

**INSTITUTO LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE PÚBLICA**

**IFRANIA FARIA MOURÃO
MARIA LUIZA LEMOS DE MATOS**

**A VISÃO SOBRE OS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
ENTRE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

São Luís
2012

**IFRANIA FARIA MOURÃO
MARIA LUIZA LEMOS DE MATOS**

**A VISÃO SOBRE OS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
ENTRE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da LABORO – Excelência em Pós Graduação – Universidade Estácio de Sá, como requisito para a conclusão do curso.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2012

**IFRANIA FARIA MOURÃO
MARIA LUIZA LEMOS DE MATOS**

**A VISÃO SOBRE OS DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
ENTRE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, da LABORO – Excelência em Pós Graduação – Universidade Estácio de Sá, como requisito para a conclusão do curso.

Aprovado em: _____

Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Examinador

Examinador

A todos os profissionais de saúde que se dedicam àqueles que precisam de cuidados.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela saúde, força e coragem que nos fora concedidos para continuar o processo de aprendizagem.

Aos nossos pais pelo eterno incentivo aos estudos. À nossa família pelo apoio nas horas dedicadas ao estudo e pela compreensão por nossa ausência nas reuniões familiares.

À Professora Dra. Monica Gama e à Professora Rosemary Ribeiro pelas suas orientações.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública que contribuíram, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos funcionários da LABORO pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo” (Albert Einstein).

RESUMO

Durante a história da humanidade, vários modelos explicativos tentaram definir o conceito de saúde, doença e cuidado. Em 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta uma concepção de saúde relacionada com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. E em 1990 a Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080 chega então ao conceito que define saúde como resultado de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A educação das pessoas para entendimento do processo saúde-doença permite uma maior participação social no controle deste processo e possibilita aos sujeitos maior controle sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la. Mas para intervir como agentes na promoção em saúde o indivíduo precisa entender que é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, entender que sinônimo de saúde não é apenas ausência de doença e que é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude. Ou seja, o indivíduo precisa entender que suas condições de vida precisam melhorar em todos os aspectos para que a sua saúde possa ser garantida na integralidade, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

Palavras-Chave: Saúde. Doença. Determinantes de Saúde.

ABSTRACT

During the human history many explaining models had tried to define the concept of health, disease and care. In 1948, World Health Organization (WHO) shows a conception of health related with wellness and the quality of life not only without disease. In 1990 the Health Organic Law (HOL) n. 8.080 comes to a concept that defines health as a result of a set of historic, social, economic, cultural and biological determining factors. The education of people in order to understand the health-illness process allows a bigger social participation in the control of this process and turns possible to everybody a large control of their own health and the possibility to improve it. However, to interfere as agents in the promotion of health the individual needs to understand that is necessary more than the access to a qualified assistencial-medical services and understand that the synonym of health is not only the absence of disease and that is necessary to face the determining factors of health throughout their range. In other words the individual needs to understand that his conditions of life need to improve in all aspects in order to his health be completely guaranteed, what requires healthy public politics, an effective intersectorial articulation of the public health policy and the mobilization of the population.

Key Words: Health. Disease. Health determining factors.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Fatores que influenciam na situação de saúde.....	29
---	-----------

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Faixa Etária.....	20
GRÁFICO 2	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Escolaridade.....	21
GRÁFICO 3	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Significado de Saúde.....	22
GRÁFICO 4	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Influência da Condição Social, Econômica e Cultural na Situação de Saúde.....	23
GRÁFICO 5	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Possibilidade de Controle e Intervenção na própria Saúde.....	30
GRÁFICO 6	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Participação em Campanhas, Treinamentos ou Programas de Educação em Saúde.....	31
GRÁFICO 7	Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Melhoria da Saúde Pessoal após participação em Campanhas, Treinamentos ou Programas de Educação em Saúde.....	31
GRÁFICO 8	Distribuição percentual dos 70 entrevistados que se consideram Capacitados para melhorar a Qualidade de Vida e Saúde.....	32

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial de Saúde
LOS	Lei Orgânica de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	METODOLOGIA	18
3.1	Tipo de Pesquisa	18
3.2	Local de Estudo	18
3.3	População	19
3.4	Período de Coleta	19
3.5	Análise de Dados	19
3.6	Considerações Éticas	19
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	20
5	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	37

1 INTRODUÇÃO

A doença sempre esteve presente na história da humanidade, e a maneira como era interpretada (seja como justificativa política, associada a aspectos religiosos ou como produto da desarmonia entre as forças vitais) determinava se havia necessidade de intervenção e qual seria tal intervenção. Desde muito cedo a humanidade tem se empenhado em enfrentar essa ameaça, baseada em diferentes conceitos do que vem a ser a doença e a saúde (SCLIAR, 2007).

Vários modelos explicativos tentaram definir o conceito de saúde, doença e cuidado. Na antiguidade, o modelo mágico-religioso ou xamanístico definiu as causas das doenças como oriundas de espíritos sobrenaturais, e a relação do homem com os deuses e os espíritos bons e maus. O modelo holístico compreendia a saúde como equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo, a doença seria o desequilíbrio desses elementos e o cuidado a busca por esse equilíbrio. O modelo empírico racional ou hipocrático buscou encontrar explicações não sobrenaturais para a saúde e a doença. Este modelo defendia o equilíbrio entre os elementos água, terra, fogo e ar para relação saúde-doença (GONDIM, 2011).

No Renascimento, surge o modelo de medicina científica ocidental ou biomédica, cujos conceitos de saúde, doença e cuidado estão relacionados à teoria mecanicista, onde o homem é a máquina, o médico é mecânico, a doença é o defeito e o cuidado está focado no controle das possíveis causas de epidemias. O modelo traz uma concepção fragmentada do corpo humano (GONDIM, 2011).

Na década de 70, a concepção de saúde e doença passou a ser vista como um processo sistêmico, ou seja, ao contrário do modelo biomédico, o modelo sistêmico incorpora a ideia do todo. Já o modelo da história natural das doenças introduziu diferentes possibilidades de prevenção e promoção da saúde, ao abordar a inter-relação entre o agente causador da doença, o hospedeiro da doença, o meio ambiente e o processo de desenvolvimento de uma doença. No século XVIII, a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição e etc, passam a ser vistas como as principais causas das doenças (GONDIM, 2011).

Para os sanitaristas do século XIX, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (BUSS *apud* TERRIS, 2000).

Uma vez definido como “estado de ausência de doenças”, o conceito de saúde foi redefinido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (GONDIM, 2011). Ou seja, a concepção de saúde passa a estar relacionada com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença.

Neste conceito a saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve intervir (SCLIAR, 2007).

A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, algumas de natureza técnica, outras de natureza política, e libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

Este conceito é de fundamental importância para as políticas de saúde pública, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente (BADZIAK, 2010).

Em 1990 a Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080, vai além da definição apresentada pela OMS, explicitando os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença (GONDIM, 2011):

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (Brasil, 1990, Art.3).

Com base neste aspecto, a saúde é definida como o resultado de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos.

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE).

O conceito de determinantes sociais está ligado aos fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes (CNDSS, 2005).

A partir deste novo conceito, a má distribuição de renda, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. Passa-se a discutir então, mais do que reformas sanitárias, mas sim, reformas sociais e econômicas. Há muito tempo tem sido questionado o papel do setor saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde (BUSS, 2000).

Nesse momento reconhece-se que a política de saúde deveria ser tratada como uma política social, a partir do entendimento de ser uma política voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades. A partir de então, as políticas de saúde foram-se delineando, incorporando tanto o conhecimento científico como a responsabilidade pública do governo (FLEURY).

Apenas um Estado desenvolvido econômica, social e culturalmente poderá garantir medidas igualitárias de proteção e de recuperação da saúde para todos os indivíduos (BADZIAK, 2010).

Políticas de saúde pública efetivas constituem o meio de assegurar à população o acesso à saúde e minimizar as iniquidades sociais em saúde. Entretanto, somente adotando-se a saúde como um direito de todos, influenciada por inúmeros determinantes sociais, será possível elaborar e executar tais políticas (BADZIAK, 2010).

As políticas públicas para a saúde instituídas após a Constituição Brasileira de 1988, reafirmam que é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de adoecer e o acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988).

Estas políticas de saúde pública estão centradas em medidas voltadas para a promoção da saúde, mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, pautado pelo conceito de doença (BADZIAK, 2010).

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de 1986, o conceito de saúde passou a estar relacionado à noção de promoção da saúde. E promover a saúde significa promover a vida de boa qualidade para pessoas e comunidades,

propiciando a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (BUSS, 2000).

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida. Este conceito de promoção da saúde permite incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença como agentes na promoção da saúde, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (GONDIM, 2011).

A estratégia de promoção da saúde foi orientada para modificações dos estilos de vida, para adoção de hábitos saudáveis, capacitando a comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, e ao mesmo tempo desenvolvendo estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida (BUSS, 2000).

A educação das pessoas para entendimento do processo saúde-doença é fundamental para conhecimento das noções de prevenção e auto-cuidado, além de permitir uma maior participação social no controle do processo de saúde e doença, possibilitando aos sujeitos maior controle sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la (GONDIM, 2011).

Mas para intervir como agentes na promoção em saúde o indivíduo precisa entender que é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, entender que sinônimo de saúde não é apenas ausência de doença e que é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude. Ou seja, o indivíduo precisa entender que suas condições de vida precisam melhorar em todos os aspectos para que a sua saúde possa ser garantida na integralidade, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2000).

A promoção da saúde passa a ser uma estratégia para enfrentar os problemas de saúde, planejadas de acordo com as necessidades da população, com ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Portanto, esta monografia será concretizada por meio de uma pesquisa realizada junto aos usuários dos serviços de saúde de um hospital público do Município de São Luís sobre o entendimento do processo saúde-doença de modo a permitir uma maior participação social do indivíduo no controle deste processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os conhecimentos sobre os determinantes do processo saúde-doença e a sua relação com bem-estar e qualidade de vida entre usuários dos serviços de saúde em hospital público.

2.2 Específicos

- Identificar as características demográficas do grupo estudado;
- Verificar o conceito de saúde dos usuários;
- Verificar a associação dos determinantes sociais com o processo saúde-doença;
- Verificar a capacitação dos usuários para intervenção como agentes na promoção da saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa, quanto aos seus objetivos, é descritiva. Segundo Silva; Menezes (2000, p.21), “a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento”.

Na forma de abordagem do problema, foi utilizada a pesquisa quantitativa. Quanto aos meios, a pesquisa é bibliográfica e de campo.

A pesquisa é bibliográfica, pela utilização de teses, dissertações, artigos, livros, jornais e *sites* na *internet* para desenvolver e suportar os objetivos propostos nesse estudo.

A pesquisa é de campo pela utilização de instrumentos como a utilização de questionário.

3.2 Local de Estudo

O Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura, conhecido como Hospital Socorrão II, foi inaugurado em 01 de Outubro de 1998 para dar suporte ao atendimento do Hospital Socorrão I (SAMPAIO, 2008).

Hospital de média complexidade destinado para atendimentos de urgência e emergência em geral, o Socorrão II é referência estadual em ortopedia (SEMUS, 2010).

O Hospital Socorrão II é composto pelas seguintes clínicas: Emergência, Alas Vermelha e Amarela, UTI, Clínica Ortopédica, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Central de material Esterilizado. Com atuação multiprofissional em todas as clínicas.

A Clínica Pediátrica atende pacientes pediátricos provenientes da cidade de São Luís e do interior do Maranhão com diversas situações clínicas, porém sua referência é trauma. Não há internação, os pacientes recebem atendimento emergencial e depois são transferidos para o hospital de referência.

3.3 População

Foram coletados dados de todos os usuários que estiveram acompanhando pacientes pediátricos atendidos no setor no período de 09 a 27 de Julho de 2012.

A equipe de pesquisa se apresentou aos usuários participantes explicando a finalidade da pesquisa e a forma como seria realizada.

Por meio de um questionário composto por 11 questões (10 questões fechadas e 01 questão aberta) foram feitas entrevistas individuais e as respostas foram coletadas no questionário.

3.4 Período de Coleta

Os questionários foram aplicados no período de 09 a 27 de Julho de 2012.

3.5 Análise de Dados

Após a coleta, os dados foram tabulados e submetidos a análise estatística através do programa Microsoft Excel e representados em forma de Gráficos e Tabelas para melhor visualização e análise dos resultados.

3.6 Considerações Éticas

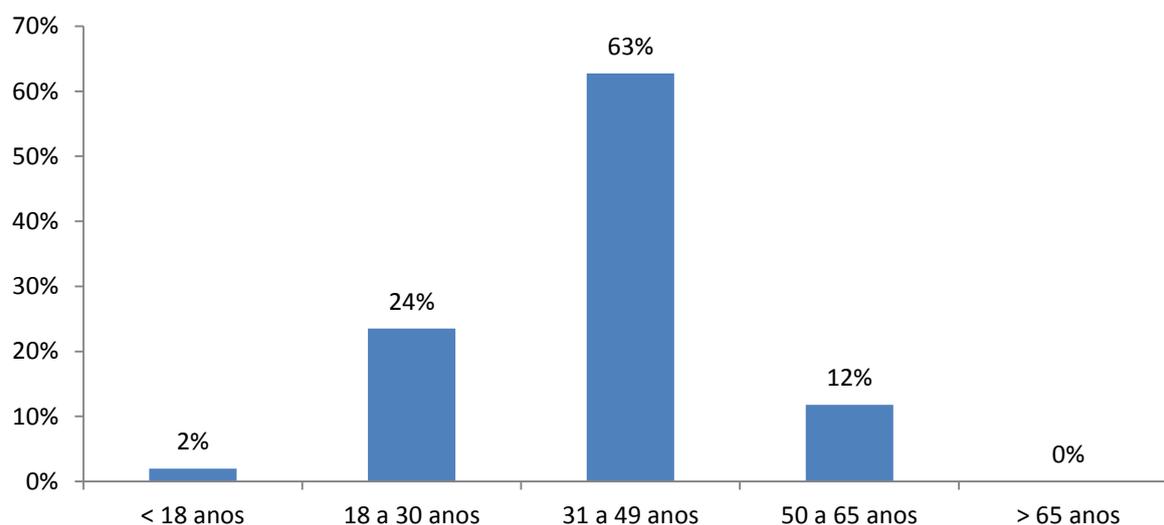
A pesquisa foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados apresentados a seguir foram coletados no período de 09 de julho de 2012 a 27 de julho de 2012, sendo entrevistados 70 usuários. Esses dados são resultado do questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa, e apontam para representações por meio de gráficos, bem como para o desenvolvimento de uma análise significativa.

Com relação à faixa etária dos entrevistados, a maioria (63%) estava entre 31 a 49 anos, como apresentado no Gráfico 01.

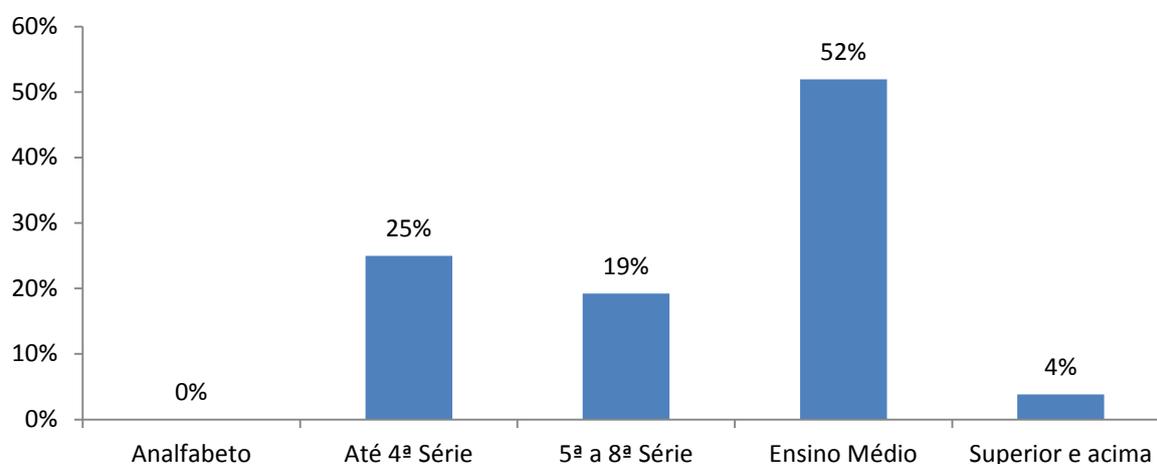
Gráfico 01: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Faixa Etária. São Luís, 2012.



O percentual de participantes do sexo feminino foi de 82% e 18% do sexo masculino. Sendo, do total de entrevistados, 37% naturais do município de São Luís e 63% naturais de outros municípios do estado do Maranhão.

Quanto ao grau de escolaridade, 52% dos participantes afirmaram possuir o Ensino Médio, conforme o Gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Escolaridade. São Luís, 2012.



A saúde não pode ser assegurada em uma sociedade na qual a população não tenha ciência de seus direitos. Não se pode querer atingir a saúde desconhecendo-a. Por isso, torna-se imprescindível compreender o que a saúde significa e representa dentro de uma sociedade, (BADZIAK, 2010).

Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

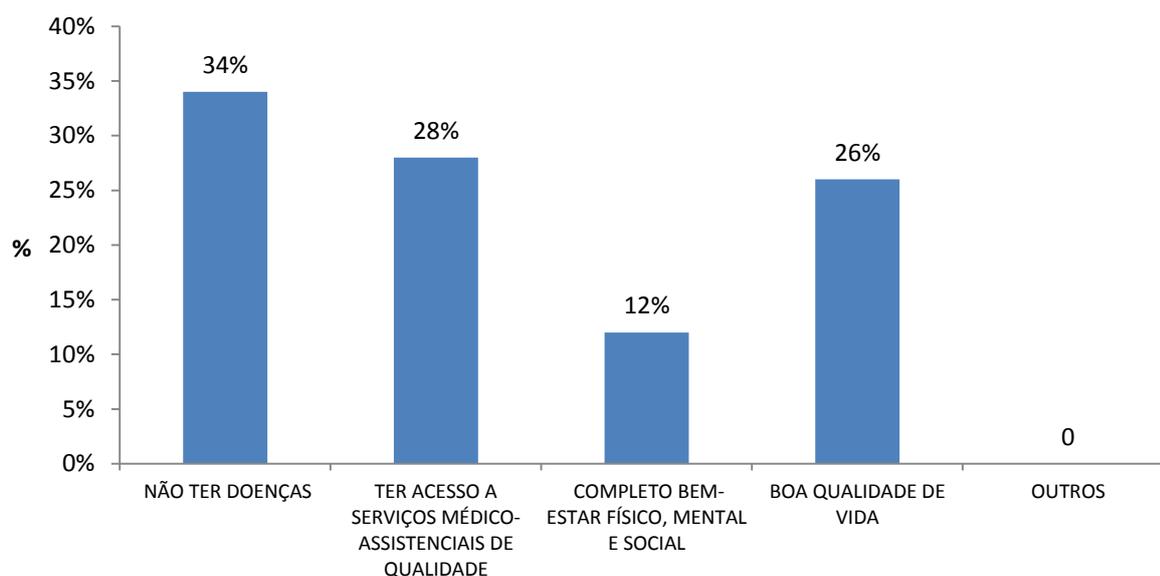
Quando questionados sobre o significado de ter saúde, 34% responderam não ter doenças e 28% responderam ter acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade. Os efeitos do nível de instrução são observados na percepção do significado de saúde, cujo entendimento para 62% dos pesquisados ainda é apenas ausência de doenças ou acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, conforme o gráfico 03.

A assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esses são apenas alguns componentes do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não

são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades (SCLIAR, 2007).

A saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e formas de lazer e descanso (BUSS *apud* SINGERIST, 2000).

Gráfico 03: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Significado de Saúde.
São Luís, 2012.



A capacidade de relacionar condição social, econômica e cultural à situação de saúde ainda é muito baixa, pois quando questionados sobre a percepção do grau de influência da condição social, econômica e cultural na saúde, 47% acreditam que influencia pouco e 12% que não influencia. Mais da metade dos entrevistados não conseguiram identificar saúde como resultado de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (Gráfico 4).

Muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde (BUSS, 2000).

A distribuição da saúde e da doença em uma sociedade está associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos aparecem diferenciais, como o diferencial de exposição a riscos que causam danos à saúde, o

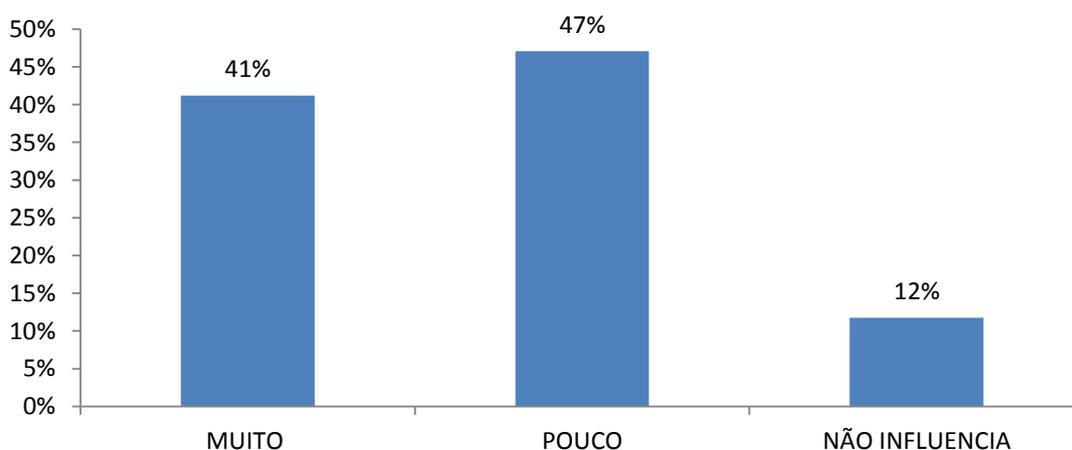
diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença frente à exposição a estes riscos e o diferencial de consequências sociais ou físicas uma vez contraída a doença (CNDSS, 2008).

A exemplo da influencia da condição social, econômica e cultural à situação de saúde são os diferentes perfis de doença decorrentes de desigualdades étnico-raciais. No Brasil, os negros apresentam os piores indicadores de mortalidade, maiores número de óbitos evitáveis e morrem mais por agressão e doenças cerebrovasculares do que os brancos (BADZIAK, 2010).

Com relação às causas de mortes infantis em menores de um ano, a proporção de mortes por diarreia na Região Nordeste é cerca de quatro vezes superior a da Região Sudeste. A taxa de mortalidade específica por homicídios encontrada no sexo masculino é cerca de doze vezes maior do que no feminino, chegando a quinze vezes na faixa etária de 20 a 29 anos, segundo dados do Ministério da Saúde em 2005 (CNDSS, 2008).

A intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é das mais importantes para combater as iniquidades em saúde, incluindo-se aqui políticas que diminuam as diferenças sociais como as relacionadas ao mercado de trabalho, à educação e à seguridade social. Incluindo melhoria da qualidade dos serviços a toda a população, apoio a deficientes, acesso a cuidados de reabilitação e mecanismos de financiamento equitativos que impeçam adicional empobrecimento causado pela doença (CNDSS, 2008).

Gráfico 04: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Influência da Condição Social, Econômica e Cultural na Situação de Saúde. São Luís, 2012.



A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 define que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008) compreendem “os determinantes vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural. [...] São produto da ação humana e, portanto, podem e devem ser transformados pela ação humana”.

Sendo assim, o estudo dos fatores sociais que interferem, positiva ou negativamente, na saúde, faz-se necessário.

Foi utilizada uma escala de 0 a 5 para que os participantes avaliassem o grau de influência dos fatores Alimentação, Moradia/Habitação, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Condições de Trabalho e Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso a Serviços de Saúde, Acesso à Informação em Saúde, e Comportamento e Estilo de Vida na sua Saúde. Sendo nota 0 para aqueles que não apresentam nenhum grau de influência, e nota 5 para os fatores que mais influenciam na saúde.

A alimentação, cujo acesso e qualidade estão claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, constitui-se num dos mais importantes determinantes sociais da saúde. Na tabela 01, o fator Alimentação obteve nota 5 de 41% dos pesquisados e 29% atribuíram nota 4. Ou seja, 70% percebem o fator Alimentação como um dos mais importantes determinantes sociais de saúde, ao atribuírem notas máximas (4 e 5).

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares, além da crescente ingestão de ingredientes químicos (CNDSS, 2008).

A má alimentação aumenta o risco de sobrepeso e obesidade, condições que contribuem de forma importante para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades. As melhorias na nutrição e no saneamento foram alguns dos fatores responsáveis pela redução da mortalidade na Inglaterra e no País de Gales, no século XIX e na primeira metade do século XX (BUSS, 2000).

Para Moradia/Habitação e Saneamento Básico 59% e 64%, respectivamente, acreditam que os fatores têm forte influência na saúde ao atribuírem nota 4 e 5.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), nos últimos dez anos, houve um aumento dramático dos números de favelados em todo o mundo. O desenvolvimento urbano tem sido visto historicamente tanto como causa quanto como solução para as desigualdades sociais na saúde.

No Brasil, em 1960, 55% da população possuía seu domicílio na zona rural. Na década seguinte, houve uma inversão, com 56% da população residindo na área urbana, proporção que cresceu explosivamente desde então para atingir 81% em 2000, gerando uma enorme demanda por infra-estrutura e serviços. Entretanto, a oferta desta infra-estrutura e serviços urbanos não acompanhou a grande demanda (CNDSS, 2008).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios registrou melhoria nos índices de cobertura dos serviços de água e esgoto no período de 1999 a 2004. Mas um levantamento sobre o tema, realizado pelo Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas e pelo Instituto Trata Brasil em 2007, aponta para o fato que 53% da população brasileira ainda não teriam acesso a um saneamento adequado (CNDSS, 2008).

O Meio Ambiente para 30% dos pesquisados, tem influência mediana (nota 3) e 37% atribuíram notas abaixo de 03.

Os estudos têm mostrado que aumentos nos níveis de poluentes do ar se associam a aumentos na mortalidade e na morbidade, tanto por problemas respiratórios como cardiovasculares. Os atendimentos de pronto-socorro e as internações hospitalares por doenças respiratórias são bons indicadores dos efeitos da poluição do ar. Crianças e idosos têm sido identificados como os dois grupos etários mais vulneráveis aos efeitos da poluição atmosférica (CNDSS, 2008).

As queimadas também contribuem de forma significativa para o agravamento das doenças respiratórias. Outra consequência do desmatamento é a malária. A derrubada da floresta e o represamento de igarapés e rios favorecem a proliferação do mosquito transmissor (*Anopheles darlingi*), que utiliza água parada e limpa para se reproduzir (CNDSS SAÚDE, 2008).

O fator Condições de Trabalho e Renda apresentou maior percentual na faixa 3 (36%) e abaixo dessa faixa (35%). Entretanto, o desemprego, o trabalho informal e a

exclusão do mercado de trabalho estão associados a uma pior condição de saúde. A estes problemas se associam as más condições de trabalho, os acidentes de trabalho, as doenças relacionadas ao trabalho e os crescentes danos ambientais.

O processo de transição de uma economia primariamente agrária e de mineração para uma economia industrial, com ênfase nas atividades de comércio e serviço, tiveram como consequência importantes problemas sociais e econômicos que se expressam por um crescimento constante do setor informal, salários baixos, maior insegurança no emprego e grandes diferenças sociais e regionais no que se refere a desemprego e trabalho infantil (CNDSS, 2008).

As condições de vida e trabalho, que também incluem outros elementos, como alimentação, saneamento básico e acesso à informação, são fortemente influenciadas pela posição social ocupada e, a vulnerabilidade aos impactos ambientais também, mostrando que as iniquidades socioeconômicas devem ser combatidas a fim de assegurar o direito à saúde a todos (BADZIAK, 2010).

O tipo e qualidade de ocupação influenciam fortemente as atitudes pessoais e os padrões de comportamento em áreas que não estão diretamente relacionadas ao trabalho, como lazer, vida em família, estilo de vida, educação e atividade política (CNDSS, 2005).

Pesquisas realizadas nas últimas duas décadas demonstram a importância do local e do conteúdo do trabalho e seus efeitos sobre as doenças coronarianas, a saúde mental e distúrbios músculo esqueléticos, mais muitos locais de trabalho ainda oferecem riscos à segurança e exposições inaceitáveis (CNDSS, 2005).

Os efeitos dos fatores internos do trabalho sobre a saúde incluem: estresse psicológico; riscos físicos e ergonômicos; exposição a químicos tóxicos; e condições de trabalho como renda, segurança no trabalho, flexibilidade nas horas de trabalho, controle das tarefas, e migração no trabalho. A baixa auto-estima devido à insegurança no trabalho e às escolhas de estilo de vida associadas com o tipo de trabalho também são consideradas. (CNDSS, 2005).

Os principais focos de melhoramento na saúde relacionados ao trabalho são a consciência do aspecto de saúde no planejamento do trabalho e da produção; a erradicação e controle de perigos conhecidos; e a melhoria do ambiente de trabalho (CNDSS, 2005).

Ao fator Educação 41% dos pesquisados avaliaram com nota 03 de influência. Com relação a influência da educação na saúde, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a menor escolaridade materna e um menor número de consultas médicas no pré-natal. Resultando em uma maior mortalidade materna e infantil, bem como tornando crianças mais vulneráveis à ocorrência de doenças frequentes (BADZIAK, 2010).

Os efeitos do nível de instrução se manifestam também na percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008).

Os fatores Acesso a Serviços de Saúde e Comportamento e Estilo de vida foram bem avaliados pelos entrevistados com nota 03 e acima de 03.

O acesso equitativo aos serviços de saúde é de grande importância para diminuir as desigualdades na oferta de recursos e serviços, na utilização e qualidade dos serviços de saúde. As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde estão relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde (CNDSS, 2008).

Apesar dos avanços na produção de serviços e dos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS, ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde (CNDSS, 2008).

As tentativas sem êxito de acesso aos serviços de saúde são maiores entre os usuários do SUS, embora indivíduos com cobertura por planos de saúde também, em algum momento, não tenham conseguido ser atendidos, mostrando que a posse de planos de saúde não é suficiente para garantir o acesso. Isso demonstra que os problemas de acesso não estão apenas relacionados às características socioeconômicas dos indivíduos, mas também a problemas de oferta e organização dos serviços de saúde (CNDSS, 2008).

O fator Comportamento e Estilo de vida, apesar de fortemente influenciado por fatores econômicos, culturais e outros, são determinantes sociais mais próximos e passíveis de controle e modificação por parte dos indivíduos.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer os fatores relacionados a comportamentos e estilos de vida como tabagismo, baixo consumo de frutas, de legumes

e de verduras e consumo de álcool são os principais fatores de risco para morte por câncer em países de baixa e média renda (CNDSS, 2008).

São também bem evidentes os efeitos deste determinante sobre o processo saúde-doença, quando tomado como exemplo o diabetes mellitus tipo 2, doença que constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo pelos seus elevados níveis de morbimortalidade e complicações agudas e crônicas. A dieta e o exercício físico, por exemplo, constituem fatores importantes para prevenção do diabetes (BADZIAK, 2010).

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A atividade física interage positivamente com as estratégias para adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social (CNDSS, 2008).

Os fatores Transporte, Lazer e Acesso a Informação em Saúde receberam baixa pontuação. Os entrevistados avaliaram que estes fatores pouco influenciam na sua saúde.

Entretanto, o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de ação, permitindo a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida. E a falta de acesso de grandes setores da população ao conhecimento e à informação diminui significativamente sua capacidade de decidir e atuar em favor de sua saúde e da coletividade (CNDSS, 2008).

Apesar das diferentes avaliações atribuídas a cada um dos determinantes sociais, o indivíduo precisa entender que suas condições de vida precisam melhorar em todos os aspectos para que a sua saúde possa ser garantida na integralidade.

A saúde é um direito interligado a vários outros: educação, lazer e segurança e outros. Caso outras políticas públicas não estiverem em conjunto com as políticas públicas de saúde, a saúde não será um objetivo conquistado (BADZIAK, 2010).

Tabela 01: Fatores que influenciam na situação de saúde. São Luís, 2012.

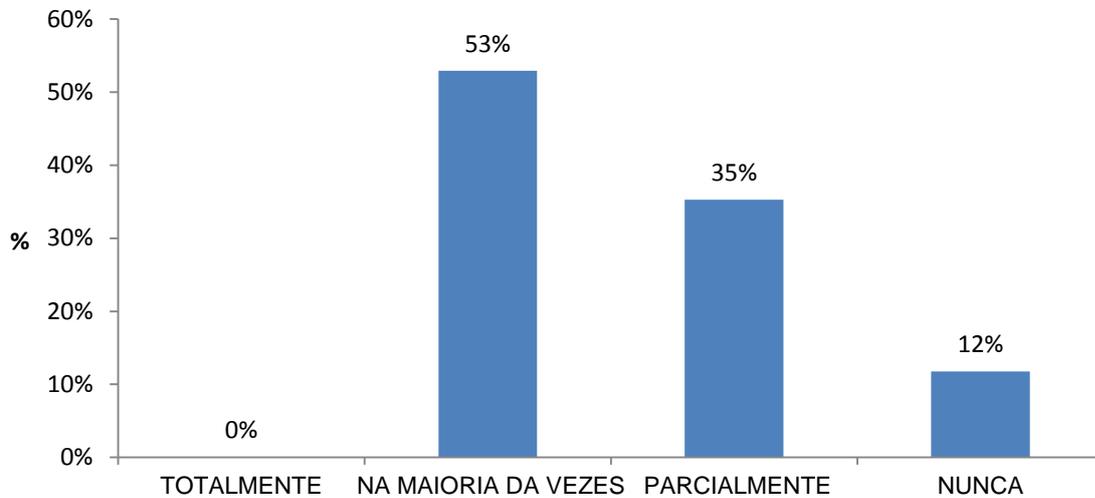
FATORES QUE INFLUENCIAM NA SITUAÇÃO DE SAÚDE	ESCALA DE 0 A 5 (%)					
	0	1	2	3	4	5
ALIMENTAÇÃO	-	-	18%	12%	29%	41%
MORADIA/HABITAÇÃO	-	8%	14%	19%	24%	35%
SANEAMENTO BASICO	-	4%	12%	20%	23%	41%
MEIO AMBIENTE	-	13%	24%	30%	16%	17%
CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDA	-	16%	19%	36%	12%	18%
EDUCAÇÃO	-	5%	8%	41%	17%	29%
TRANSPORTE	5%	24%	35%	6%	12%	18%
LAZER	15%	18%	28%	15%	13%	11%
ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE	4%	6%	10%	21%	24%	35%
ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE	7%	18%	30%	22%	11%	12%
SEU COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA	3%	7%	11%	19%	23%	37%

Quando questionados sobre a possibilidade de controlar ou intervir na sua própria saúde 53% responderam que na maioria das vezes podem controlar ou intervir na própria saúde (Gráfico 05). É importante o indivíduo entender que uma das estratégias da promoção da saúde é permitir à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, incluindo indivíduos e grupos no processo saúde-doença como agentes na promoção da saúde.

Os indivíduos podem escolher como interagir com o meio que os circunda, o que irá repercutir em seu estado de saúde. Entretanto, embora os comportamentos sejam muitas vezes entendidos como uma responsabilidade individual, eles são fortemente influenciados por determinantes sociais. Por isso, devem ser alvos de intervenção, por meio de medidas públicas que visem mudanças de hábitos de vida (BADZIAK, 2010).

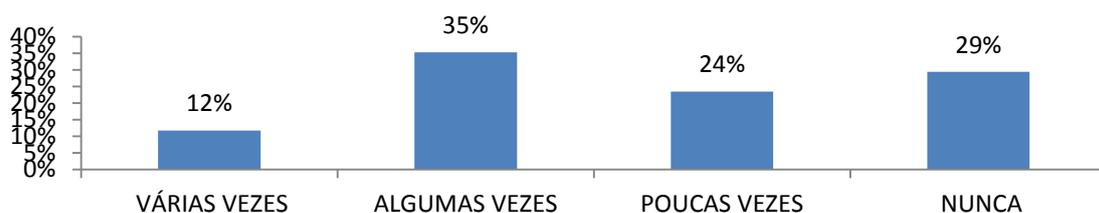
Um modelo de determinantes sociais de saúde baseado em equidades parece estar apoiado sobre uma relação complexa entre as ideias de liberdade e responsabilidade. Ele declara serem aceitáveis as diferenças na saúde que surgem em virtude de escolhas individuais feitas livremente; e por outro lado, uma análise de determinantes estruturais sugere que certas formas de "livre escolha" (por exemplo, a "escolha" de trabalhadores com baixa renda de fumarem mais que os grupos sócio-econômicos mais altos) são, na realidade, moldadas por forças sociais que estão muito além do controle do indivíduo (CNDSS, 2005).

Gráfico 05: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Possibilidade de Controle e Intervenção na própria Saúde. São Luís, 2012.



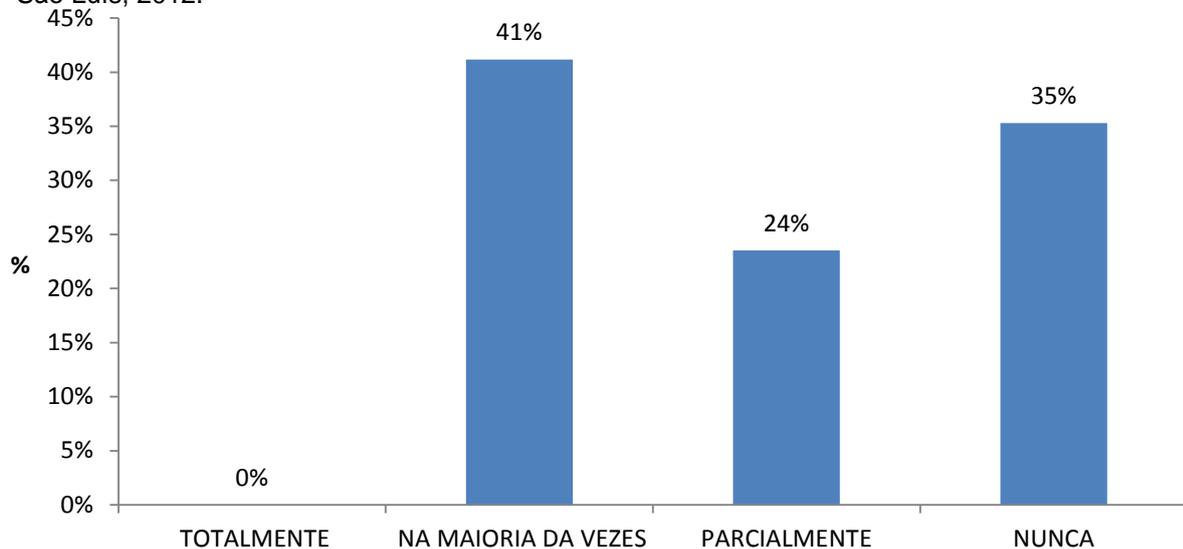
A educação das pessoas para entendimento do processo saúde-doença é fundamental. O conhecimento das noções de prevenção e auto-cuidado permite uma maior participação no controle do processo de saúde e doença. Entretanto, apenas 12% responderam participar várias vezes de campanhas, treinamentos ou programas de educação em saúde (Gráfico 06).

Gráfico 06: : Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Participação em Campanhas, Treinamentos ou Programas de Educação em Saúde. São Luís, 2012.



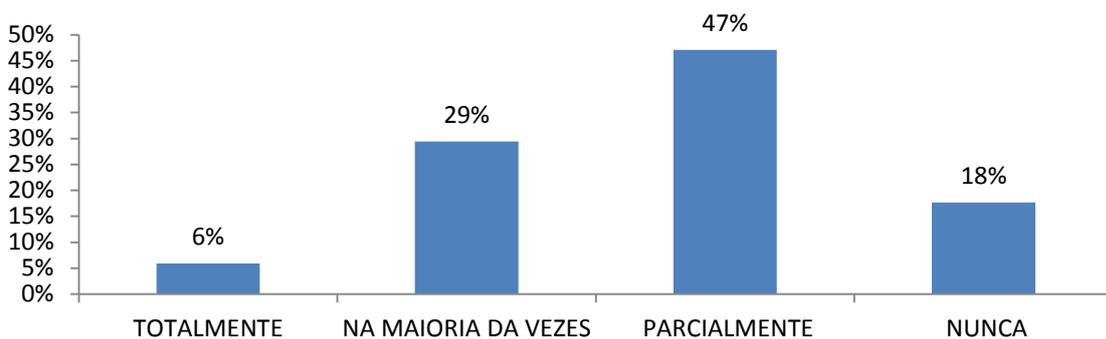
Ao avaliar a melhoria na sua saúde após participação em campanhas, treinamentos e programas de educação em saúde, 41% dos pesquisados responderam que na maioria das vezes conseguiram melhorar sua saúde pessoal e 35% que nunca (Gráfico 07).

Gráfico 07: Distribuição percentual dos 70 entrevistados segundo Melhoria da Saúde Pessoal após participação em Campanhas, Treinamentos ou Programas de Educação em Saúde. São Luís, 2012.



No item referente a se considerar capacitado para melhorar sua qualidade de vida e saúde, 47% responderam que parcialmente se consideram capacitados (Gráfico 08). É muito importante que os indivíduos sejam capacitados, pois a capacitação possibilita aos sujeitos maior controle sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la.

Gráfico 08: Distribuição percentual dos 70 entrevistados que se consideram Capacitados para melhorar a Qualidade de Vida e Saúde. São Luís, 2012.



A pesquisa apresentou que o conceito de saúde, segundo a percepção da maioria dos entrevistados, ainda está voltado para assistência e para ausência de doenças. E

que, para os usuários, os fatores determinantes e condicionantes da situação de saúde representam importâncias diferenciadas em sua saúde. E ainda que o percentual de capacitação dos usuários para intervenção na sua própria saúde é muito baixo.

Os indivíduos devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Para isso, faz-se imprescindível capacitar a comunidade para atuar como agentes na promoção da saúde e para atuar melhoria da sua qualidade de vida.

6 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo avaliar o conhecimento dos usuários sobre o conceito de saúde, de modo que pudessem associar saúde a outros aspectos da sua condição de vida, tais como, educação, saneamento, moradia e habitação, transporte, condição de emprego e renda, meio ambiente, lazer, entre outros. Ou seja, avaliar se eles conseguem perceber que o analfabetismo ou baixo grau de escolaridade, a má distribuição de renda, as condições precárias de habitação e ambiente afetam muito as condições de saúde.

Buscou-se verificar se os usuários compreendem que não basta apenas o acesso a serviços médico-assistenciais, mesmo que de qualidade, mas sim que todos os atendidos para que a saúde possa ser garantida na integralidade.

Entretanto, pode-se observar, através da pesquisa, que os indivíduos ainda precisam compreender que sinônimo de saúde não é apenas ausência de doença, pois a maioria dos participantes assim a definiram, e poucos relacionaram saúde com bem-estar e qualidade de vida.

Em relação aos determinantes, ainda há diferença na percepção da influência destes na saúde. Para os usuários apenas alguns dos fatores determinantes do processo saúde-doença influenciam na sua condição de saúde. No entanto é necessário alcançar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude.

No que tange a qualificação, ainda muito há que ser feito para capacitação dos indivíduos, de tal forma que os sujeitos possam ter maior controle sobre a própria saúde e ter possibilidade de melhorá-la.

A educação das pessoas para entendimento do processo saúde-doença é essencial para que elas tenham noções de prevenção e auto-cuidado, modifiquem seus estilos de vida, adotem de hábitos saudáveis e tenham maior participação social no controle do processo de saúde e doença.

Alterações na educação voltadas para a melhoria da saúde são necessárias. Os indivíduos precisam desenvolver uma consciência crítica sobre a melhor forma de utilização dos recursos públicos pelos gestores e assim entender se os determinantes sociais de saúde estão sendo atendidos ou não.

Os usuários dos serviços de saúde necessitam entender que não há saúde integral apenas com a disponibilização de serviços médicos ou ausência de doença. Todos os outros fatores precisam ser supridos para que a saúde do indivíduo e comunidades possa ser assegurada. E para isso, políticas públicas eficazes, adequadas para a realidade de uma população, precisam ser implementadas, permitindo que o direito à saúde seja alcançado por todos.

A saúde deve ser entendida como um direito social. Por isso, o Estado deve instituir políticas de apoio visando atingir objetivos prioritários do desenvolvimento humano, tais como a minimização da pobreza, o acesso à educação, saúde, alimentação, moradia.

Deve haver também uma efetiva articulação intersetorial do poder público e, além disso, a participação e mobilização da população. Articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Novas perspectivas em saúde só serão alcançadas com a participação cidadã efetiva na definição e implementação de projetos de interesse geral. A participação popular aparece como peça fundamental quando se considera a saúde como um direito social.

Por fim, devemos fazer com que a sociedade se conscientize do grave problema que as iniquidades de saúde representam, não somente para os mais desfavorecidos, como também para a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

BADZIAK, Rafael P. Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. **Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde**. Florianópolis, 2010.

BRASIL, Constituição da República Federativa. **Lei Orgânica da Saúde n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para funcionamento, promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL, Constituição da República Federativa (1988). 31.ed.atualizada até a EC n.39, de 19/12/2002. São Paulo: Saraiva, 2003 (Coleção Saraiva de Legislação).

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**: 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**: 2008.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 21 Abr. 2012.

FLEURY, Sonia. OUVERNEY, Assis Mafort. **Política de Saúde: Uma Política Social**. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 21 Abr. 2012.

GONDIM, Roberta. et al. **Qualificação de Gestores do SUS** - 2 ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

INSTITUTO LABORO. Orientação para Trabalho de Conclusão – Pesquisa de Campos, 2012.

LAMY, Fernando F. **Metodologia da Pesquisa**. São Luís: Instituto Laboro, 2011.

RODRIGUES, William Costa. Metodologia Científica. Paracambi: FAETEC/IST, 2007.

SABROZA, Paulo C. **Concepções de saúde e doença**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.

SAMPAIO, José J. C. et al. **Caminhos para o extraordinário: humanização no SUS de São Luís-MA.** Fortaleza: EdUECE, 2008.

SCLIAR, Moarcy. HISTÓRIA DO CONCEITO DE SAÚDE. **Revista Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2007.

SECRETARIA DA COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Ação Sobre Os Determinantes Sociais Da Saúde: Aprendendo Com Experiências Anteriores.** 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Disponível em: www.saoluis.ma.gov.br/SEMUS. Acesso em: 15 Set. 2012.

SILVA, Edna Lúcia da; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Pesquisa sobre Conceito se Saúde, Doença e seus Determinantes.

1. FAIXA ETÁRIA

- Menor que 18 anos De 18 a 30 anos De 31 a 49 anos
 De 50 a 65 anos Acima de 65 anos

2. SEXO

- MASCULINO FEMININO

3. NATURALIDADE:

4. GRAU DE ESCOLARIDADE:

- ANALFABETO ATÉ A 4ª SÉRIE DE 5ª A 8ª SÉRIE
 ENSINO MÉDIO SUPERIOR OU MAIS

5. PARA VOCÊ O QUE SIGNIFICA TER SAÚDE?

- NÃO TER DOENÇAS
 TER ACESSO A SERVIÇOS MÉDICO-ASSISTENCIAIS DE QUALIDADE
 COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL
 BOA QUALIDADE DE VIDA
 OUTROS: _____

6. VOCE ACHA QUE SUA CONDIÇÃO SOCIAL, ECONOMICA E CULTURAL INFLUENCIA NA SUA SAÚDE?

- MUITO POUCO NÃO INFLUENCIA

7. NUMA ESCALA DE 0 A 5, COMO OS FATORES ABAIXO INFLUENCIAM NA SUA SITUAÇÃO DE SAÚDE?

- a) ALIMENTAÇÃO ()
b) MORADIA/HABITAÇÃO ()
c) SANEAMENTO BASICO ()
d) MEIO AMBIENTE ()
e) CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDA ()
f) EDUCAÇÃO ()
g) TRANSPORTE ()
h) LAZER ()
i) ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE ()
j) ACESSO À INFORMAÇÃO EM SAÚDE ()
k) SEU COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA ()

8. VOCÊ ACHA QUE PODE CONTROLAR OU INTERVIR NA SUA PRÓPRIA SAÚDE?
- TOTALMENTE
 - NA MAIORIA DA VEZES
 - PARCIALMENTE
 - NUNCA
9. VOCÊ JÁ PARTICIPOU DE CAMPANHAS, TRAINAMENTOS OU PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE?
- VÁRIAS VEZES
 - ALGUMAS VEZES
 - POUCAS VEZES
 - NUNCA
10. DEPOIS DE TER PARTICIPADO, VOCÊ CONSEGIU MELHORAR SUA SAÚDE PESSOAL?
- TOTALMENTE
 - NA MAIORIA DA VEZES
 - PARCIALMENTE
 - NUNCA
11. VOCE SE CONSIDERA CAPACITADO PARA MELHORAR SUA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE?
- TOTALMENTE
 - NA MAIORIA DA VEZES
 - PARCIALMENTE
 - NUNCA