e municipal;
- Abordar as condições sociais e econômicas no enfrentamento dos fatores determinantes das DCNT;
- Proporcionar à população alternativas relativas à construção de comportamentos saudáveis ao longo da vida.

Assim, no decorrer do texto selecionamos alguns dos desafios, com relação à promoção da saúde e prevenção das DCNT, e também ao cuidado com as pessoas que vivem com alguma condição crônica de saúde, a serem enfrentados para o alcance destes objetivos.



Saiba mais

Para conhecer melhor estes objetivos, estratégias e ações, leia as páginas 78 a 85, no link Portal da Saúde.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>.

2.5.1 Desafio 1: A superação do modelo centrado na doença para o enfoque de qualidade de vida

Estamos discutindo o viver com uma condição crônica. Então se coloca este desafio: o sistema de saúde ainda está bastante centrado no atendimento a estas pessoas no momento da agudização do seu quadro.

As recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde destacam uma forte tendência à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa, na intervenção medicamentosa, em favor de outros que são orientados ativamente em

direção à saúde, isto é, às práticas preventivas, à educação em saúde e à busca da qualidade de vida, de um modo mais geral (MINAYO et al.,2000).



Saiba mais

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5 n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2012.

As propostas de promoção da saúde mais recentes ampliam a forma de atendimento e consideram não somente os aspectos físicos da doença, mas também as questões nutricionais, a saúde ambiental, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho, a violência, o lazer, entre outras. De outro lado, buscam também acompanhar não apenas agravos e riscos, mas a própria adesão aos cuidados de saúde, a adoção de medidas de autocuidado, a frequência de realização de consultas, a realização de exames periódicos, etc.

A adoção desta nova forma de pensar a saúde visa não apenas a evitar os agravos e complicações decorrentes da doença para viver de forma saudável, mas também a estabelecer metas e a desenvolver competências para que as pessoas alcancem uma boa qualidade de vida dos pontos de vista físico, mental e social. Isto é o que desejamos quando cuidamos de pessoas em condições crônicas de saúde.

Afinal, qual seria o conceito de saúde que adotamos neste contexto? Sendo o tema central, torna-se adequado entendê-lo, pois promoção da saúde propõe o entendimento de **saúde como um conceito positivo**, enfatizando capacidades físicas, pessoais e recursos sociais para o desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida (MEIRELLES, 2003).

Saúde como um conceito positivo – trata-se de um conceito multidimensional e num sentido positivo, dirige-se à vida, ao desenvolvimento e à realização do ser humano. Tem enfoque na promoção da saúde (MEIRELLES, 2003).

2.5.2 Desafio 2: O reconhecimento dos determinantes sociais de saúde como agravantes das DCNT

A epidemia de doenças crônicas não transmissíveis atinge pessoas de diferentes posições sociais. Porém, a OMS (2011) ressalta que as doenças crônicas não transmissíveis e a pobreza criam um ciclo vicioso em que a pobreza expõe as pessoas a fatores de risco comportamentais para estas doenças e, por sua vez, as doenças não transmissíveis resultantes podem tornar-se um importante motor para a espiral descendente que leva famílias para a pobreza.

O peso crescente das doenças crônicas não transmissíveis em países de baixa e média renda é acelerado pelos efeitos negativos da globalização, da urbanização não planejada e rápida e de hábitos de vida cada vez mais sedentários.

As pessoas nos países em desenvolvimento estão cada vez mais propensas à ingestão de alimentos com altos níveis de energia e são o alvo de comercialização de álcool, tabaco e *fast food*, a partir do aumento da disponibilidade desses produtos.

Oprimidos pela velocidade deste crescimento, muitos governos não estão mantendo o ritmo de expansão das políticas, legislação, serviços e infraestrutura que podem ajudar a proteger os seus cidadãos de doenças não transmissíveis.

As pessoas em condições socioeconômicas mais baixas e as pessoas com menor consciência social tendem a ter mais dificuldades para enfrentar as DCNT, podendo suas condições de saúde evoluírem para pior. Quando vulneráveis e socialmente desfavorecidas, diferentemente do que ocorre com as pessoas de posições sociais mais elevadas, as pessoas ficam doentes e morrem mais cedo como resultado de doenças crônicas não transmissíveis. Lembrando que os fatores que determinam posições sociais são: educação, ocupação, renda, gênero e etnia. Há fortes evidências para a correlação entre uma série de determinantes sociais como fatores de risco e os níveis de prevalência das DCNT, especialmente a educação (WHO, 2011, p.14).



Palavra do profissional

Esta é uma preocupação no Brasil, considerando que ainda temos importantes desigualdades de oportunidades e recursos na sociedade.



Saiba mais

WHO. World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization. 2011. 176p. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>.

Assim, ainda que reconheça que poderosos determinantes estejam frequentemente situados fora do setor saúde e ligados ao que se consideraria, no senso comum, como componentes da qualidade de vida, o sistema de saúde não intervém sobre eles; mostra-se impotente ou simplesmente passa ao largo de tais relações. Na maioria das vezes, adota uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extrasetoriais que são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e também de uma vida saudável. Até mesmo o papel de mediação intersetorial e entre a população sob risco ou em situação de vulnerabilidade e o poder público – preconizado como estratégia para a promoção da saúde – tem sido pouco acionado pelo setor, na maior parte dos países do mundo (MINAYO et al., 2000).

Isto significa a relação existente entre a saúde e o contexto econômico e social mais amplo nas sociedades modernas, assim como coloca a melhoria das condições de saúde da população e a redução das desigualdades de saúde como questões prioritárias que demandam uma política de resposta integrada e multisetorial.

O setor saúde pode contribuir na redução das desigualdades de saúde ao garantir cobertura universal da atenção, ou seja, acesso e uso de serviços de qualidade por todo o espectro da atenção e para todos. Isso inclui assegurar que grupos carentes - que possuem necessidades maiores no que tange à saúde - recebam os recursos necessários à prestação de serviços de saúde adequados as suas necessidades. Neste processo, o setor saúde poderá assumir a centralidade e a coordenação das ações.

Para exercitar: Recorde um atendimento a uma pessoa em condição crônica em seu trabalho. A partir deste, reflita: que setores da sociedade ou da comunidade poderiam se envolver para promoção da saúde e da qualidade de vida a estas pessoas e registre no destaque de conteúdo (AVEA).

2.5.3 Desafio 3: A adoção de ações individuais e sociais para o enfrentamento das DCNT

As ações de saúde devem ser centradas na qualidade de vida das pessoas e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade e, especialmente, com as famílias. Desta forma, como nova resposta aos problemas de saúde referenciados pelo paradigma de produção social da saúde, devemos articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar nos aspectos críticos de um problema de saúde, baseados em um saber interdisciplinar e um agir intersetorial (MEIRELLES, 2003), que neste caso em questão é a prevalência das condições crônicas e as ações a serem adotadas para sua prevenção e controle.

I) Intervenções na Saúde para a População em geral

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), as intervenções na promoção de saúde para prevenir as DCNT em uma base populacional ampla não só são atingíveis, mas também rentáveis. E o nível de renda de um país ou sua população não são barreiras para o sucesso das ações. Soluções de baixo custo podem ser adotadas em qualquer lugar para reduzir os fatores de risco para DCNT. Embora muitas intervenções possam ser custo-efetivo, algumas ações são consideradas *best buy*.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) traduz o termo “*Best buy*” como as “melhores apostas”, ou seja, ações a serem executadas imediatamente para que produzam resultados acelerados em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e custos altos evitados. Neste texto manteremos o termo original do inglês, salientando que estas intervenções caracterizam-se por ser mais custo-efetivas.

Podemos citar que as “*best buy*” incluem:

- Proteção às pessoas da fumaça do tabaco e proibição de fumar em locais públicos; reforço à proibição de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e aumento dos impostos sobre o tabaco;
- Restrição à venda de álcool; reforço à proibição de publicidade de bebidas alcoólicas; e aumento dos impostos sobre o álcool;

- Redução da ingestão de sal e teor de sal dos alimentos; substituição de gordura trans em alimentos com gordura poli-insaturada; e
- Promoção da conscientização pública sobre a dieta e a atividade física, inclusive por meio da mídia.

Além das *best buy*, há muitas outras intervenções rentáveis e de baixo custo à população em geral, que podem reduzir os fatores de risco para doenças não transmissíveis. Estas incluem:

- Tratamento da dependência da nicotina;
- Promoção de aleitamento materno e alimentação complementar adequada;
- Aplicação de leis relativas ao consumo de álcool ao volante;
- Restrições à comercialização de alimentos e bebidas ricos em sal, gorduras e açúcar especialmente para crianças; e
- Impostos e subsídios alimentares para promover dietas saudáveis.

Há também as intervenções à população em geral que incidem sobre a prevenção do câncer. A vacinação contra a Hepatite B, uma das principais causas de câncer de fígado, é uma *best buy*. A vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV), a principal causa de câncer cervical, também é recomendada. Proteção contra fatores ambientais ou ocupacionais de risco para câncer, como aflatoxina, amianto e contaminantes em água potável, pode ser incluída nas estratégias eficazes de prevenção. Triagem para câncer de mama e do colo do útero podem ser eficazes na redução da sua incidência (WHO, 2011).

II) Intervenções em saúde individuais

Além da população em geral, todas as intervenções nas DCNT realizadas pelos sistemas de saúde dos países devem ser feitas em pessoas que já têm DCNT ou que apresentam alto risco de desenvolvê-las. Evidências de países de alta renda mostram que essas intervenções podem ser muito eficazes e também são geralmente de custo-benefício ou de baixo custo. Quando combinadas, à população em geral e individual, essas intervenções podem salvar milhões de vidas e reduzir consideravelmente o sofrimento humano por doenças não transmissíveis.

A natureza de longa duração de muitas doenças não transmissíveis (DNT) exige uma resposta do sistema de saúde abrangente, que deveria ser a meta de longo prazo para todos os países. Nos últimos anos, muitos países de baixa e média renda têm investido, às vezes com a ajuda de doado-



res, em programas nacionais verticais para resolver problemas de doenças transmissíveis específicas. Embora isso tenha melhorado a prestação de serviços para essas doenças, também tem desviado a atenção dos governos dos esforços coordenados para reforçar os sistemas de saúde em geral, criando grandes lacunas nos cuidados de saúde.

Um objetivo estratégico na luta contra a epidemia de DNT deve ser o de garantir a detecção e o cuidado precoce, com intervenções custo efetivas e sustentáveis no cuidado à saúde, como por exemplo: indivíduos de alto risco e aqueles com doença cardiovascular estabelecida podem ser tratados com regimes de baixo custo com medicamentos genéricos que reduzem significativamente a probabilidade de morte ou de eventos vasculares. Um regime de uso de aspirina, estatina e agentes para redução da pressão arterial poderiam reduzir significativamente eventos vasculares em pessoas com alto risco cardiovascular e é considerado uma *best buy*. Quando associada a medidas preventivas, como a cessação do tabagismo, os benefícios terapêuticos podem ser maiores. Outra *best buy* é a administração de aspirina para pessoas que desenvolveram um infarto do miocárdio. Em todos os países, essas *best buys* precisam ser ampliadas e fornecidas por meio de cuidados primários de saúde (WHO, 2011).

Também em condições específicas de doenças estas intervenções individuais são importantes, poderíamos citar:

- **Diabetes:** Pelo menos três intervenções de prevenção e controle do diabetes são mostradas para reduzir custos e melhorar a saúde: controle da pressão arterial, controle glicêmico e cuidados com os pés são intervenções viáveis e de baixo custo para pessoas com diabetes.
- **Câncer:** Intervenções custo-efetivas estão disponíveis nas quatro grandes abordagens para a prevenção e controle do câncer: prevenção primária, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos. Em muitos países de baixa e média renda, o acesso aos cuidados, à morfina oral e a pessoal treinado em cuidados paliativos são limitados, por isso a maioria dos pacientes com câncer morre sem alívio adequado da dor. Cuidado paliativo na comunidade e no domicílio pode ser bem sucedido e rentável nesses países.
- **Doença respiratória crônica:** Em muitos países de baixa renda, drogas utilizadas por inalação, como corticoides, ainda não são financeiramente acessíveis. Os países podem adquirir medicamentos por via inalatória de qualidade garantida e a custos acessíveis. Programas de saúde do pulmão desenvolvidos para tratar a tuberculose podem ser integrados com as intervenções para doenças respiratórias crônicas.

Para que os sistemas de saúde dos países de baixa e média renda possam expandir as intervenções individuais de saúde, eles precisam priorizar um conjunto de tratamentos de baixo custo viáveis dentro de seus orçamentos. Muitos países poderiam ter um baixo custo nos tratamentos individuais, abordando a ineficiência dos programas atuais, voltados para o tratamento nos estágios avançados de DNT (WHO, 2011).

Para exercitar: No serviço de saúde em que você atua, existem intervenções para a saúde da população em geral e intervenções específicas para a pessoa em condição crônica? Em caso afirmativo, procure relacioná-las no destaque de conteúdo (AVEA).

2.5.4 Desafio 4: A intersetorialidade na atenção às DCNT

Como você já leu anteriormente, a perspectiva de promoção da saúde, que concebe a saúde como qualidade de vida construída no cotidiano, pressupõe estratégias para reverter que as ações sejam centradas apenas no setor saúde. Ao superar a noção de saúde como atribuição exclusiva do setor saúde, parte-se para uma ação intersetorial que destaca a saúde no contexto das políticas sociais e de participação da população no processo das decisões e controle das condições de saúde do indivíduo e da coletividade (MEIRELLES, 2003).



Palavra do profissional

A saúde por si só é um determinante social, especialmente no que tange ao acesso das pessoas à atenção e das consequências das doenças na vida das pessoas. Ao ampliar a oferta dos serviços de saúde e assegurar tratamento igualitário para todos os grupos da sociedade, o setor pode melhorar significativamente as condições de saúde e reduzir as desigualdades de saúde.

O novo Plano Nacional de Ações e Enfrentamento das DCNT fomenta iniciativas intersetoriais no âmbito público e privado visando ao desencadeamento de intervenções e ações articuladas de natureza educativa e regulatória, que promovam e estimulem a alimentação saudável e a prática regular da atividade física, e que desestimulem o consumo de tabaco e o consumo nocivo de álcool, promovendo e estimulando a adoção de comportamentos, estilos de vida e ambientes saudáveis (BRASIL, 2011). Trata-se de assumir que estes problemas e suas soluções não estão restritos ao setor saúde.

Salientando que as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças não podem se afastar da necessidade de envolver vários setores da sociedade para a diminuição das desigualdades, seja por uma educação mais efetiva, dirigida também a estes grupos marginalizados socialmente, resgatando a inserção social, cultural e no mercado de trabalho, bem como por uma participação social para a defesa dos seus direitos (MEIRELLES, 2003). Sem reduzir suas desigualdades, o setor saúde não está em boas condições para pedir a outros setores que implementem ações de combate aos determinantes sociais.

2.5.5 Desafio 5: Participação social para a promoção da saúde nas DCNT

A participação popular é um dos princípios ideológicos da Política de Promoção da Saúde, como você já estudou na Unidade anterior. O conceito de participação visa assegurar a inclusão dos sujeitos nas discussões e nas decisões que dizem respeito a sua vida.



Palavra do profissional

Neste sentido, o que significaria quando nos reportamos ao atendimento prestado nos nossos serviços? Respeitamos o direito e a autonomia das pessoas de envolverem-se nas decisões acerca do seu tratamento e cuidado, que afetam diretamente as suas vidas?

Os pressupostos do SUS também enfatizam que a participação do indivíduo como consumidor de serviços ou a participação da comunidade na prestação de serviços são importantes na redução das desigualdades de saúde e na busca constante da melhoria dos cuidados oferecidos nos serviços. O Plano de Ação Nacional de DCNT (BRASIL, 2011) reforça isto, enfocando que os seus objetivos serão alcançados a partir da Atenção Básica e da participação comunitária, sendo um dos objetivos a ampla participação comunitária como estratégia para promover a saúde da população e contribuir para a redução da pobreza, que pode ser agravada nas famílias cujos membros são portadores de DCNT. Assim, torna-se relevante fomentar a participação da sociedade civil organizada na implementação das ações no Brasil.

A participação da sociedade nas lutas por ações de saúde, seja pela atuação em ONGs, associações de moradores ou conselhos de saúde, tem sua necessidade claramente explicitada pelos sujeitos, pois representa uma base comunitária maior para o desenvolvimento dos programas de saúde e mudanças na estrutura social (MEIRELLES, 2003).

Assim, a participação da população, não somente nas instâncias formais, mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre o serviço e os usuários, caracteriza uma participação mais criativa e realizadora para as pessoas. Como profissionais de saúde, temos a responsabilidade de fomentar a participação dos usuários dos serviços, considerando-os como parceiros na busca destas soluções.



Palavra do profissional

O nosso maior desafio é como fomentar esta participação. No âmbito dos serviços de saúde, como deveremos desenvolver ações neste sentido? Segundo Buss (2000), para esta participação também é importante que se avance com a ideia de *empowerment*, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade. Fica esta reflexão para você.

2.5.6 Desafio 6: A reorganização dos serviços e a construção das redes de atenção às DCNT

Atualmente, o foco principal dos cuidados de saúde para doenças não transmissíveis em muitos países de baixa e média renda é centrado no hospital e no cuidado em situações agudas. Pacientes com DCNT chegam aos hospitais quando a doença cardiovascular, câncer, diabetes e doença respiratória crônica chega ao ponto de eventos agudos ou complicações em longo prazo. Esta é uma abordagem muito cara que não vai contribuir para uma redução significativa da carga destas doenças. Este foco também nega às pessoas e aos beneficiários da saúde a oportunidade de cuidar de suas condições em um estágio inicial (WHO, 2011).

Então, o estabelecimento de uma rede de atenção às DCNT deve passar pela discussão das competências, da legitimidade e da representatividade de cada um dos setores envolvidos para a complementaridade, a inter-relação, o cuidado e o diálogo a respeito de novas formas de pensar o problema,

do inter ao transdisciplinar, considerando todos os condicionantes e determinantes relacionados à vulnerabilidade no desenvolvimento das doenças (MEIRELLES, 2003).

O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da Atenção Básica, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços (BRASIL, 2011).

A abordagem integral das DCNT inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Os serviços de saúde devem assumir uma posição abrangente, que respeite as necessidades individuais e comunitárias para uma vida saudável, com canais abertos entre o setor saúde, setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Estes serviços também requerem esforços em pesquisas em saúde e mudanças no ensino dos profissionais da saúde, que devem focalizar o indivíduo na sua integralidade (MEIRELLES, 2003).

2.6 Resumo

Esta Unidade abordou as políticas de saúde nas DCNT. Foram elencadas algumas informações, dentre as inúmeras disponíveis, para que você pudesse compreender como as políticas se expressam na temática, destacando o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas, a Política Nacional de Promoção da Saúde e as demais implicações como o risco e a vulnerabilidade, considerando os determinantes sociais, bem como os desafios a serem enfrentados pelos profissionais. Sem esquecer a importância de atualização constante dos profissionais. Assim, esperamos que agora você possa responder com segurança à pergunta proposta no início desta unidade, relacionada à importância deste conteúdo com a sua prática.

2.7. Fechamento

A promoção da saúde com enfoque na prevenção das DCNT amplia a forma de pensar este problema e as intervenções no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida e de saúde na coletividade. Como citamos, ela inclui a reorientação dos sistemas e serviços de saúde, com envolvimento dos diversos atores e setores da sociedade, e o reforço da ação comunitária, por meio do exercício da cidadania e do desenvolvimento das habilidades pessoais, considerando o indivíduo na sua singularidade e diversidade, envolvimento em vivências sociais e culturais; contribui para a construção de um meio ambiente favorável à saúde e na implementação de políticas públicas saudáveis. Todos estes aspectos se articulam com interdependência, fazendo com que o viver saudável seja uma construção cotidiana.

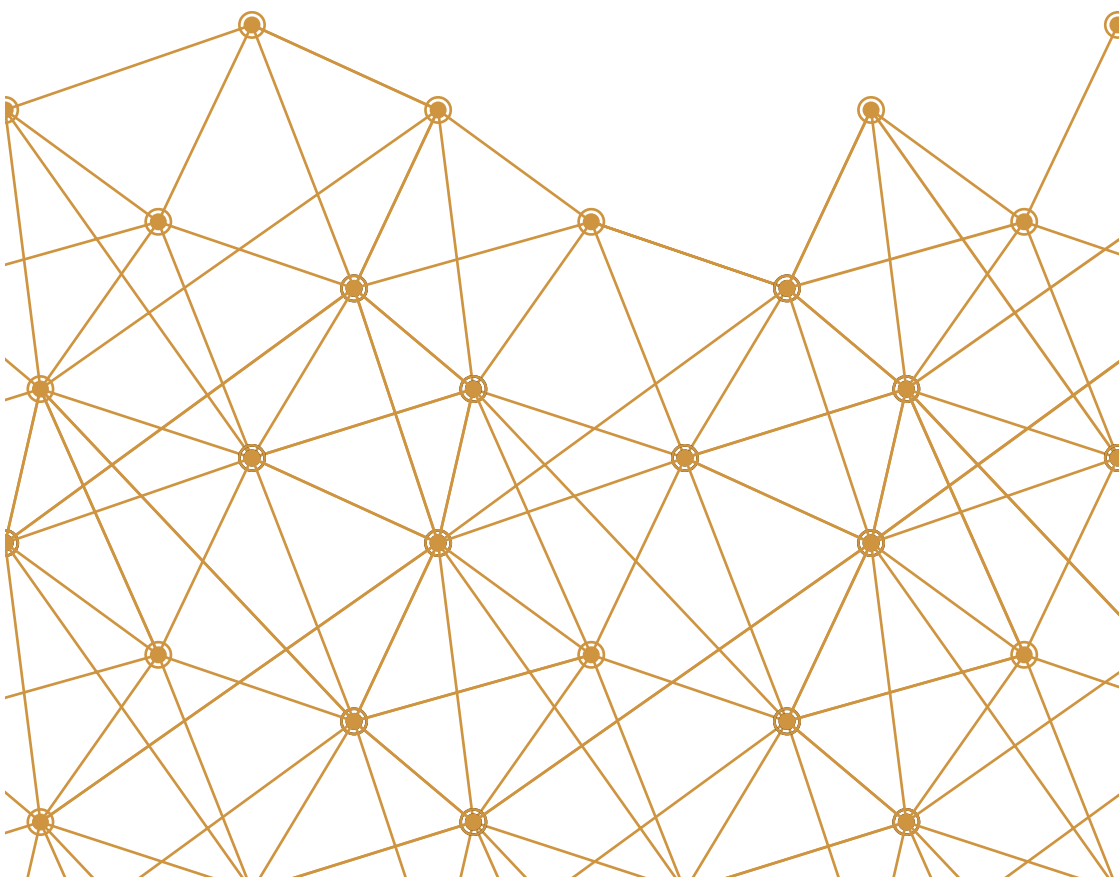
2.8 Recomendação de leitura complementar

BARRA, D. C. C. et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600018&lng=en&nrm=iso>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceitos “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-Americana Enferm.** v. 16, n. 5, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf>.

UNIDADE 3



Unidade 3 – Prevenção das DCNT e dos seus agravos com enfoque nos fatores de risco

Ao final desta unidade o aluno será capaz de compreender como se dá a prevenção das DCNT e dos seus agravos, bem como identificar os fatores de risco.

3.1 Introdução

Como já discutido anteriormente, estamos vivenciando uma mudança no perfil epidemiológico, caracterizado pelo aumento vertiginoso das condições crônicas de saúde. Em face dessas importantes mudanças torna-se necessária a elaboração de estratégias para o gerenciamento desse problema.

Mencionamos também a necessidade de uma mudança de paradigma assistencial, reconhecendo que o tratamento eficaz das condições crônicas exige contato regular e extenso durante o tratamento.

Neste intuito, vimos que os serviços de saúde não podem mais se organizar de forma fragmentada. Eles devem estabelecer uma integração que garanta o compartilhamento das informações nos diferentes níveis de atenção a partir do contato inicial com o usuário.

Para exercitar: Você consegue retomar os conceitos discutidos nos módulos anteriores sobre linha de cuidado e rede assistencial? Que tal tentar esboçar um resumo do que você apreendeu sobre esses conceitos no destaque de conteúdo (AVEA)?

Neste momento, você deve compreender que a busca de melhores resultados em saúde especificamente em DCNT deve considerar a necessidade de mudanças na prática clínica vigente. Para tanto, o usuário não deve receber passivamente o tratamento, mas sim ocupar o papel central no gerenciamento de seus problemas de saúde. Dessa forma, além do tratamento clínico adequado, o sistema de saúde deve enfatizar a responsabilidade que cabe ao indivíduo nesse processo de enfrentamento, deixando claro que mudanças no estilo de vida e no comportamento diário são imprescindíveis para o sucesso terapêutico.

Considerando que a maioria das DCNT pode ser evitada e que muitas das complicações podem ser prevenidas ou postergadas, destacamos aqui a importância da prevenção como uma estratégia de ação.

3.2 Prevenção das DCNT

Ao considerar que é possível implementar ações preventivas para a maioria das DCNT, a atenção em saúde deve destacar ações nesta direção. Nesta unidade trabalharemos com você os fatores de risco relacionados às DCNT, definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição crônica.

Para esse fim, enfocaremos o estilo de vida e o comportamento dos indivíduos, tomados como elementos determinantes para o aparecimento de doenças, uma vez que eles podem prevenir, iniciar ou agravar os problemas e as complicações relacionadas às doenças crônicas.

Antes de abordar as possibilidades de intervenção em saúde nas DCNT é importante destacar que o comportamento do usuário pode prevenir ou melhorar o gerenciamento de várias condições crônicas, no entanto, esse comportamento é, muitas vezes, negligenciado nos serviços de saúde.

Você consegue perceber esse comportamento no seu contexto de trabalho? O comportamento dos usuários no dia a dia, tais como: adesão ao esquema terapêutico, práticas de exercício físico, alimentação balanceada, sono regular, entre outros, tem sido objeto de discussão na sua prática assistencial para a reorganização da atenção em DCNT? Pense nisso!



Palavra do profissional

Retomando a necessidade de propor soluções para o gerenciamento das DCNT, esperamos que você compreenda que reconhecer os principais determinantes das doenças crônicas é o ponto de partida para atuar nos fatores de risco e assim prevenir os agravos.

Nessa perspectiva, vamos explorar os cuidados inovadores no tratamento das condições crônicas, o que representa a introdução de novas ideias, métodos e programas para modificar a forma de prevenção e gestão das condições crônicas.

3.3 Fatores de risco

As alterações dos padrões de adoecimento da população são resultantes das transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo. As condições crônicas desenvolvem-se em resposta à exposição aos diferentes fatores de risco de forma progressiva.

Reconhecendo que as **DCNT** têm etiologia múltipla, o que de certa forma inviabiliza definir com exatidão suas causas, as investigações epidemiológicas tomaram possível a identificação dos fatores de risco atribuídos a elas.



Saiba mais

Saiba mais sobre o assunto no site *The Lancet*.

Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>.

Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e modificáveis ou comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, excesso de peso, sexo inseguro, estresse, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2011).

Uma breve reflexão sobre o cenário contemporâneo do Brasil nos mostra processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, conforme apresentados a seguir.

- aumento da expectativa de vida e da população idosa acima de 65 anos;
- mudança no perfil de morbidade e mortalidade, caracterizado pela queda progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento das mortes por doenças crônicas;
- crescente oferta de alimentos industrializados e facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e baratos, como resultado da urbanização e globalização.



Palavra do profissional

Na prática, observamos também a presença de sedentarismo; alimentação com excesso de gorduras, açúcares e sal; consumo de tabaco; uso abusivo de álcool e outras drogas; além da competitividade e do individualismo como posturas privilegiadas no modo de existir e de relacionar-se.

Você consegue visualizar que estes fatores de risco são determinantes para o crescente aparecimento das DCNT? Chamamos a sua atenção para esse fato, pois uma análise desta situação pode apontar os grandes desafios a serem enfrentados para a redução do impacto negativo destes fatores de risco sobre a saúde da população. Você está acompanhando este raciocínio?

Como já vimos anteriormente, o fortalecimento da atenção básica com ações articuladas de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência podem responder de forma efetiva a essa problemática. Entretanto, essa reorientação no modelo de saúde exige a compreensão da situação de saúde no contexto local. Pensando nas DCNT, elas possuem especificidades principalmente no que se refere à qualidade de vida das pessoas e de suas famílias. E são essas especificidades que devem ser consideradas na tomada de decisão.

3.4 Organizando o processo de trabalho

Mediante o exposto, passamos a discutir as possibilidades de intervenção nos fatores de risco na prática assistencial. Para este propósito vamos adentrar no âmbito da organização do processo de trabalho.

Lembramos que a eficácia da intervenção requer mudanças significativas na cultura organizacional, conforme salientado ao longo das unidades anteriores. O objetivo é desconstruir paradigmas e adotar novos comportamentos. Vamos lá?

Nessa perspectiva, uma das maneiras de organizar o processo de trabalho em saúde nas DCNT consiste no planejamento de intervenções dirigidas aos chamados grupos de risco.



Palavra do profissional

Acredita-se que a atenção voltada para grupos populacionais possa gerar ações mais efetivas.

No âmbito da atenção básica, as atividades em grupos e ações de saúde são cada vez mais frequentes. Geralmente as atividades são organizadas de acordo com as demandas programáticas e as modalidades se diversificam para atender aos usuários com: hipertensão arterial, diabetes mellitus, gestantes, idosos, entre outros grupos, no intuito de complementaridade terapêutica.



Saiba mais

Para aprofundar o conteúdo a respeito, sugerimos a leitura indicada. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a18.pdf>>.

Para exercitar: Esses grupos são familiares para você? Você já teve a oportunidade de participar de algum? Que tal descrever no destaque de conteúdo (AVEA) as ferramentas (recursos humanos, materiais e estruturais) necessárias para a organização de um grupo?

É importante ressaltar que o sucesso das diferentes intervenções em saúde depende da integração dos níveis de atenção em saúde, em que o acesso e a resolutividade são diretrizes e as linhas de cuidado ganham espaço como organizadoras do trabalho.

Ainda no que se refere à organização do trabalho, cabe destacar o comportamento dos profissionais. Como os serviços estão estruturados para o atendimento de problemas agudos, os profissionais partem dessa demanda e adotam uma prática permeada por ações que visam ao diagnóstico e aos sinais e sintomas.



Palavra do profissional

Você consegue perceber, após as discussões e reflexões, que este comportamento deve ser modificado? Que o atendimento ao usuário com DCNT deve ser oferecido durante todo o processo de adoecimento?

Ainda nesta perspectiva de intervir nos fatores de risco, salientamos a importância da interação com o paciente. Os profissionais de saúde precisam assegurar que os usuários recebam informações e instruções adequadas para gerenciar as suas condições crônicas e comorbidades. Para este fim, a **ambiência** do local de atendimento deve ser organizada de modo a permitir que os usuários se sintam à vontade para expressar suas necessidades (BRASIL, 2004).

A ideia de ambiência segue primordialmente três eixos:

- O espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho.
- O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem – a dizer: cor, cheiro, som, ilumi-

Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço (BRASIL, 2004).

nação, morfologia... – e garantindo conforto aos trabalhadores, aos pacientes e a sua rede social.

- O espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Para exercitar: Você consegue visualizar se a sua unidade favorece a ambiência e a interação do usuário com o profissional? Que tal descrever no destaque de conteúdo (AVEA) esses elementos?

Ainda no que se refere à operacionalização do trabalho, destacamos também o debate sobre as políticas de desenvolvimento e organização econômica e social do país por parte do setor sanitário. Dessa forma, o foco dos debates desloca-se do desejo e decisão individual para a análise das condições que propiciem a eleição de um modo de viver mais saudável.



Compartilhando

Por exemplo: o acesso à alimentação saudável não implica somente em escolhas individuais, mas no investimento em políticas públicas integradas que incluam ações educativas; acesso à merenda escolar saudável; incentivos à produção, à distribuição e à comercialização de alimentos saudáveis; legislação oportuna quanto aos teores de sal, açúcar e gorduras nos alimentos industrializados; informações nutricionais em produtos industrializados; conteúdo de propagandas que atinjam públicos específicos, tais como as crianças, entre outros.

Pense um pouco sobre este papel das políticas em relação a outros fatores de risco, tais como sedentarismo, tabaco, uso de drogas, entre outros.



Palavra do profissional

Esperamos que você compreenda a necessidade de integração das ações para que se alcance o controle das DCNT. Acima de tudo, que você reflita sobre o seu papel e responsabilidades nessa empreitada.

3.5. Resumo

Nesta Unidade discutimos a prevenção como estratégia de ação para o enfrentamento das DCNT. Ressaltamos a necessidade de investir em estratégias que propiciem mudanças no comportamento dos indivíduos face às transformações demográficas, epidemiológicas e nutricionais. No intuito de intervir nos fatores de risco e agravos mencionamos algumas estratégias de trabalho incluindo as ações dirigidas aos grupos de risco, mudanças no comportamento dos profissionais e no acolhimento, bem como a importância das ações sanitárias voltadas para este fim.

3.6 Fechamento

Esperamos que ao final desta Unidade você tenha identificado os fatores de risco para as DCNT, bem como as estratégias de prevenção e controle. Modificar hábitos de vida não é tarefa fácil, concorda? Quantas vezes você já planejou uma dieta ou o início de uma atividade física? Planos? Pois bem, os indivíduos com DCNT enfrentam as mesmas resistências, somando-se a elas outros fatores associados às doenças. Apesar de reconhecer essas dificuldades na mudança de hábitos de vida, é posto que ações voltadas para alterações desses comportamentos são fundamentais para a tão ensejada mudança no perfil atual.

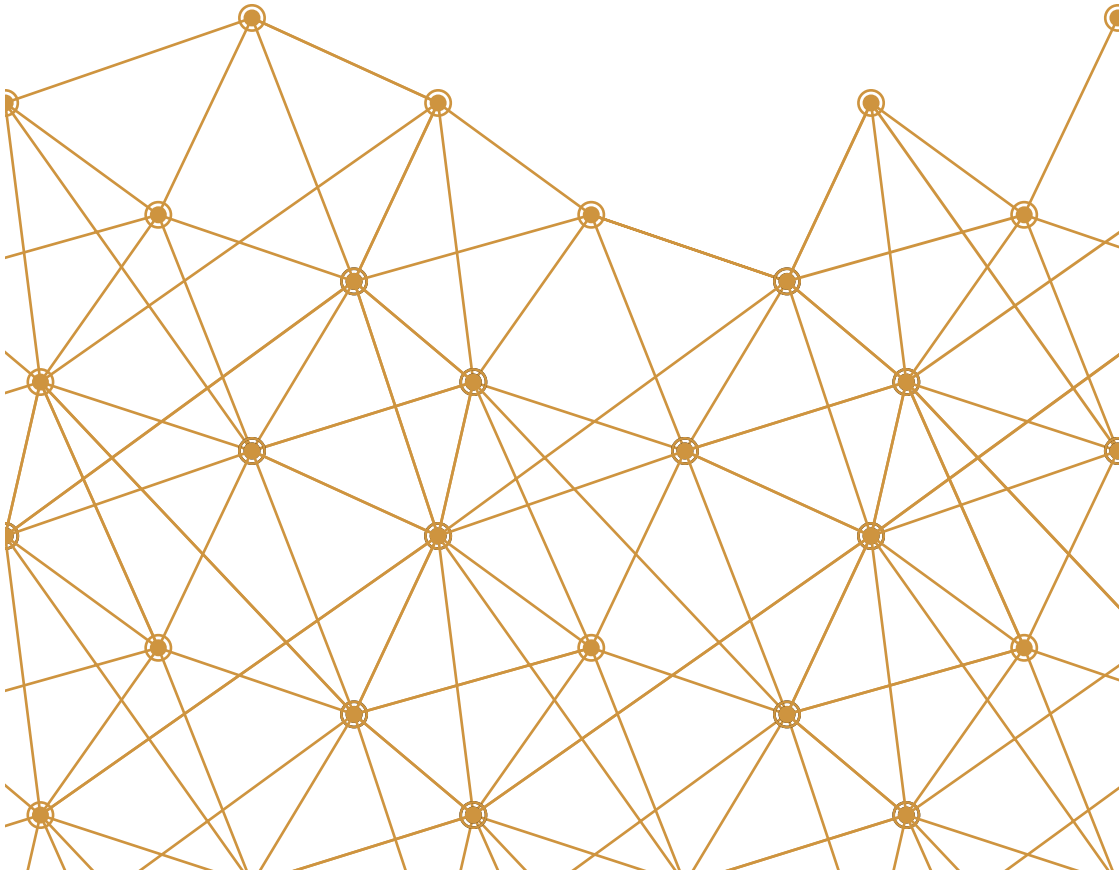
3.7 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS**: ambiência Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

UNIDADE 4



Unidade 4 - Ética em Saúde: Vulnerabilidade, Responsabilidade Profissional e Dilemas Éticos no Cuidado à Pessoa com DCNT

Ao final desta unidade, você deverá discorrer com fundamentação teórica e capacidade reflexiva acerca da vulnerabilidade, responsabilidade profissional e dilemas éticos vivenciados no cotidiano da assistência à saúde de pessoas com DCNT.

4.1 Introdução

Neste tópico, balizadas na instrumentalização conceitual prévia, discutida no Módulo V, concernentes à ética, bioética – e os desdobramentos em Bioética de Proteção e de Intervenção – e biopolítica, nos deteremos nas temáticas da vulnerabilidade, responsabilidade profissional e dilemas éticos vivenciados na promoção da saúde e da assistência à saúde de pessoas com DCNT.

Neste Módulo, em específico, abordaremos as questões da vulnerabilidade relacionadas à equidade e à responsabilidade profissional.

Nos próximos Módulos VII e VIII abordaremos a vulnerabilidade relacionada à alteridade, à prudência e à autonomia como capacidade de decisão e como processo de viver humano. Ainda neste Módulo VI nos deteremos na questão dos dilemas éticos experienciados pelos profissionais de saúde no cuidado à pessoa com DCNT.

Neste íterim, sinalizamos que é comum uma banalização em torno do conjunto de conhecimentos e capacidades identificados com a competência ética ou com os atributos éticos da atuação profissional. Apesar de muito anunciada, ainda acredita-se que a ação e decisão ética não exigem estudo, preparo ou formas de capacitação além daquelas inerentes ao desempenho do profissional. Portanto, ao longo desta unidade desmitificaremos esta presunção de capacidade para que cada um de nós perceba-se como um profissional responsável, membro de uma equipe de saúde e implicado em múltiplas situações no cotidiano do trabalho que exigem, sim, uma competência ética, a qual necessita ser aprimorada e sustentada em produtivas discussões.

4.2 Vulnerabilidade: uma discussão Bioética

No Módulo V, ao conceituarmos a Bioética de Proteção, sinalizamos que ela pretende ser, de acordo com Schramm (2005), uma proteção ao vulnerado contra situações que o coloquem em risco, propondo ações para favorecer a autonomia e a qualidade de vida.

A dimensão cuidadora e protetora da bioética é resgatada nesta proposta, no sentido de promover a competência moral de indivíduos e populações frente aos conflitos inerentes às relações humanas (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2009).

Após conceituar a Bioética de Intervenção, enfatizamos a atuação deste campo de reflexão nos temas sociopolíticos da atualidade, como:

- as iniquidades sociais e econômicas existentes no mundo;
- a análise das responsabilidades sanitárias;
- a interpretação mais precisa dos quadros epidemiológicos;
- a determinação das formas de intervenção a serem programadas;
- as questões ambientais;
- a formação de pessoal sanitário; e
- a responsabilidade dos estados frente aos cidadãos (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, 2010).

Logo, a vulnerabilidade tem sido muito associada às questões da bioética, exatamente pela complexidade contida nela, em particular o referencial da equidade.

Normalmente a vulnerabilidade é articulada aos estresses diários causados aos pacientes, como:

- a disciplina imposta pela terapia;
- a dependência de um tratamento crônico;
- a dependência de outras pessoas (família, amigos e equipe de saúde);
- as alterações físicas, econômicas, sociais e emocionais;
- os sentimentos de revolta, frustração, depressão, raiva;
- a não aceitação da doença e tratamento, entre outros.

Nessa concepção, o grau de vulnerabilidade muda a cada circunstância em que o indivíduo se encontra, podendo ter percepções e graus diversos entre os diferentes indivíduos e situações.

Enfrentar as dificuldades que aparecem, desde a notícia da necessidade de tratamento até a efetiva execução da terapia, durante período geralmente longo, exige que o paciente se adapte, porém muitas vezes isso não acontece (SALATI; HOSSNE; PESSINI, 2011).

Você já percebeu que a concepção de cronicidade e de promoção da saúde, neste curso de especialização, nos instiga a lembrar que os sujeitos que estão sob nossos cuidados são sujeitos desde já vulneráveis. Ou seja, de algum modo, por mais que alguma pessoa possa preencher todos os critérios do viver saudável, sempre haverá alguma faceta de seu processo de viver que o deixa vulnerável. Porém, não queremos dizer com isto que devemos adotar um viés de cuidado persecutório em relação aos processos possíveis de adoecimento.



Palavra do profissional

Nada disso. Mas, podemos, sim, afirmar que somos profissionais da saúde, eticamente falando, responsáveis. Responsáveis por que e por quem? Responsáveis pela defesa de uma vida digna, por reconhecer os aspectos que levam à maior ou menor suscetibilidade dos sujeitos serem vulneráveis.

Neste sentido, “vulnerabilidade” e “ser vulnerável” não tem o mesmo significado!

Vulnerabilidade é a dimensão antropológica, essencial à existência humana.

Ser vulnerável significa estar susceptível a, ou em perigo de sofrer danos.

Além da vulnerabilidade básica, intrínseca à existência humana, comum a todos os seres humanos, há pessoas que são afetadas por circunstâncias desfavoráveis, como: pobreza, falta de educação, difíceis condições geográficas, enfermidades crônicas ou endêmicas, falta de acesso às instituições de cidadania ou outro infortúnio que as tornam especialmente vulneráveis.



Compartilhando

Lembre-se de que essa vulnerabilidade socialmente determinada é o que se pode chamar de “secundária” ou “circunstancial” ou, ainda, de “susceptibilidade” (KOTTOW, 2003).

Neste ínterim, inferimos que a emergência do conceito de vulnerabilidade permite repensar a questão dos grupos e comportamentos de risco para além de aspectos individuais e enfatizar a importância de uma associação entre fatores coletivos e contextuais, levando ao reposicionamento dos sujeitos no contexto da prevenção.

Assim, deveríamos avançar para além da noção de uma vulnerabilidade generalizada, balizada exclusivamente na desigualdade de poder das relações de gênero, econômica, social e que expõe os sujeitos a riscos.



Palavra do profissional

Ou seja, os profissionais da saúde devem também considerar as necessidades e concepções individuais e coletivas para pensar em interferir de modo propositivo na proteção da saúde.

Devemos estar cientes de que para muitas pessoas a promoção da saúde está relacionada com necessidades imediatas de manutenção fisiológica e social (comer, beber, vestir, ir e vir com segurança, por exemplo) do que com a ameaça, em longo prazo, de desenvolver uma DCNT; algumas pessoas aderem melhor às orientações de grupo, e se fortalecem no grupo, do que às orientações individuais.

A promoção da saúde é, pois, um espaço de negociação permanente e de entendimento da complexidade das relações e das potencialidades de intervenção.

Com essa compreensão, introduz-se a ideia das relações de poder entre as pessoas, os grupos e as nações. E, assim, aponta-se para a natureza dinâmica da vulnerabilidade, o que é fundamental para a emancipação dos

usuários dos serviços de saúde. A pessoa vulnerável com necessidades não atendidas, com dificuldades para acesso aos bens, serviços e realização de suas capacidades vê-se mais frágil na negociação que pode ser menos justa e igualitária, predispondo-a a danos.

Uma concepção marcada pela tendência dicotômica de classificar e rotular as pessoas e os grupos em “vulneráveis” e “não vulneráveis” não favorece espaço para a construção da emancipação dos usuários e sujeitos, pois oculta a dinamicidade da vulnerabilidade, que não é um estado dado, mas fruto de relações de dominação e exploração (RIBEIRO; ZOBOLI, 2007).

Nesta direção, ao se reconhecer os aspectos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, família ou grupo, oportuniza-se vislumbrar as intervenções de enfermagem que venham a favorecer mudanças e uma assistência mais equânime e solidária, fortalecendo os sujeitos para o exercício de seus direitos, um compromisso com o cuidado que envolve três dimensões éticas: a justiça, a autonomia e a benevolência (NICHIIATA et al., 2008; BELLATTO; PEREIRA, 2005; PETTENGILL; ANGELO, 2006).

A condição crônica de saúde é permeada por:

- modificações físicas, sociais e psicológicas;
- mudanças no estilo de vida, incapacidade/inabilidade;
- necessidade de adaptação e enfrentamento;
- estigma;
- necessidade de aderir a tratamento contínuo;
- depressão;
- desordens musculoesqueléticas, circulatórias, respiratórias e digestivas;
- dependência.

Ela exige habilidades profissionais especiais, tais como destreza nas orientações, nos encaminhamentos, no monitoramento dos serviços de referência e no processo de prevenção de complicações.



Palavra do profissional

Lembre-se que a doença crônica gera outras condições crônicas que exigem mais habilidades especiais de natureza médica, social e emocional.

4.3 Responsabilidade Profissional

A Responsabilidade tem um significado de obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou que deva ser satisfeita ou executada.

A responsabilidade civil e penal representa a dimensão jurídica comum a qualquer cidadão e a responsabilidade profissional também envolve o cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

A responsabilidade ética não pode ser entendida como o mero cumprimento do Código de Ética, já que nenhum código de ética dá conta de abarcar todas as demandas éticas vivenciadas diante do acelerado desenvolvimento tecnológico (VARGAS; RAMOS, 2011), ou seja, são suntuosas as transformações das práticas de saúde neste e no século anterior.

Cientistas dizem que já está entre nós o sujeito que provavelmente permanecerá vivo por nada mais nada menos que 150 anos.



Palavra do profissional

Que tal nós, profissionais da enfermagem, nos reportarmos ao início da nossa atuação profissional? Com certeza, entre outras coisas, vamos nos deparar com uma imagem que retrata inovações com mudanças bem sucedidas, tentativas de mudanças e alterações que impactaram menos do que o almejado na qualidade do cuidado, juntamente, é claro, com situações que parecem não terem saído do lugar, não é verdade?

Nesta mesma imagem, também, você identificará uma variedade de possibilidades e de novas demandas da saúde. Algumas complexas, mas fáceis e possíveis de serem feitas. Por quê? Por que você está mais competente? As políticas públicas estão mais competentes?

Mas, pensemos em competência técnica para uma abordagem adequada de problemas éticos?

Competências éticas interagem com competências técnicas. O saber e a experiência técnica podem apoiar o juízo moral por lhe fornecerem maiores subsídios. Mas, os subsídios da competência técnica não podem se converter em critérios exclusivos e determinantes, o que poderia bloquear a justa definição do problema e de suas alternativas (RAMOS et al., 2011). Na profissão enfermeiro há responsabilidades adicionais, pois as exigências reca-

em não apenas no preparo individual para as decisões inerentes aos cargos e posições, mas também para promover o adequado preparo de diferentes profissionais de uma equipe, unidade ou serviço. Isto significa conhecer os desafios e problemas presentes ou potenciais, ponderar causas, antecipar-se a possíveis ocorrências, evitar suas consequências, proteger os suscetíveis e ampliar a segurança das ações e decisões (RAMOS et al., 2011).

Repare como a assistência em saúde está diretamente relacionada ao desenvolvimento de políticas públicas competentes e com efetivo compromisso social, mas também ao modo de ser e agir dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

Novamente, estamos falando de uma atitude ética. Uma atitude que evidencia ou não o posicionamento, o compromisso/comprometimento do sujeito com sua profissão. Em vista disto, as atitudes de um profissional estão diretamente relacionadas com o **seu posicionamento ético, valores e princípios que o constituem como um sujeito moral**. Nesta direção, a sociedade espera que a Enfermagem forneça uma assistência com responsabilidade profissional.

O aprender a cuidar nas diferentes dimensões requer planejamento e objetivo, os quais interferem no contexto vivenciado e influenciam na responsabilidade dos envolvidos neste processo (FERNANDES et al., 2008).

Afinal, o que permite uma prática de qualidade? Prestar assistência ao ser humano com alterações biopsicossociais é algo complexo que requer competência para abranger várias dimensões e responsabilidades. Para isso é importante que o profissional conheça suas limitações/fragilidades e busque recursos para que o processo do cuidado siga os referenciais das melhores práticas (SCHNEIDER, 2010). Neste sentido, a bio/ética define o “*papel, as responsabilidades e as fronteiras da atuação profissional*” (RAMOS; DO Ó, 2009, p. 260).

A responsabilidade dos profissionais da Enfermagem pelo cuidado e **pela preservação da vida** perpassa pelo dever de refletir sobre as suas ações, mantendo-as íntegras e assegurando a qualidade do cuidado. As decisões tomadas pelos profissionais de enfermagem devem pautar-se pela ética, pelos saberes técnicos e científicos.

O agir suscita dimensões de responsabilidade, principalmente quando o resultado das ações influenciará na saúde e na vida de outras pessoas. Se estas são assertivas válidas para a Enfermagem, cabe reconhecer que o enfermeiro sempre tem a responsabilidade compartilhada e, também, responde pelos atos praticados sob sua supervisão, direta ou indiretamente. Daí que ele deve, mais do que ninguém, promover a reflexão e a capacitação para a tomada de decisão e ação correta no contexto assistencial (RAMOS et al., 2011).



Palavra do profissional

Lembre-se que a responsabilidade, muitas vezes, está vinculada a valores e interesses de uma sociedade que privilegia exclusivamente o mercado da saúde, fatos que levam o profissional a uma ambivalência entre a responsabilidade de dever ser e a autonomia como capacidade de escolha (VARGAS; RAMOS, 2011).

A autonomia nos dá a liberdade de escolha das nossas ações e essa liberdade implica não apenas sabermos distinguir o bem do mal, o justo do injusto, mas sobretudo agirmos em função de valores que nós próprios escolhemos. Não há atitude ética sem certa liberdade, mas ser profissional implica compartilhar os valores e sofrer as regulações dessa profissão, assumindo, tacitamente, as responsabilidades que a legitimam socialmente (SCHNEIDER, 2010).

Enfim, o agir do profissional nunca é solitário. Na assistência à saúde da pessoa com DCNT e na promoção da saúde, faz-se necessário a aderência de instituições e políticas de saúde e a integração multidisciplinar, para a potencialização dos benefícios aos usuários.



Saiba mais

Para entender um pouco mais do que falamos, consulte o artigo indicado na base Scielo: SOUZA, M. D. L. D.; SARTOR, PRADO, M. L. P. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, V. 14 n. 1, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100010>.

4.3.1 Responsabilidade que mantém a Enfermagem como guardiã

Pode-se dizer que a enfermagem une:

- Sensibilidade para responsabilizar-se por atender às necessidades humanas que dizem respeito às especificidades da enfermagem; responsabilização pela saúde e bem-estar dos que estão sob seus cuidados;
- Habilidades de comunicação com vistas a considerar o usuário do sistema de saúde como interlocutor válido; capacidade para promover a autonomia das pessoas. (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006)

Mas reflita acerca desta assertiva: **enfermeiros são guardiões de um compromisso de cuidar do outro**. Ou seja, algumas vezes, o enfermeiro polígia o compromisso profissional dos demais integrantes da equipe de saúde, destacando, inclusive as **irresponsabilidades** dos demais integrantes e suas possíveis consequências. Por fim, em **outras** situações o enfermeiro simplesmente executa intervenções que não são de sua competência técnica, assumindo responsabilidades que competem a outros profissionais, com o intuito de solucionar **problemas** (VARGAS; RAMOS, 2010).

4.3.2 Responsabilidade em divulgar aquilo que fazemos

Kemmer e Silva (2007), em uma pesquisa com profissionais da comunicação, descreveram que estes, embora reconheçam a enfermagem como peça importante em um processo de cuidado à saúde, parecem clamar por **mais informação, mais visibilidade e mais voz** quanto ao papel da enfermagem no cuidado à saúde.

Nesta direção, as autoras seguem discutindo que a importância desse posicionamento e exposição não se restringe ao reconhecimento da profissão e seus profissionais. O questionamento mais importante sobre a invisibilidade é que ela diminui a habilidade de mudar os direcionamentos no cuidado à saúde.



Palavra do profissional

Vamos pensar juntos! A habilidade do profissional divulgar o que faz e de fazer *marketing* de si mesmo também é uma atitude ética que demanda responsabilidade. Entendemos que essa reflexão se faz necessária no momento em que o enfermeiro tem tido atuação tão relevante dentro do Sistema Único de Saúde, no Brasil, desde os processos de planejamento, passando por sua execução e avaliação. Bem mais do que 50% das atuais ações propostas para a efetivação das políticas públicas passa pela responsabilidade do cuidador, pela prática do cuidar em enfermagem.

Além disso, devemos defender o **fazer** e dizer que o aumento efetivo de profissionais deu-se pela necessidade de aproximação desse tipo de profissional no cuidado à população, desde a promoção de saúde até o tratamento paliativo do usuário do sistema de saúde (perpassando todas as etapas possíveis e cabíveis de assistência à saúde). Falamos, pois, de um privilégio político e social.

Mas, esse mesmo cuidado tem sido ressignificado, também, por interferir diretamente no econômico. É ilusório dizer hoje que cuidado não gera lucro, mesmo para as instituições públicas; aliás, se indevidamente gerenciado, gera um grande prejuízo.



Saiba mais

Sobre a valorização do sujeito em sua competência moral, a solidariedade comum e responsabilidade recíproca, a quebra do paternalismo e o absolutismo das práticas de saúde:

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15 n. 2, mar./abr.,2007.

Acesse o site e boa leitura! Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200002&script=sci_arttext&tlng=pt>.

TREVIZAN, M. A. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-89, jan./fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000100013>.

Para exercitar: Marketing Pessoal é uma Estratégia de Poder, portanto pergunte-se: O que você tem feito, dito e escrito acerca do que faz? Conte como você tem se apresentado para o usuário do sistema de saúde e seus respectivos familiares? Qual é a imagem que você tem construído de si mesmo/a? Registre no destaque de conteúdo (AVEA).

4.4 Dilemas Éticos

Os dilemas éticos têm sido uma preocupação constante, principalmente na área da saúde, onde as modificações terapêuticas e de cuidados ocorrem rapidamente e de uma forma significativa. Além disso, a enfermagem busca qualificar a sua prática por intermédio de suas ideias e questionamentos, os quais, inevitavelmente, trazem consigo os dilemas éticos vivenciados diariamente.

O agir do profissional nunca é solitário e é um agir contínuo na assistência à saúde da pessoa com DCNT. Faz-se necessária a integração multidisciplinar e o preparo destes profissionais para potencializar os benefícios aos usuários. Logo, é preciso favorecer aos profissionais a reflexão sobre os dilemas e conflitos éticos e as ambiguidades vivenciadas por eles.

A prioridade seria que eles pudessem aprimorar ou desenvolver habilidades para detectar e manejar com os limites e as responsabilidades no cuidado de si e dos pacientes e familiares que estão sob seus cuidados. Estas habilidades podem ser encontradas, entre outros espaços, a partir de um viés de discussão ética.

Os dilemas morais ou éticos ocorrem quando existem diferentes percepções sobre uma mesma situação e que colocam o indivíduo entre duas proposições opostas. Compreende-se situações em que valores morais ou éticos estão em conflito por momentos em que a decisão por uma opção torna inválida a outra (DALMOLIN et al., 2012).

É importante entender: o processo de assistência às pessoas com DCNT desencadeia constantes dilemas ou conflitos éticos, também, por estarmos diante de diferentes processos de assistência, por exemplo:

- Ainda que as políticas públicas de saúde tentem abarcar as pessoas em condição crônica nos seus diferentes contextos, seguidamente, esbarramos em entraves burocráticos e estruturais que nos impedem de ir adiante, de fazer o melhor;

- Cuidar de pessoa em condição crônica é como cuidar de um sujeito que está inserido em toda a cadeia de assistência à saúde, ou seja, estamos convivendo com esta pessoa no domicílio, na atenção básica, na atenção especializada e na internação hospitalar. Logo, cada profissional é responsável pelos encaminhamentos necessários, pela sustentabilidade daquela etapa no processo de assistência à DCNT. Caso contrário, sua atitude repercute negativamente em outra etapa, em outros profissionais;
- A crescente utilização de tecnologias e medicamentos no tratamento de pacientes que não mais respondem às terapêuticas disponíveis - com conseqüente prolongamento da vida quando a morte é inevitável e uma vida que na maioria das vezes é sem qualidade - é um processo de morte e morrer não adequadamente acompanhado.



Saiba mais

Complemente sua leitura com o texto indicado. Nele, o autor explora a temática da mortalidade e do estado funcional dos pacientes com doença crônica que estiveram internados em Unidade de Terapia Intensiva. Cada pessoa foi contatada em sua residência por telefone. A mortalidade foi elevada nos primeiros dois anos e embora houvesse evidente redução do estado funcional dos sobreviventes, eles preservaram a capacidade de realizar seu autocuidado.

TEIXEIRA, C. et al. Exacerbação aguda da DPOC: mortalidade e estado funcional dois anos após a alta da UTI. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v. 37, n. 3, p. 334-340., nov./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132011000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

Os dilemas éticos também são oriundos de alguns pressupostos em nossa sociedade. Entre estes, o processo de tomada de decisão que é, em geral, assumido pelo médico, justificado nos sistemas institucionais de atendimento à saúde pela centralização da atuação médica em questões decisórias acerca do tratamento. Diante disso, a participação dos enfermeiros no processo de tomada de decisão de dilemas éticos, apesar de importante, não encontra, em geral, espaço para uma atuação efetiva nas mesmas, o que acaba gerando insatisfação profissional. Novamente vocês podem ver aqui a relação ética fortemente implicada com a política.

Porém, nos últimos anos, o crescente avanço científico e tecnológico aplicado no processo de cuidar em saúde, principalmente para a enfermagem, tem afetado significativamente a prática destes profissionais.

Em consequência disto, cada vez mais a enfermagem emerge neste contexto baseada no seu compromisso ético e moral, especialmente com o cuidado humano, com a prática de ações permeadas por uma postura crítica e reflexiva, em que se considerem a dignidade humana (MASCARENHAS; ROSA, 2010).

Por um lado, os enfermeiros podem contribuir efetivamente para a tomada de decisões defendendo a autonomia do paciente e da família, mas por outro, ao priorizarem o desejo destes, diferentemente dos médicos, enfrentariam novos dilemas por terem que cumprir tratamentos com os quais não concordam (TOFFOLETTO, 2005).

E mais, paradoxalmente, as instituições de saúde e as respectivas políticas públicas de saúde têm reforçado a inserção da enfermagem nos processos de decisão, entre estes o processo de decisão ética. É, pois, insustentável uma prática assistencial na qual os diferentes profissionais envolvidos se abstenham ou não sejam inclusos no processo decisório. Ainda, a primeira questão que sinalizamos ao discutirmos ética e responsabilidade profissional e biopolíticas foi justamente inserir a problematização da necessária e pertinente inserção de cada profissional nesta complexa rede de assistência à saúde, muito além do processo curativo.

Por isso, como já sinalizado, precisamos nos deter na questão da competência para lidar com os dilemas éticos em saúde. Nesta direção, uma forma de apoiar os profissionais em lidar com dilemas éticos é a educação e o treinamento em ética.

A competência pode ser vista como o conhecimento e as habilidades que são necessárias para realizar o trabalho. Isto implica uma compreensão clara do trabalho e, portanto, a competência é equivalente com a compreensão dos profissionais sobre o que está sendo feito e do contexto em que está o seu trabalho, ou seja, é importante valorizar o sujeito, seu ambiente de trabalho e as especificidades de ambos (SPORRONG, 2007).

Algumas competências-chave relacionadas com a ética estão relacionadas com o conhecimento e a compreensão dos códigos de ética, capacidade de reconhecer e analisar as situações éticas e tentar resolvê-las. Competência ética é um fator chave na prevenção ou redução do sofrimento moral. Nesta perspectiva, a Bioética de Proteção é um referencial que nos apoiaria na reflexão e decisão ética. Desta forma, a proteção está relacionada com as boas condições de trabalho, as quais permitem uma assistência de qualidade, minimizando a possibilidade de erros. Assim como, pelo controle

de dilemas e problemas que surgem na prática e desencadeiam raciocínio moral para as tomadas de decisões. Siqueira-Batista e Schramm (2009) mostram que a bioética de proteção promove à pessoa uma competência moral diante dos conflitos inerentes às relações humanas.



Saiba mais

Complemente seu aprendizado com o texto indicado, que explora a crescente necessidade do SUS de possibilitar uma estrutura física e assistencial no domicílio a pessoas com doença crônica e também descreve as potencialidades e as dificuldades no cotidiano deste tipo de assistência.

LIMA, T. da C.; VARGAS, M. A. O. Cuidado domiciliar intensivo: uma possível realidade do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600004>.

4.4.1 Abordagem dos Dilemas e Problemas Éticos

De que modo enfermeiros podem atuar efetivamente na prevenção e na abordagem adequada de problemas éticos?

Ainda não delimitando os problemas éticos advindos da situação de assistir uma pessoa com DCNT em sua integralidade, mas tratando conceitualmente podemos sinalizar alguns aspectos:

- o processo de deliberação moral se faz presente em todas as circunstâncias e espaços de trabalho do enfermeiro, ou seja, no cuidado direto, na administração, na pesquisa ou na educação, pois envolve o próprio método de análise que leva a uma tomada de decisão especialmente em face de conflitos morais que exigem recursos além dos elementos subjetivos, opiniões, sentimentos e percepções deflagrados pela situação. Assim, a deliberação deve ser processo racional, sistemático e objetivo de resolução de problemas e conflitos;
- a moralidade é uma questão de consulta à razão seguida de ação moralmente correta, qualquer que seja a circunstância, é aquela que se ampara nas melhores razões ou argumentos, na consideração imparcial do interesse de cada indivíduo envolvido;

- reconhecer este recurso à razão implica em considerar que as capacidades para a deliberação podem ser desenvolvidas ao longo da vida, não são inatas ou simplesmente fornecidas pela cultura; antes, exigem conhecimentos aplicáveis ao contexto e às demandas éticas específicas (RAMOS et al., 2011).

Quando pensamos em nossas capacidades para o julgamento e decisão moral nesta perspectiva processual, de permanente preparo e reformulação, ou seja, do ser moral como construção, podemos nos perguntar quando estaremos preparados para enfrentar os desafios éticos do nosso trabalho? Uma primeira resposta, pelo visto até aqui, é da inconclusão deste processo. Mas também sabemos que a experiência e o conhecimento participam ativamente da forma de agir frente a possíveis conflitos e até mesmo que o próprio papel deste profissional se define nas relações conflituosas que estabelece (RAMOS et al., 2011).



Palavra do profissional

O desafio para o enfermeiro se mostra na reflexão que ele chega a empreender - sou, tenho, devo, exerço, posso, decido, responsabilizo-me, interfiro ou não - para sua tomada de decisão em torno de uma causa de conflito. Dessa forma, o profissional questiona sua autonomia (espaços e limites profissionais em relação ao outro trabalhador) competência, atribuição, responsabilidade e o exercício do seu papel (ARAUJO NETTO; RAMOS, 2002).

Numa tentativa de oferecer um exemplo concreto de subsídio para a deliberação moral, podemos falar dos aportes trazidos por métodos disponíveis na literatura. A maioria destes modelos foi elaborada por bioeticistas europeus e norte-americanos e muito podem auxiliar os profissionais de saúde e os Comitês de Bioética, servindo como ponto de partida para um treinamento na metodologia de discussão de casos (LOCH; GAUER; CASADO, 2008).

Há um modelo proposto pela enfermeira Patricia Crisham, aplicado em estudo brasileiro (SCHNEIDER, 2010), que incorpora o processo de enfermagem e os princípios da ética biomédica e é útil no esclarecimento de problemas éticos resultantes de obrigações conflitantes. Esse modelo é chamado de MORAL, um **mnemônico** que representa:

- **M** (*massage the dilemma*) – Massagear o dilema. Reunir informações significativas acerca do problema ético e decidir que deverá se envolver no processo decisório.
- **O** (*outline options*) – Esboçar opções. Identificar alternativas e analisar causas e consequências de cada uma.
- **R** (*review criteria and resolve*) – Revisar critérios e resolver. Identificar e analisar os critérios morais e selecionar os mais congruentes com a situação.
- **A** (*affirm position and act*) – Afirmar a posição e agir. A – antecipar as objeções e obstáculos envolvidos na ação. C – clarificar a sua posição e planejar ações para responder às objeções e obstáculos. T – testar sua escolha. Isso inclui implementação de um plano de ação determinando o melhor curso da ação específica, trabalhando com o obstáculo esperado e o inesperado e mantendo o foco no objetivo.
- **L** (*look back*) – Olhar para trás. Avaliar a decisão tomada. A experiência na tomada de decisão ética irá trazer novos discernimentos, novas obrigações e deveres (SCHNEIDER, 2010).

Para exercitar:

1) Descreva um caso ou situação problema de preferência fictício que você considera como um dilema ético possível de ser vivenciado pelos profissionais de enfermagem.

2) Com base na análise da situação fictícia, responda: a) Quais as possíveis consequências das ações da equipe envolvida para os usuários do sistema de assistência à saúde? b) Quais as implicações éticas da atitude do/s profissional/is envolvidos na situação problema? c) Na situação problema relatada por você, há indícios de infração e quais artifícios do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE)? d) Que alternativas ou medidas podem ser tomadas na situação relatada por você e quem tomaria estas medidas?

Registre no destaque de conteúdo (AVEA).

4.5 Resumo

Nesta unidade discorreremos acerca da responsabilidade profissional, dilemas éticos e sinalizamos o quanto você é importante no processo de decisão ética no processo de assistência à saúde de pessoas com DCNT. Ainda, ao longo da unidade, problematizamos e demonstramos o quanto este processo é complexo e multifacetado. Evidenciamos que há sempre diferentes possibilidades. Reforçamos também o quanto é importante a decisão ser tomada no coletivo.

4.6 Fechamento

Nesta unidade, centralizamos o foco da discussão em você profissional da enfermagem. Pensamos em demonstrar o quanto você é importante e necessário. Logo, precisamos da sua motivação para otimizar sua condição de sujeito reflexivo para discutirmos questões relacionadas à pessoa com DCNT, entre estas a autonomia da pessoa com DCNT e o processo de ressignificação do cuidado com base na filosofia dos cuidados paliativos. Lembre-se de que é necessário e interessante que você se compreenda valorizado, inserido nas questões éticas, técnicas, políticas e econômicas do processo de assistência à saúde.

4.7 Recomendação de leitura complementar

BELLATTO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** v. 14, n. 1, p. 17-24, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a02v14n1.pdf>>.

FERNANDES, J. D. et al. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 396-403, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a25.pdf>>.

MASCARENHAS, N. B.; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200019&lng=en&nrm=iso>.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200002>.

RIBEIRO, C. R. de O.; ZOBOLI, E. L. C. P. Pobreza, bioética e pesquisa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 15, n. spe, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_19.pdf>.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 382-397, jul./set., 2006.

Encerramento do módulo

Finalizamos o Módulo VI! Esperamos que você tenha, a partir dos textos das Unidades e leituras recomendadas, reconhecido a importância das políticas públicas de saúde na atenção às DCNT e as estratégias de promoção e prevenção das DCNT como integrantes das linhas de cuidado.

As políticas de saúde brasileiras representam o avanço e a preocupação com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. A Política Nacional de Promoção da Saúde, que foi apresentada, representa o avanço da saúde brasileira dentro das diretrizes internacionais em saúde, dá sustentação e sedimenta as diretrizes do Sistema de Saúde vigente. Você também teve a oportunidade de conhecer um pouco sobre o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, que foi estruturado pelo Ministério da Saúde, e prevê ações para os próximos anos (2011-2022). Sabemos da importância da implantação das suas diretrizes, pois essas doenças representam um problema de saúde de maior magnitude e correspondem aproximadamente a 70% das causas de morte no nosso país.

Os determinantes sociais, em nossa sociedade marcada por iniquidades e diversidades econômicas e culturais, impõem que os conceitos de risco e vulnerabilidade sejam considerados na prática dos profissionais de saúde e que estes tenham domínio sobre esses conceitos. Neste sentido, esperamos ter contribuído para a sua compreensão.

São muitos os desafios e implicações éticas para a promoção da saúde das pessoas que vivem com uma condição crônica. Não podemos esquecer que os determinantes sociais contribuem para o agravamento das DCNT, e que temos que trabalhar no sentido de que ações individuais e sociais sejam adotadas para o enfrentamento das DCNT. A superação do modelo centrado na doença para o enfoque de qualidade de vida, com reestruturação dos serviços de saúde na perspectiva das redes de atenção, com certeza implica no envolvimento de todos, não somente dos profissionais, mas também da sociedade.

Finalmente, você teve oportunidade de aprofundar as questões éticas envolvidas na promoção e prevenção das DCNT, tematizando a Bioética da Proteção diante de um contexto de vulnerabilidades. Discorremos acerca da responsabilidade profissional, dilemas éticos e sinalizamos o quanto você é importante no processo de decisão ética no processo de assistência à saúde de pessoas com DCNT.

Esperamos que esteja bem motivado para seguir em frente, pois nos próximos módulos discutiremos a aplicação desses conceitos em situações específicas da sua prática cotidiana, para as quais consideramos que você já deve estar se sentindo mais instrumentalizado.

Estamos muito contentes em contar com você no Curso e por ter concluído mais este Módulo. Parabéns e vamos em frente!

Referências

ADAY, L. **At risk in América**: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Guanabara Koogan, 2006.

ARAÚJO NETTO, L. F. S.; RAMOS, F. R. S. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. **Simp. Bras. Comun. Enferm.**, Ribeirão Preto, ano 8, maio 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200058&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 21 Jul. 2011.

AYRES, J. R. C. M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.

_____ et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

_____ et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006.

BARRA, D. C. C. et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2012.

BELLATTO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p.17-24, 2005.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Cronicidade e vulnerabilidade em saúde de grupos populacionais: implicações para o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 553-558, out./dez. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

_____. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto de Terminologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília: OPAS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família, Promoção da Saúde**. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 22 de maio 2012.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014>. Acesso em: 11 jul. 2011.

_____. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Cidadania & Meio Ambiente**. 12 fev. 2010. Disponível em: <<http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>> Acesso em: 28 maio 2012.

BUSS, P.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, R. S. **Saúde coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Pós Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CNDSS (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Rio de Janeiro, set. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 29 maio 2012.

COSTA E SILVA, P. OMS aprova metas para redução da mortalidade. **Portal da Saúde**, Brasília, 24 maio 2012. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5276/162/oms-aprova-metas-para-reducao-da-mortalidade.html>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 447-455, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200012>. Acesso em: 12 fev. 2012.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DALMOLIN, G. de L. et al. Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100023&lng=en&nr m=iso>. Acesso em: 18 maio 2012.

DAHLGREN & WHITEHEAD. **Model of Health – Dahlgren & Whitehead**. 1991. Disponível em: <http://www.nwci.ie/download/pdf/determinants_health_diagram.pdf>. Acesso em: 24 maio 2012.

FERNANDES, J. D. et al. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 396- 403, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a25.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, ago. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2012.

GAMBA, M. A.; SANTOS, E. R. Risco: repensando conceitos e paradigmas. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 5-6, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352- 358, abr. /jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021&script=sci_arttext >. Acesso em: 10 abr. 2012.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. da. A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200002&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 28 maio 2012.

KOERICH, M. S. et al. Biosecurity, risk, and vulnerability: reflexion on the process of human living of the health professionals. **Online Braz J Nurs**. v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/564>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

KOTTOW, M. H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. (Org.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola: Centro Universitário São Camilo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2003. p. 71-8.

LEAVELL, H.; CLARK, G. G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill do Brasil, 1978.

LOCH, J. A.; GAUER, G. J. C.; CASADO, M. **Bioética interdisciplinaridade e prática clínica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 303-17. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/metodologia deanalise.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2012.

LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Rep Public Health**, v. 22, n. 11, p. 2339-48, 2006.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MASCARENHAS, N. B; ROSA, D. O. S. Bioética e formação do enfermeiro: uma interface necessária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2012.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de aids**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto de prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003. .

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-24, mar./abr. 2007.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 923-928, set./out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-42, jul./set. 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300014>. Acesso em: 25 abr. 2012

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2006.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 280- 285, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000200018&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 abr. 2012.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos**: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

RAMOS, F. R. S.; DO Ó, J. R. Bioética e identidade profissional: a construção de uma experiência de si do trabalhador da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 259-270, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200002> Acesso em: 28 maio 2012.

RAMOS, F. R. S. et al. **Ética no gerenciamento em enfermagem**. Porto Alegre: ABEN e Artmed Panamericana, 2011.

RIBEIRO, C. R. O.; ZOBOLI, E. L. C. P. Pobreza, bioética e pesquisa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 843-849, set./out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_19.pdf>. Acesso em: 28 maio 2012.

RUDNICKI, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 24, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2012.

SALATI, M. I.; HOSSNE, W. S.; PESSINI, L. Vulnerabilidade referida pelos pacientes renais crônicos: considerações bioéticas. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 434-442, 2011.

SCHNEIDER, D. G. **Discursos profissionais e deliberação moral**: análise a partir de processos éticos de enfermagem. 2010. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1241-1250, 2009.

SPORRONG, S. K. et al. Developing ethical competence in health care organizations. **Nursing Ethics**, v. 14, n. 6, p. 825-837, nov. 2007.

TAKAHASHI, R. F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS**. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-312, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300012>. Acesso em: 30 abr. 2012.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Autonomia na unidade de terapia intensiva: comecemos por cuidar de nós. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 956-63, nov./dez. 2010.

_____. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Rev. Escola Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 876-883, ago. 2011.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WHO (World Health Organization). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**, Genebra: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2012.

WHO (World Health Organization). **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf>. Acesso em: 22 maio 2012.

WHO (World Health Organization). **Bangkok Charter for Health Promotion in the a Globalized World**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em: 20 maio 2012.

WHO (World Health Organization). **Conferência Global para Promoção da Saúde**, 7. Quênia, 2009. Disponível em: <<http://www.afro.who.int/pt/rdo/fotografias/1358-7o-conferencia-global-para-promocao-da-saude-nairobi-quenia-outubro-de-2009.html>>. Acesso em: 23 maio 2012.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30 n. 3, p. 382-97, jul./set. 2006.

Minicurrículo do(s) autor(es)

Ana Maria de Almeida

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisador 2 do CNPq, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPMS) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9615263183487191>>.

Leila Maria Marchi Alves.

Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria (OPE), cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2851641325583993>>.

Maria Lucia Zanetti

Professor Associado do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Pesquisador 1D do CNPq, Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Diabetes Mellitus cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0831377626806159>>.

Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Enfermeira. Doutora em Enfermagem de Saúde Pública. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde – NEPEPS cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1753923061211296>>.

Betina Horner Schlindwein Meirelles

Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora 2 do CNPq. Vice-Líder do Grupo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde à Pessoas em Condição Crônica - NUCRON. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6614412040992259>>.

Luciana Martins da Rosa

Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Oncológica. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisas Cuidando e Confortando. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3468001612501207>>.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-Líder Membro Grupo de Pesquisa Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9247403670441395>>.

Simone Mara de Araujo Ferreira

Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4357731492951589>>.

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

Doutoranda e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9685826892810606>>.



Ministério da
Saúde

