

# Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde

Albanita Gomes da Costa de Ceballos



# MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE, DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE

Albanita Gomes da Costa de Ceballos

Recife  
2015

© UNA-SUS UFPE

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## GOVERNO FEDERAL

### Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

### Ministro da Saúde

Marcelo Castro

### Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Heider Aurélio Pinto

### Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

### Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema

### Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Eduardo de Campos

## CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04

Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP 50.741-000

<http://sabertecnologias.com.br>

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

### Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

### Vice-Reitor

Florisbela Campos

## GRUPO SABERTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

### Coordenadora Geral

Profª. Cristine Martins Gomes de Gusmão

### Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

### Coordenadora de EAD

Profª. Sandra de Albuquerque Siebra

### Equipe de Ciência da Informação

Profª. Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

### Equipe de Design

Amarílis Ágata da Silva

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo

### Assessoria – Educação em Saúde

Luiz Miguel Picelli Sanches

Patrícia Pereira da Silva

### Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

### Revisor linguístico

Emanuel Cordeiro da Silva

---

Ceballos, Albanita Gomes da Costa

Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde / Albanita Gomes da Costa Ceballos. – Recife: [s.n.], 2015.

20 p.

Inclui Ilustrações

ISBN: 978-85-415-0723-3

1. Promoção da Saúde 2. Política de Saúde. 3. Determinantes Sociais da Saúde.  
I. Título.

---

# SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>PROMOÇÃO DE SAÚDE.....</b>	<b>15</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>

# APRESENTAÇÃO

## CARO(A) ALUNO(A),

Uma prática em saúde preventiva e assistencial de qualidade baseia-se na compreensão das características e necessidades da população atendida. Para tanto, é preciso conhecer a história social da localidade, a cultura, os hábitos, as crenças e os marcadores de condição de vida, pois tal conhecimento permite uma atuação direcionada e integrada.

Com apoio desta cartilha, faremos uma revisão dos modelos conceituais de saúde, veremos a evolução do conceito da determinação social do processo saúde e doença e, por fim, trataremos da promoção da saúde e sua importância para melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade.

**Bons estudos!**

# 1 MODELOS CONCEITUAIS DE SAÚDE

Considerando que a maioria das doenças é resultante do somatório de fatores extrínsecos e intrínsecos sobre o sujeito afetado, os modelos conceituais de saúde propõem explicar o surgimento e a transmissão das doenças nas populações humanas.

Ao longo da história, o homem tem buscado compreender os processos e fatores determinantes do adoecimento e da morte na tentativa de retardá-los ou evitá-los pelo máximo possível de tempo. Assim, na medida em que o conhecimento científico evoluiu, foram criadas novas formas de explicação para tais fenômenos.

Podem-se destacar cinco principais modelos explicativos (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006):

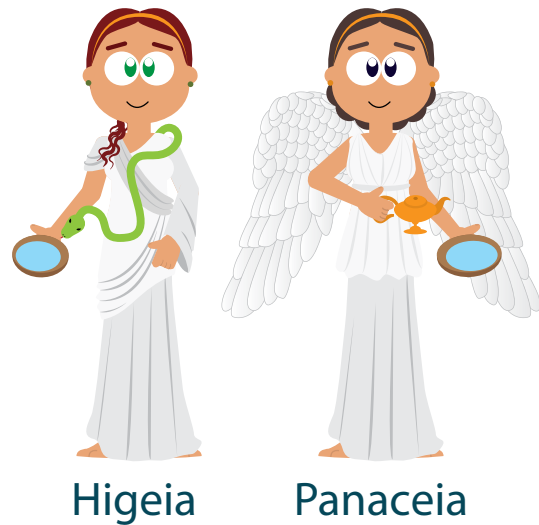
1. modelo biomédico;
2. modelo processual;
3. modelo sistêmico;
4. modelo mágico-religioso;
5. modelo de determinação social da doença.

Cada um deles agrega na sua concepção saberes científicos distintos em diferentes fases da história.

Mas, é preciso ressaltar que não existem limites temporais precisos que caracterizem cada qual. Ao contrário, nota-se uma superposição de ideias. A concepção de que cabia aos deuses definir o estado de adoecimento e cura dos homens instaurou o chamado **modelo mágico-religioso**, marcado também pela noção de pecado-doença e redenção-cura.



Asclépio, ou Esculápio, era tido como o deus da Saúde e tinha como filhas Panaceia e Higeia ). A primeira era considerada a deusa da cura e a ela se atribui o modo individual da medicina clínica. A segunda era considerada a deusa da harmonia dos homens com o ambiente, e de seu nome deriva-se o conceito de higiene. À deusa Higeia é atribuído o caráter de prevenção das doenças e a ideia de saúde coletiva. Entre os mais famosos higeus, ou seguidores de Higeia, destaca-se Hipócrates com seu tratado sobre os ares, as águas e os lugares (CASTRO; ANDRADE; MULLER, 2006).



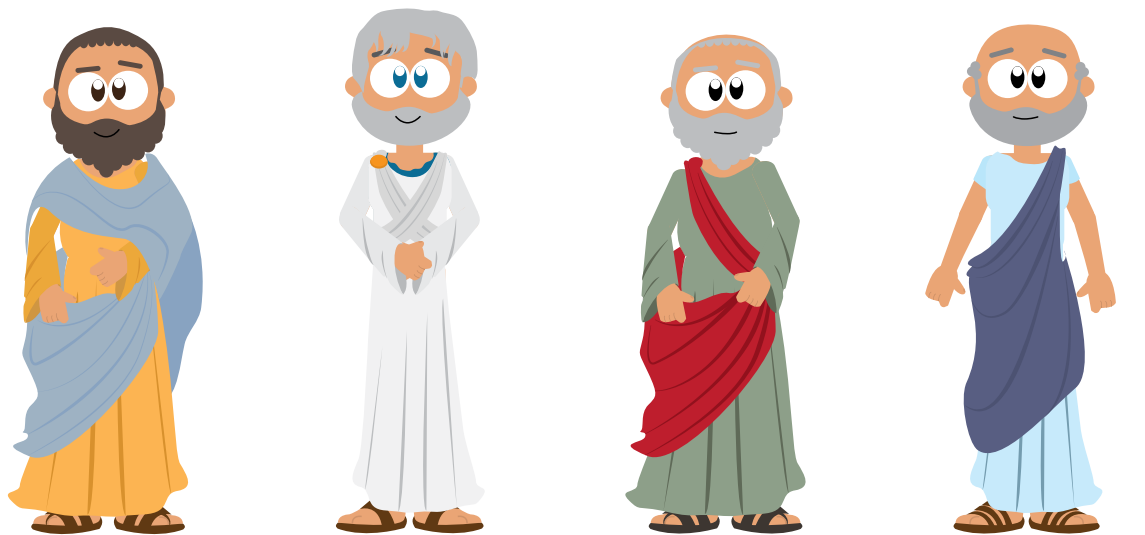
Higeia

Panaceia

Fonte: (UFPE, 2015).

Platão, Aristóteles e Demócrito acreditavam que o homem era formado pelo corpo e pela alma e que, desse modo, a relação com o meio afetava o seu estado de saúde.

Hipócrates postulou a existência dos humores (bile amarela, bile negra, fleuma e sangue) para explicar o desequilíbrio a que o homem estava sujeito (BARROS, 2002).



Platão

Aristóteles

Demócrito

Hipócrates

Fonte: (UFPE, 2015).



Embora não seja o dominante, o **modelo mágico-religioso** permanece presente na ideação de saúde atual. Segmentos religiosos de diferentes culturas mantêm práticas de proteção ou de cura de doenças. No Brasil, são muito comuns as benzeduras, as cerimônias de cura, as cirurgias espirituais, o fluxo de energias, o uso de patuás ou amuletos, o “pagamento” de promessas e vários outros ritos relacionados à saúde.

### Para Refletir

As práticas religiosas dos seus pacientes interferem na sua atuação profissional? Qual deve ser o limite dessa interferência no plano terapêutico?

O saber clínico, racionalizado e experimental, trouxe uma nova forma de compreender a saúde. Nesse contexto de grandes descobertas, Descartes propôs que o corpo e a mente deveriam ser estudados de forma separada, sendo o corpo analisado pela medicina e a mente estudada pela religião e pela filosofia. Esse modelo separatista de pensar o fenômeno do adoecimento foi fortalecido pelas descobertas de **Pasteur** e **Virchow** em seus trabalhos com micro-organismos (BARROS, 2002).

O modelo biomédico tem como abordagem a patogenia e a terapêutica, classificando as doenças segundo forma e agente patogênico. Assim, pode-se caracterizar esse modelo como (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006):

Individual

Curativo

Centrado na figura  
do médico

Fragmentado

Especialista

Hospitalocêntrico

### Atenção !

O modelo biomédico não se debruça sobre a prevenção da doença e não aceita práticas não tradicionais de cura. Ele prioriza o diagnóstico e a cura. Por conta disso, alimenta a indústria de clínicas e laboratórios e as empresas farmacêuticas.





A medicalização da sociedade, marcada pelo consumo abusivo de tecnologias médicas (exames, intervenções, medicamentos), faz-se presente em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde e nas diferentes classes sociais e, por vezes, tenta substituir a escuta qualificada e a avaliação clínica.

### Saiba +

Se você deseja aprofundar seus estudos sobre **medicalização**, recomendamos que faça a leitura das obras de **Ivan Illich**.

#### Artigo

Outra opção é o artigo *O estatuto da medicalização e as interpretações de **Ivan Illich** e **Michel Foucault** como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização* (GAUDENZINI; ORTEGA, 2012). Clique **aqui** para acessar.

O saber clínico e a sistematização do conhecimento médico trouxeram a necessidade de aperfeiçoar o método científico. As tábuas de mortalidade de **John Graunt** e as estatísticas vitais de **William Farr** são exemplos de como a estatística passou a ser utilizada na medicina, contribuindo para a geração de hipóteses e inaugurando a noção de risco em saúde e de prevenção de agravos (GREENWOOD, 2014).

### Saiba +

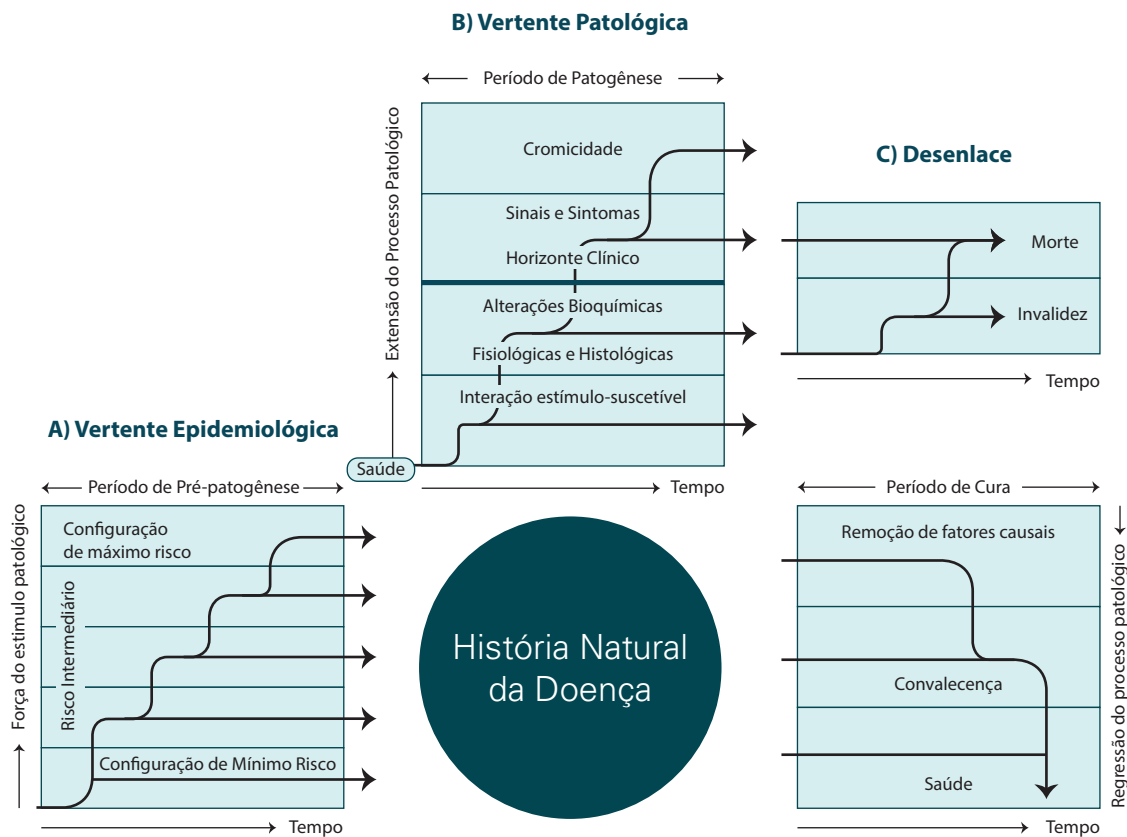
O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibiliza, em seu site, tábuas de mortalidade. Para conferir, clique **aqui** (IBGE, 2012).

O **modelo processual** baseia-se no modelo de História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark em 1976. Esse modelo prevê que os estímulos patológicos do meio ambiente desencadeiam uma resposta do corpo, e esta terá como desenlace a cura ou defeito ou invalidez ou morte (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

O modelo processual se constitui como um avanço quando comparado ao modelo biomédico, por reconhecer que as características sociais ou relacionais do indivíduo interferem na chance de adoecer, na forma como ele adoece e na repercussão da doença.



**Figura 1** – Modelo de história natural da doença



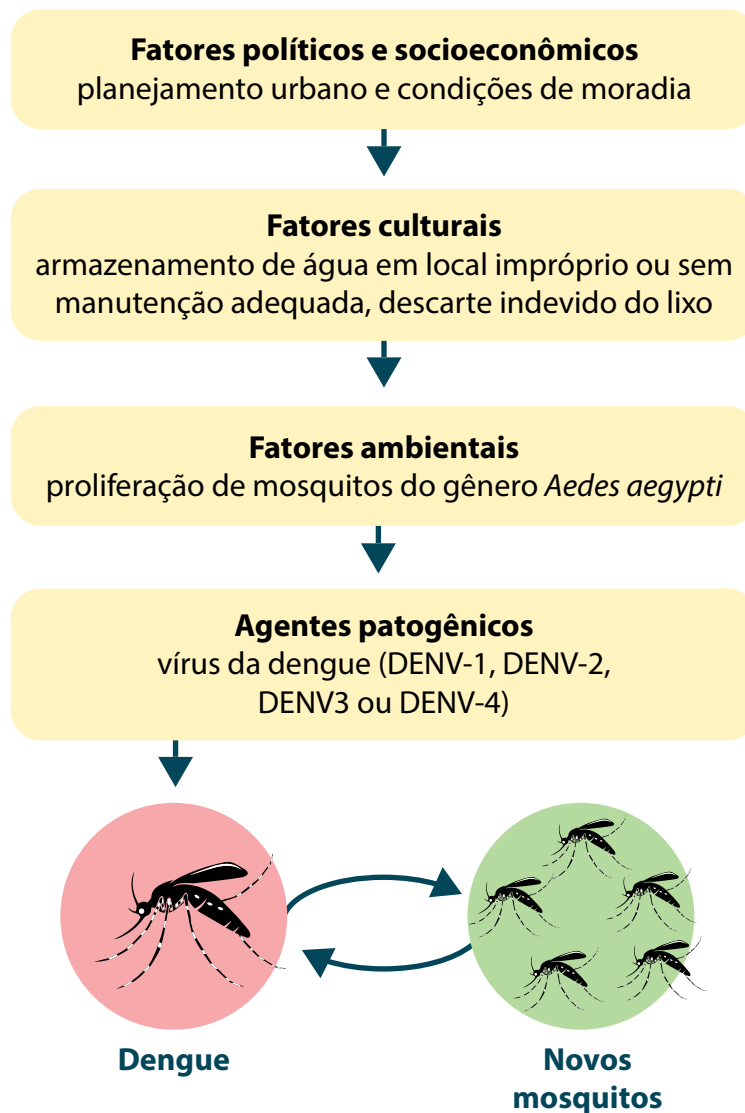
**Fonte:** (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 2006).

As condições de vida e saúde da população das grandes cidades após a revolução industrial e as contribuições de **Renné Villermé** e **Friedrich Engels** instauraram uma nova forma de pensar, na qual o homem não apenas se relaciona com o meio e seus agentes patogênicos, mas faz parte deste meio, formando um sistema de interação sinérgica (SILVA; BARROS, 2002).

O **modelo sistêmico** de saúde e doença reconhece que fatores políticos e socioeconômicos, fatores culturais, fatores ambientais e agentes patogênicos estão relacionados sinérgicamente de forma que, ao ser modificado um dos níveis, os demais também serão afetados (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Um exemplo simplificado da interação dos níveis do sistema pode ser observado na figura a seguir:



**Figura 2** – Esquema simplificado de sinergismo do modelo sistêmico



Fonte: (A autora, 2015).

As sucessivas mudanças na forma de pensar a doença, a preocupação com o bem-estar e conceito ampliado de saúde geraram uma nova concepção: **a determinação social da saúde e da doença.**

## 2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Um menino nascido em 2012 em um país de alta renda pode esperar viver até os 76 anos de idade, 16 anos a mais que um menino nascido em um país de baixa renda (expectativa de vida de 60 anos). Para as meninas, a diferença é ainda maior, uma lacuna de 19 anos separa a expectativa de vida em países de alta renda (82 anos) e baixa renda (63 anos) (WHO, 2014).

Desde a década de 1970 tem havido a preocupação em compreender os fatores que determinam a saúde ou a perda da mesma. O **modelo holístico** de **Laframboise**, desenvolvido no Canadá em 1976, estipulava que estilo de vida e condutas de saúde, biologia humana, meio ambiente e assistência sanitária seriam fatores determinantes da saúde (LAFRAMBOISE, 1976).

No final da década de 1990, **Tarlo** propôs um modelo que contemplava 5 níveis de determinação social da doença, indo do nível individual para o coletivo (TARLOV, 1999):

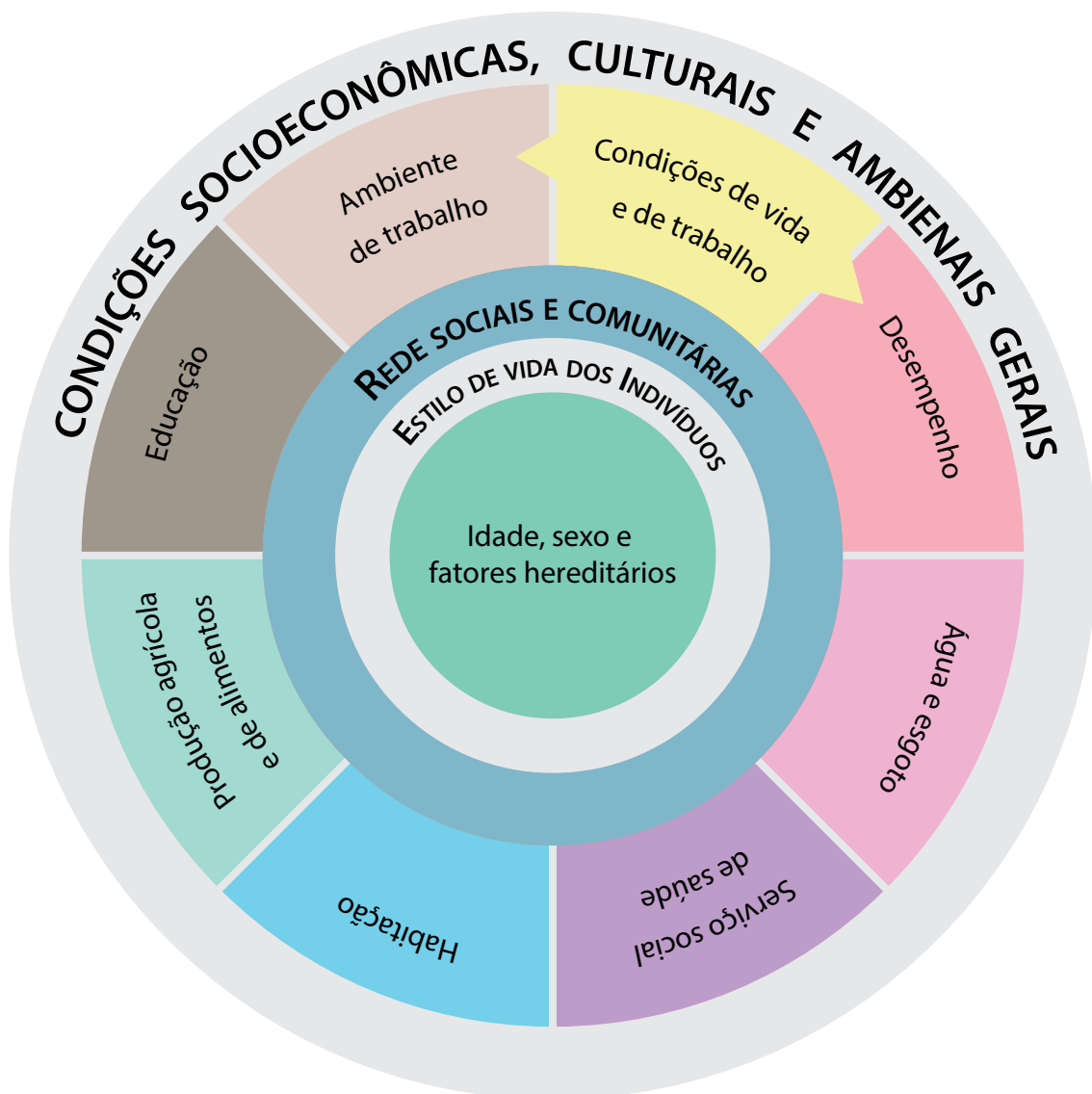
1. biológico, físico e psíquico;
2. estilo de vida;
3. determinantes ambientais e comunitários (família, escola, emprego e outros);
4. determinantes ambientais físicos, climáticos e de contaminação ambiental;
5. estrutura macrossocial, política e percepção populacional.

Para o autor, a assistência a saúde não é entendida como determinante da saúde, mas sim como estratégia reparadora (TARLOV, 1999).

Atualmente, o **modelo de Dahlgren e Whitehead** é o mais estudado no Brasil. Esse modelo, conforme mostra a figura a seguir, estabelece níveis de determinantes que vão do individual ao macro social.



Figura 3 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgreen e Whitehead



Fonte: (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.84, adaptado).

Os **determinantes sociais** são importantes para entender como a saúde é sensível ao ambiente social e funcionam como um elemento de justiça social, sendo assim um importante desafio da saúde coletiva.

Com esse pensamento, **Wilkinson e Marmot** (2003) dividem os determinantes sociais em:



**Gradiente social:** a expectativa de vida é menor e as doenças são mais comuns quanto mais baixa for a posição na escala social em cada sociedade.

**Estresse:** circunstâncias estressantes fazem com que as pessoas sintam-se preocupadas, ansiosas e inábeis para enfrentar tais problemas. Contínua ansiedade, insegurança e baixa autoestima, isolamento social e baixo controle sobre a vida têm poderosos efeitos sobre a saúde e podem levar a morte prematura.

**Infância:** um bom início de vida é importante para o desenvolvimento nos anos seguintes da vida. A pobreza durante a gestação pode ter consequências para o desenvolvimento fetal devido à carência nutricional, estresse materno e inadequado cuidado pré-natal.

**Rede social x exclusão social:** os desempregados, os de grupos étnicos minoritários, os subempregados, os deficientes físicos, os refugiados e os desabrigados tendem a viver em estresse constante e têm alto risco de morte prematura.

**Trabalho x desemprego:** segurança no emprego melhora a saúde, o bem-estar e a satisfação. Altas taxas de desemprego causam mais doenças e mortes prematuras.

**Suporte social:** relações de amizade, boas relações sociais e redes fortes de apoio em casa, no trabalho e na comunidade aumentam a saúde.

**Comportamentos ou escolhas pessoais:** hábitos inadequados de saúde, muitas vezes influenciados pelo ambiente social.

### Para Refletir

Na comunidade em que você atua, quais são os determinantes sociais de saúde predominantes? Na sua prática, você os considera? De que forma?



Diante das concepções teóricas, o conhecimento sobre a determinação social do adoecimento precisa ser revertido em ação de melhoria da situação de saúde nas populações. Ou seja, é necessário reduzir as iniquidades sociais, reduzir a exposição a fatores de risco, reduzir a vulnerabilidade biológica e social de determinados grupos e, por meio da assistência, reduzir os danos ou consequências dos agentes determinantes.

Com o pensamento de reduzir as iniquidades e melhorar a saúde da população, a Suécia utiliza estratégias de saúde desenvolvidas tendo como base os determinantes. Essas estratégias contemplam, entre outras coisas, **a participação popular e a seguridade social**.

No Reino Unido, a partir do relatório *Reducing health inequalities*, adotou-se uma política de aumento da renda, incentivo à educação e à seguridade social (UNITED KINGDOM, 2003). E o México criou o *Programa de Educación, Salud y Alimentación* (PROGRESA) (depois chamado de Oportunidades) com distribuição de renda, incentivo à escolarização e ao aumento da rede assistencial básica (SKOUFIAS, 2005).

### Saiba +

Para saber mais sobre o PROGRESA, clique **aqui** (IFPRI, 2009).

As Metas de Desenvolvimento do Milênio, que preveem ações como a redução da pobreza, educação, saúde materna e infantil, entre outras, foram assinadas por mais de 180 países, entre eles o Brasil. No ano de 2006, foi instituída no Brasil, por decreto presidencial, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que tem como objetivo principal atuar junto ao Poder Público, instituições de pesquisa e da sociedade civil discutindo, promovendo práticas e promovendo políticas de melhoria da saúde e redução das iniquidades sanitárias (BRASIL, 2006).

Mas, embora o país venha expandindo a rede de assistência, desenvolvendo a capacitação dos profissionais de saúde, incentivando o aumento da escolaridade e investindo em programas de transferência de renda, a promoção da saúde permanece como um desafio de todos.

### Para Refletir

Qual o seu papel na redução das iniquidades em saúde? O que você tem feito pela sua comunidade?

# 3 PROMOÇÃO DE SAÚDE

Diante da ampliação do conceito de saúde e da visão de que fatores políticos, sociais, ambientais e comportamentais influenciam os estados de adoecimento, a promoção de saúde surge como uma concepção que ultrapassa os serviços assistenciais e compromete-se com a determinação da doença, sendo essencialmente intersetorial.

Diferentemente do conceito de prevenção, a promoção da saúde não se restringe à determinada doença, mas tem como objetivo melhorar a saúde e o bem-estar geral da população (CZERINA, 2003).

A ideia de que a saúde está relacionada com a qualidade de vida ganhou força com a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá em 1986. Esse evento gerou como produto a **Carta de Ottawa**, que, aqui no Brasil, teve repercussões importantes na idealização e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS).

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

Conforme o trecho acima, a promoção de saúde, além de ser intersetorial, remete à ideia de autocuidado e participação popular nas decisões em saúde, tanto no caráter individual (decisões sobre a própria saúde) quanto no caráter coletivo. Dessa forma, surge o conceito de “*empowerment*” relacionado com a promoção, ou seja, o “empoderamento” da comunidade para o desenvolvimento de ações políticas coletivas ou, ainda, a distribuição do poder de decisão. Esse “empoderamento” não precisa necessariamente repercutir em ações políticas diretas, mas sim na compreensão de que a saúde é uma responsabilidade de cada um e de todos (CARVALHO, 2014).





### Saiba +

A Carta de Ottawa é um documento que busca contribuir com as políticas de saúde, apresentado na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sediada em Ottawa, Canadá, em 1986. Para conhecer a Carta de Ottawa, clique **aqui** (OMS, 1986).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que as iniciativas de promoção da saúde são programas, políticas e atividades que devem ser sustentáveis, equânimes, multiestratégicas e seguir os princípios de empoderamento individual e da comunidade; da participação popular nas etapas de planejamento, implantação e avaliação; da visão holística de saúde física, mental, social e espiritual; da colaboração intersectorial de agências de diferentes setores relacionados (WHO, 1998).

### Para Refletir

Que ações de promoção da saúde têm sido promovidas na sua unidade de saúde? Você participa? De que forma você participa?

No Brasil, o conceito de **promoção da saúde**, o **conceito ampliado de saúde** e os **determinantes sociais** estão contemplados na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e em vários outros documentos (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que propõe a articulação sujeito/coletivo, público/privado e Estado/sociedade para a redução do risco e do dano no processo de adoecimento (BRASIL, 2010).

### Saiba +

Para conhecer a legislação estruturante do SUS, clique **aqui** (BRASIL, 2003).

A PNPS foi redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, que define como objetivo geral, em seu artigo 6º:

Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).



A nova PNPS tem como diretrizes (BRASIL, 2014):

- » articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre os determinantes e condicionantes da saúde;
- » planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades;
- » incentivo à gestão democrática, participativa e transparente;
- » ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde;
- » estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem as ações de promoção da saúde;
- » apoio à formação e à educação permanente e incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável;
- » incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde;
- » organização dos processos de gestão e planejamento para fortalecer e promover a implantação da PNPS com compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

### Saiba +

Recomendamos que você leia a PNPS na íntegra. Clique **aqui** para acessar (BRASIL, 2014).

Assim, pode-se dizer que a promoção de saúde, como elemento de equidade, deve estar presente integrando a comunidade e a unidade de saúde por meio de ações contextualizadas de acordo com as necessidades do território.

### Para Refletir

Que ações de promoção da saúde você identifica como necessárias na unidade de saúde e no território nos quais você atua? Como você as faria?



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL, M. Z. Modelos de saúde e doença. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 604 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 12 maio 2015.

BRASIL. Decreto de 13 de março de 2006. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 mar. 2006, p. 21. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn10788.htm)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 28 maio 2015.



BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088–1095, jul./ago. 2004. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os\\_multiplos\\_sentidos\\_da\\_categoria\\_empowerment\\_no\\_projeto\\_da\\_promocao\\_da\\_saude.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

CASTRO, M. da G. de; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em estudo**, v. 11, n. 1, p. 39–43, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a05.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

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

GAUDENZI, P; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 21–34, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2112>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

GREENWOOD, M. **Medical statistics from graunt to farr**. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. 81 p.

IFPRI. International Food policy research Institute. **Mexico**: evaluation of PROGRESA. Washington: IFPRI, 2009. Disponível em: <<http://www.ifpri.org/dataset/mexico-evaluation-progresa>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

LAFRAMBOISE, H. L. Health policy: breaking the problem down in more manageable segments. **Canadian Medical Association Journal**, v. 108, n. 3, p. 388–393, feb. 1973. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.



OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., Ottawa, 1986. **Anais...** Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

SILVA, J. B. da; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health**, v. 12, n. 6, p. 375-83, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a05v12n6.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

SKOUFIAS, E. **PROGRESA and its impacts on the welfare of rural households in Mexico**. Washington: International Food Institute, 2005. Disponível em: <<http://www.ifpri.org/sites/default/files/publications/rr139.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

TARLOV, A. R. Public policy frameworks for Improving population health. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 896, p. 281-293, 1999.

UNITED KINGDOM. Department of health. **Tackling health inequalities: a programme for action**. London: Department of Health Publications, 2003. Disponível em: <[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4019362.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019362.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Eds.). **Social determinants of health: the solid facts**. 2. ed. Copenhagen: WHO, 2003. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

WHO. World Health Organization. **Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

WHO. World Health Organization. **World Health Statistics 2014**. Geneva : WHO press, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>>. Acesso em: 8 maio 2015.

Execução:

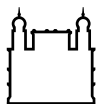


UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



**Saber**  
Tecnologias Educacionais e Sociais

Financiamento:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Secretária de  
Gestão do Trabalho  
e Educação na Saúde

Ministério da  
Saúde

