



DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE VIVER SAUDÁVEL EM UMA COMUNIDADE VULNERÁVEL
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH THAT INFLUENCE THE HEALTHY LIVING PROCESS IN A VULNERABLE COMMUNITY
DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE VIDA SALUDABLE EN UNA COMUNIDAD VULNERABLE

Camila Biazus Dalcin¹, Dirce Stein Backes², Jéssica Ineu Dotto³, Martha Helena Teixeira Souza⁴, Claudete Moreschi⁵, Andreas Büscher⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer os determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. **Método:** teoria fundamentada nos dados, no qual os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual com amostra teórica de 38 entrevistas, entre usuários, profissionais da saúde e lideranças comunitárias, e analisados de forma sistemática e comparativa. **Resultados:** as vulnerabilidades ocasionadas pelos macrodeterminantes sociais de saúde são evidentes, sendo que a posição que as famílias e comunidades ocupam dentro das hierarquias de poder, trabalho, emprego, acesso aos serviços de saúde e níveis de renda irá configurar as diferentes oportunidades de viver saudável dos indivíduos. **Conclusão:** os determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável estão relacionados às vulnerabilidades socioeconômicas, culturais e ambientais e as necessidades humanas básicas insatisfatórias. **Descritores:** Determinantes Sociais da Saúde; Desigualdades em Saúde; Equidade; Enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objective: knowing the social determinants of health that influence the healthy living process in a vulnerable community. **Method:** grounded theory, where data were collected through the individual interview technique with a theoretical sample of 38 interviews, among users, health professionals, and community leaders, and analyzed in a systematic and comparative manner. **Results:** vulnerabilities caused by social health macrodeterminants are apparent, and the position of families and communities within the hierarchies of power, labor, employment, access to health services, and income levels will determine the various healthy living opportunities for the individuals. **Conclusion:** the social determinants of health that influence the healthy living process are related to socioeconomic, cultural, and environmental vulnerabilities and poor basic human needs. **Descriptors:** Social Determinants of Health; Health Inequalities; Equity; Nursing; Community Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer los determinantes sociales de salud que influyen en el proceso de vida saludable en una comunidad vulnerable. **Método:** teoría fundamentada, donde se recogieron datos a través de la técnica de entrevista individual con una muestra teórica de 38 entrevistas, entre usuarios, profesionales de la salud y líderes comunitarios, y analizados de manera sistemática y comparativa. **Resultados:** las vulnerabilidades causadas por macrodeterminantes sociales de salud son evidentes, y la posición que las familias y las comunidades ocupan dentro de las jerarquías de poder, trabajo, empleo, acceso a servicios de salud y niveles de ingresos determinarán las diversas oportunidades de vida saludable para los individuos. **Conclusión:** los determinantes sociales de salud que influyen en el proceso de vida saludable están relacionados con las vulnerabilidades socioeconómicas, culturales y ambientales y las necesidades humanas básicas insatisfactorias. **Descriptores:** Determinantes Sociales de la Salud; Desigualdades en Salud; Equidad; Enfermería; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande (Furg). Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: camilabiazus@hotmail.com; ²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (Unifra). Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: backesdirce@ig.com.br; ³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Furg. Rio Grande (RS), Brasil. E-mail: jessik_ineu@hotmail.com; ⁴Enfermeira. Doutora em Ciências pelo Unifra. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail: marthahts@gmail.com; ⁵Enfermeira. Doutoranda em Ambiente e Desenvolvimento na Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates). Lajeado (RS), Brasil. E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br; ⁶Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor no Institut für Pflegewissenschaft (Instituto de Ciências de Enfermagem). Osnabrück, Alemanha. E-mail: A.Buescher@hs-osnabrueck.de

INTRODUÇÃO

Existe uma tendência de promover políticas sanitárias que abordem os determinantes sociais de saúde (DSS) porque eles interferem no bem-estar, independência funcional, qualidade de vida.¹ Define-se como as características sociais dentro das quais a vida transcorre², ou como as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham.³

Em 2005 ocorreu a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e, em 2006, no Brasil, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o objetivo de reconhecer a saúde como bem público, reforçar a processo de Reforma Sanitária brasileira e propiciar atividades de discussão sobre a situação social, pelo desenvolvimento de estratégias para alcançar o fim das iniquidades sociais e da pobreza.^{3,4}

No Brasil, essa definição foi ampliada, onde os DSS são, portanto, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.⁵ Ao considerá-los, sob esse enfoque, reforça-se a importância das redes sociais e comunitárias, caracterizadas por parentes, vizinhos, grupos religiosos, associação de moradores, que estabelecem as relações de solidariedade e confiança que constituem o capital social.⁶

O viver saudável emerge como fenômeno social, que gera desigualdade nas exposições e vulnerabilidades, entendido como um processo circular interativo e associativo, dinamizado por meio de vivências de ordens e desordens em busca de uma vivência contínua individual, familiar e social.^{7,8} Isso transcende a linearidade do fenômeno saúde-doença, tradicionalmente concebido pela concepção causa-efeito, por desconsiderar as dimensões sociais, emocionais, econômicas e espirituais do ser humano.⁸⁻¹⁰ Requer-se, para tanto, respostas contextualizadas dos diferentes modos que envolvem o viver saudável como processo multifatorial.

Percebe-se a necessidade de conhecer e compreender o viver saudável nas comunidades vulneráveis devido à fragilidade socioeconômica, cultural e ambiental que as pessoas enfrentam. Comunidades vulneráveis vivenciam influências ambientais, econômicas, políticas e culturais, as quais enfraquecem as relações, as interações e as associações individuais, familiares e sociais^{11,12}, tornando-se necessária a discussão dos determinantes sociais de saúde. As

comunidades vulneráveis, no contexto brasileiro, constituem a maioria participante da Estratégia Saúde da Família (ESF), que é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.¹³

Ao considerar a importância da atuação do enfermeiro nesse contexto de discussões, que envolvem uma nova concepção epistemológica sobre a dinâmica do viver saudável, questiona-se: quais DSS influenciam o processo de viver saudável?

OBJETIVO

- Conhecer os determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável.

METÓDO

O processo de investigação qualitativo esteve baseado na teoria fundamentada nos dados, que têm como propósito identificar, desenvolver e relacionar conceitos com base nos dados coletados, analisados e comparados de forma sistemática e concomitante. A elaboração de um quadro teórico denota um conjunto de categorias, construídas a partir de temas emergentes e conceitos que indicam relações, capazes de formar um marco teórico explicativo de um fenômeno social.^{14,15}

Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista individual, entre março e junho de 2011. No total, a amostra teórica foi constituída por 38 entrevistas, quais sejam: usuários (n = 24), profissionais da uma equipe da ESF (n = 12) e lideranças comunitárias (n = 2), todos integrantes de uma comunidade, com aproximadamente, 26 mil habitantes, a qual apresenta-se vulnerável, tanto do ponto de vista social e econômico como político, ambiental e de saúde.

Em conformidade com o processo de amostragem teórica, o primeiro grupo de participantes, escolhido pelos pesquisadores, foi composto por 24 usuários cadastrados na equipe da ESF, selecionados por meio de sorteio de prontuários, localizados na unidade básica de saúde local. As entrevistas foram conduzidas a partir dos seguintes questionamentos: O que significa viver saudável para você? e Quais são os fatores que influenciam sua dinâmica de viver saudável? As entrevistas foram gravadas e transcritas e, na sequência, os dados foram organizados e analisados com o propósito de identificar os

Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI et al.

dados empíricos definidos como códigos, com base na técnica de análise comparativa.

A análise dos dados coletados no primeiro grupo amostral permitiu a formação de propriedades iniciais e hipóteses que orientaram a formação do segundo grupo, composto por 12 profissionais da uma equipe ESF, os quais possuíam vinculação com os usuários sorteados no primeiro grupo. Dentre os entrevistados do segundo grupo, encontram-se: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os questionamentos realizados nas entrevistas foram: O que você entende por viver saudável? e Quais são os fatores que determinam o viver saudável dos usuários sob a sua área de abrangência?

Os dados do segundo grupo serviram para aprofundar a estrutura do modelo teórico, reforçando as categorias criadas com a análise dos dados do primeiro grupo, bem como dos dados secundários, e possibilitaram informações suplementares que sinalizaram para as especificidades das influências dos determinantes sociais de saúde no processo de viver saudável.

Optou-se, na sequência, pela formação de um terceiro grupo de participantes, composto por 2 lideranças comunitárias, as quais foram selecionadas pelo reconhecido engajamento comunitário local. Elas foram entrevistadas a partir dos seguintes questionamentos: O que significa viver saudável para você? e Quais são os fatores que influenciam o viver saudável na sua comunidade? Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas pelos pesquisadores.

A coleta e a análise de dados foi realizada de forma sistemática e comparativa. A cada entrevista, os dados foram transcritos e houve revisão minuciosa do texto. Na sequência, deu-se início à identificação das unidades conceituais. Os dados foram codificados linha por linha, comparados entre si e designados em categorias. Na etapa seguinte, os pesquisadores escolheram uma categoria da codificação aberta - primeira etapa da codificação - e colocaram-na como tema central, comparando-a com as demais categorias. Na fase seguinte, também chamada codificação axial, os dados foram agrupados em novas formas, buscando expandir e compactar a categoria central com base nas conexões teóricas.¹⁵ Para manter o anonimato dos sujeitos, os usuários serão identificados com a letra “U”, os profissionais da saúde com “P” e as lideranças comunitárias com “L”, sendo numerados conforme a ordem das entrevistas realizadas.

Todos os participantes, após ter sido informados sobre o método e os objetivos da

Determinantes sociais de saúde que influenciam...

pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme a resolução publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil¹⁶, e seu acesso livre aos dados coletados foi garantido. Os participantes também foram informados de que seus nomes não seriam divulgados e que poderiam se retirar do estudo a qualquer momento, sem restrições. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (Unifra), sob o Protocolo n. 333/2008.

RESULTADOS

Os dados analisados de forma sistemática e comparativa resultaram em quatro categorias, quais sejam: Vulnerabilidade socioeconômica, cultural e ambiental; Necessidades humanas básicas insatisfatórias; Interveniências facilitadoras e dificultadoras do viver saudável; e Estratégias interativas e associativas que potencializam o viver saudável.

Para os entrevistados, o viver saudável representa um processo em construção, que torna possível a emancipação dos sujeitos de uma comunidade vulnerável. Percebem a necessidade de uma consciência individual e comunitária, capaz de possibilitar a percepção de viver saudável como singular, interativo, associativo, circular, complexo, político e social, conjugado pelo envolvimento ativo e participativo dos usuários. Trouxeram à discussão a necessidade do envolvimento efetivo dos usuários na dinâmica do viver saudável, no sentido de possibilitar a emancipação social a partir do protagonismo dos próprios sujeitos como autores da sua própria história.

♦ Vulnerabilidade socioeconômica, cultural e ambiental

Percebe-se a vulnerabilidade socioeconômica por meio das condições de emprego e trabalho na comunidade, onde a maioria não possui emprego fixo ou carteira de trabalho assinada, tendo seus direitos trabalhistas não atendidos devido à informalidade do emprego ou ao trabalho autônomo. Pode-se perceber pelas falas um sentimento de exclusão social entre o centro e a periferia, onde a condição socioeconômica afeta diretamente o viver saudável desses indivíduos.

Em relação à vulnerabilidade cultural e ambiental, os entrevistados mencionam a falta de lazer e incentivo à cultura comunitária, considerando que há espaços disponíveis para isso, porém, não explorados pelos gestores locais. Percebe-se que a

Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI et al.

Determinantes sociais de saúde que influenciam...

cultura se reduz a ações pontuais e não como um processo que envolve os diferentes modos de ser dos indivíduos, famílias e comunidades. O ambiente ainda é percebido pelas pessoas de modo linear, como o quintal de suas casas, mas não como o todo que os cerca, e isso gera influências sobre eles e a comunidade que estão inseridos.

◆ **Necessidades humanas básicas insatisfatórias**

A fragilidade do viver saudável, de acordo com os entrevistados, está associada às necessidades humanas básicas insatisfatórias. Tal percepção está associada às condições de trabalho, segurança, alimentação, moradia, relações interpessoais, expectativa de vida, oportunidade de estudo, condições financeiras, acesso aos serviços de saúde, dentre outros: *“Olha, eu acho que viver saudável pra nós aqui é o nosso saneamento básico”* (U10).

Em relação à acessibilidade da saúde, os usuários estão focados na necessidade de atendimento médico e distribuição de medicamentos na unidade básica de saúde, para ter qualidade e resolutividade. Nessa relação, o viver saudável está associado a uma concepção biomédica e assistencialista do cuidar em saúde, como denota a seguinte fala: *“Entendo que viver saudável é ter um acompanhamento médico e não precisar ir de um lugar para o outro para resolver os problemas de saúde”* (U7).

Os profissionais da saúde e as lideranças comunitárias já têm, em sua grande maioria, um olhar ampliado. Refletem a necessidade de percepções contextualizadas na realidade e no conceito ampliado de saúde, bem como a compreensão da singularidade com que cada indivíduo e família se expressa. *“Não adianta a gente vir aqui dar remédio, orientar a pessoa na sua casa. É preciso contextualizar essa realidade e perceber que o viver saudável vai muito além”* (P7).

◆ **Interveniências facilitadoras e dificultadoras do viver saudável**

Percebeu-se que existem fatores que influenciam positivamente e negativamente o viver saudável dos usuários e famílias da comunidade em questão. Aparecem como interveniências facilitadoras do processo de viver saudável a interação e intermediação dos acadêmicos dos cursos da saúde, os quais possibilitam novas indagações e percepções sobre o processo saúde-doença. A atuação do agente comunitário de saúde (ACS) aparece como referência para as famílias, proporcionando mediação entre a equipe ESF e a comunidade.

Os grupos de convivência e socialização realizados na comunidade, por exemplo, o grupo de mulheres, com discussão de temáticas do cotidiano, fortalecem as interações e associações familiares e comunitárias, contribuindo para o não isolamento social: *“Antes eu estava sempre com depressão. Depois que comecei participar do grupo, passei a conversar mais, aí eu melhorei muito... vi que era ruim ficar trancada em casa. Hoje sou outra pessoa. Tenho mais ânimo para viver e trabalhar”* (U1).

As interveniências negativas do viver saudável estão associadas à fragilidade das interações familiares e comunitárias, refletidas pela pouca participação popular, acomodação, alienação, depressão, altos índices de gravidez na adolescência, tráfico de drogas e prostituição. Ainda, nesse aspecto, os entrevistados mencionam o discurso pronto dos profissionais da saúde, em alguns casos, reproduzidor de um modelo tradicional hegemônico, como dificultador do viver saudável, por meio de conversas sem sentido para os usuários. A influência da política partidária é um fator que fragiliza as relações comunitárias, bem como inviabiliza a conquista de novos espaços significativos para a partilha de experiências e problematização com foco, também, em articulações sociopolíticas.

◆ **Estratégias interativas e associativas que potencializam o viver saudável**

Como estratégias que potencializam o viver saudável, os entrevistados mencionam a mobilidade acadêmica como estímulo da autonomia do usuário, fortalecimento da percepção do todo e necessidade solidariedade comunitária. Um dos líderes da comunidade em questão ainda faz referência à participação e ao engajamento comunitário, para o fortalecimento das políticas públicas e controle social, reforçando a necessidade de envolvimento dos usuários nas questões políticas e de lutas sociais, por meio do controle social.

O ACS tem papel fundamental nas estratégias interativas e associativas, devido ao seu conhecimento das lutas das necessidades da comunidade estudada e por ser morador desse local. Porém, os resultados evidenciaram a necessidade de maior preparação e qualificação profissional dos ACS, para que possam transcender a realidade vulnerável e ter efetividade no seu papel articulador e mediador entre os serviços de saúde e a comunidade, por meio da emancipação do usuário. Revela-se, ainda, a

necessidade de uma formação acadêmica e de uma educação continuada voltada para a ESF, onde o profissional desde a graduação sinta-se integrante das realidades da comunidade e possa agir com ações sistêmicas para potencializar o processo de viver saudável dos usuários.

O processo de análise dos dados culminou com a elaboração de um modelo de referência teórica, o qual demonstra a interatividade e circularidade dos fatores que determinam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável, como ilustra a Figura 1.

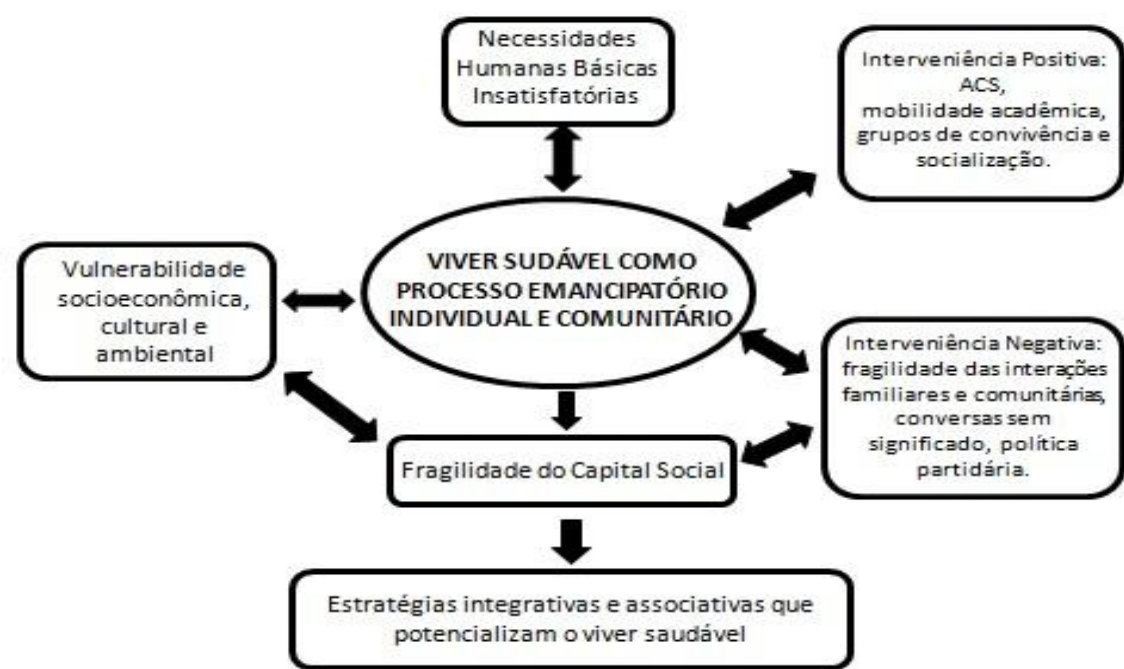


Figura 1. Modelo de referência teórica sobre o viver saudável em uma comunidade vulnerável.

DISCUSSÃO

O viver saudável emerge como um processo singular, complexo, dinâmico e circular, que interage com as dimensões individuais, familiares e comunitárias, associado a fatores internos e externos, tais como: o bem-estar, o acesso aos serviços públicos de saúde, o lazer, a educação, a política partidária, o saneamento básico, entre outros. Logo, o viver saudável é singular para cada usuário e é influenciado pelos DSS diretamente e indiretamente, dependendo da significância do DSS para o indivíduo. É um processo complexo, porque envolve tanto determinantes relacionais e interativos quanto determinantes associativos. Enquanto que, para alguns, viver saudável significa estar em perfeito estado de saúde, para outros significa estar sem doença, e para outros, ainda, significa manter o equilíbrio harmônico entre as contradições da vida.^{10,17}

Em consonância com a ideia de viver saudável exposta acima, o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead apresenta os DSS em suas várias dimensões, desde a concepção individual, perpassando pelo estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de

vida e trabalho até os macrodeterminantes, que englobam condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.¹⁸ Os DSS estão relacionados com o viver saudável, porém, o viver saudável vem a denotar um caráter de maior de subjetividade, onde se permite uma dialógica com os DSS e cada um possui um valor dependendo do indivíduo.

As vulnerabilidades ocasionadas pelos macrodeterminantes sociais de saúde são evidentes, sendo que a posição que as famílias e comunidades ocupam dentro das hierarquias de poder, trabalho, emprego, acesso aos serviços de saúde e níveis de renda irá configurar as diferentes oportunidades de viver saudável dos indivíduos.^{1,19} Esse avanço de percepção é marcado no estudo das iniquidades de saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre comunidades que são sistemáticas e relevantes, sendo, ainda, evitáveis, injustas e desnecessárias, envolvendo pobreza e saúde, estratificação socioeconômica e mecanismos de produção de iniquidades, afetando o processo de viver saudável dos indivíduos; essas desigualdades devem ser reduzidas.²⁰⁻²²

A análise das relações entre o viver saudável dos indivíduos, das desigualdades nas

Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI et al.

condições de vida e o grau de desenvolvimento dos vínculos e associações nas comunidades revela-se necessária. O empobrecimento e enfraquecimento da capital social geram laços frágeis de coesão comunitária, ocasionados pelas iniquidades sociais devido ao pouco investimento no capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para o viver saudável.^{6,22,23} Precisa-se de maior igualdade e alta coesão social para que se possa possuir um capital social fortalecido e engajado nas ações comunitárias e globais.

O empobrecimento do capital social remete a uma visão reducionista do viver saudável, sendo este associado à satisfação das necessidades humanas básicas. Quando não se possui o básico necessário para uma vida digna, ter um olhar ampliado em relação ao conceito de viver saudável e dos próprios DSS revela-se uma dificuldade emergente, pois o indivíduo precisa de uma compreensão de si, da comunidade e do todo que o cerca para que possa ultrapassar as barreiras de sua realidade.^{24,25}

O acesso aos serviços de saúde, portanto, é componente do dos DSS e aparece como necessidade humana básica dos indivíduos. O sistema de saúde é um poderoso determinante intermediário na cadeia da produção social em saúde, especialmente pelo acesso universal, que permite tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidades, evitando que os indivíduos, especialmente em situação de vulnerabilidade, sejam forçados à pobreza pelos altos custos dos cuidados em saúde.^{1,26}

Dentro do contexto dos serviços de saúde, o ACS é considerado o profissional mais próximo das famílias e comunidade, onde deve executar encaminhamentos até a ESF, efetua a prevenção e a promoção da saúde, orienta tratamentos e reabilitações dos usuários, realiza mobilizações na comunidade em busca de ambientes e condições favoráveis à vida.¹³ No entanto, percebe-se que suas ações práticas, muitas vezes, são baseadas em ações pontuais, como a entrega de medicações e a marcação de consultas.^{13,27} Revelam-se necessárias estratégias capazes de tornar o ACS um profissional proativo, capaz de perceber o contexto das problemáticas em que está inserido.

O enfermeiro, como os demais profissionais das áreas afins, necessita, gradativamente, ampliar o pensar/fazer/conviver no SUS, que requerem uma atuação profissional proativa e participativa para a emancipação dos usuários.^{13,28}

Determinantes sociais de saúde que influenciam...

Assim, o conhecimento dos DSS que influenciam o viver saudável de uma comunidade vulnerável abrem acesso para a escolha de intervenções políticas e sociais necessárias para a redução das iniquidades em saúde.^{1,24}

CONCLUSÃO

Os determinantes sociais que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável estão relacionados às vulnerabilidades socioeconômicas, culturais e ambientais, necessidades humanas básicas insatisfatórias, interveniências facilitadoras e dificultadoras, as quais requerem estratégias interativas e associativas que potencializem o viver saudável.

Os resultados do estudo evidenciam, em síntese, uma concepção reducionista e linear por parte de alguns profissionais em relação ao processo de viver saudável. Enquanto os usuários dos serviços de saúde fazem referência às suas necessidades básicas, como alimentação, moradia, emprego, acesso aos serviços de saúde, entre outros, os profissionais e lideranças sinalizam, mesmo de forma insipiente, o viver saudável como um processo relacional e associativo, que envolve um movimento circular entre indivíduo, família e comunidade.

O viver saudável como processo emancipatório individual e comunitário requer estratégias interativas e associativas capazes de fortalecer a solidariedade comunitária e potencializar o capital social. Assim, a saúde será o reflexo de atitudes proativas que consideram os macrodeterminantes sociais e estimulam o indivíduo como ator social e protagonista da sua própria história.

FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2012 [cited 2012 June 4];17:123-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1>.
2. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editors. Health and social organization. London: Routledge; 1996. p. 71-93.

Dalcin CB, Backes DS, Dotto JI et al.

Determinantes sociais de saúde que influenciam...

3. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2007.
4. 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986, Mar 17-21. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986.
5. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Carta aberta aos candidatos à Presidência da República [document on the internet]. 2006 [cited 2012 Sep 12]. Available from: www.determinantes.fiocruz.br.
6. Ocampo JA. Capital social y agenda del desarrollo. In: Atria R, Siles M, Arriagada I, organizers. Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Ann Arbor, MI: United Nations Publications; 2003. p. 25-32.
7. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde. Validação de conceito de viver saudável à luz da complexidade. Santa Maria (RS): GEPESES; 2011.
8. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no Sul do Brasil. Acta Paul Enferm [serial on the internet]. 2012 [cited 2013 Mar 28];25(2):190-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/en_a06v25n2.pdf.
9. Scherer M, Andrade S, Mello AL, Bonetti A. Healthy living and non-healthy living: the meaning for mature and active women. Cad Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2007 [cited 2013 Apr 15];15(1):273-9. Available from: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2007_1/artigos/IESC_2007-01_Artigo_8.pdf.
10. Backes DS, Backes MS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, Meirelles BS, et al. Significado de viver saudável para jovens que integram um projeto de inclusão social. Rev Eletrônica Enferm. [serial on the internet]. 2009 [cited 2013 Jan 10];11(4):877-83. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a13.pdf.
11. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2006 [cited 2012 Sep 12];11(4):941-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400016.
12. Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e

- Saúde. Validação de conceito de viver saudável à luz da complexidade. Santa Maria (RS): GEPESES; 2012.
13. Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos [document on the internet]. [date unknown, cited 2016 Jan 21]. Available from: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf.
14. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
15. Büscher A. Negotiating helpful action: a substantive theory on the relationship between formal and informal care. Tampere: University of Tampere; 2007.
16. Brasil. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
17. Erdmann AL, Backes MTS, Backes DS, Koerich MS, Baggio MA, Carvalho JN, et al. Gerenciando uma experiência investigativa na promoção do “viver saudável” em um projeto de inclusão social. Texto & Contexto Enferm [serial on the internet]. 2009 [cited 2013 Feb 25];18(2):369-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/22.pdf>.
18. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
19. World Health Organization. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Geneva: WHO; 2005.
20. Adler N. Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health, October 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland [document on the internet]. 2006 [cited 2012 Sep 12]. Available from: <http://obssr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>.
21. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Geneva: WHO; 2000.
22. Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Dachs JNW. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). Am J Public Health [serial on the internet]. 2003 [cited 2016 Jan 21];93(12). Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/>.

23. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* (Rio J) [serial on the internet]. 2007 [cited 2013 June 3];17(1):77-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06>.

23. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2002 [cited 2012 Apr 10];7(4):925-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14615.pdf>.

24. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health* [serial on the internet]. 2010 [cited 2012 Dec 14];64:284-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921286/>.

25. Gomes Júnior NN. Segurança alimentar e nutricional como princípio orientador de políticas públicas no marco das necessidades humanas básicas. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2007.

26. Ximenes-Neto F, Silva K. Knowledge and practice of communitarian health agents on health promotion. *J Nurs UFPE on line* [serial on the internet]. 2011 [cited 2013 Aug 29];5(5):1151-160. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1529>.

27. Bornstein VJ, Stotz EN. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc Saúde Coletiva* [serial on the internet]. 2008 [cited 2012 Mar 25];13(1):259-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100029&lng=en.

28. Backes MTS, Backes DS, Erdmann AL, Büscher A. O cuidado de enfermagem como prática empreendedora: oportunidades e possibilidades. *Acta Paul Enferm* [serial on the internet]. 2010 [cited 2013 June 12];23(3):341-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a05.pdf>.

Submissão: 11/08/2015

Aceito: 06/01/2016

Publicado: 01/06/2016

Corresponding Address

Camila Biazus Dalcin
Rua Marechal Floriano Peixoto, 1109, Ap. 85
Bairro Centro
CEP 97015-371 – Santa Maria (RS), Brasil