

**UM OLHAR SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O VIVER NA SOCIEDADE ATUAL E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE HUMANA**  
**A SOCIAL-EPIDEMIOLOGICAL PERSPECTIVE ON CURRENT SOCIETY'S LIFESTYLE AND ITS IMPLICATIONS FOR HUMAN HEALTH**  
**UNA MIRADA SOCIAL Y EPIDEMIOLÓGICA SOBRE EL VIVIR EN LA SOCIEDAD ACTUAL Y SUS IMPLICACIONES PARA LA SALUD HUMANA**

*Luiz Anildo Anacleto da Silva<sup>1</sup>, Nen Nali Alves das Mercês<sup>2</sup>, Sandra Marcia Soares Schmidt<sup>3</sup>, Silvana Romagna Marcelino<sup>4</sup>, Denise Elvira Pires de Pires<sup>5</sup>, Telma Elisa Carraro<sup>6</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutorando em Filosofia, Saúde e Sociedade no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira do Centro de Pesquisas Oncológicas, Santa Catarina. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutoranda em Filosofia, Saúde e Sociedade no PEN/UFSC. Docente da Universidade do Vale do Itajaí. Santa Catarina, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM). Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutoranda em Filosofia, Saúde e Sociedade no PEN/UFSC. Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutoranda em Filosofia, Saúde e Sociedade no PEN/UFSC. Docente da Universidade do Sul do Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, Brasil.

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Pós-Doutorado na University of Amsterdam, Holanda. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem. Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Professora Adjunto do Departamento do PEN/UFSC. Santa Catarina, Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Filosofia em enfermagem. Pesquisa em enfermagem. Economia e organizações de saúde. Desenvolvimento humano. Meio ambiente e saúde pública.

**RESUMO:** Na atualidade, aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, religiosos, influenciam o processo de viver humano. Mostra o estudo, elevados índices de desenvolvimento humano em determinadas regiões da Europa, América do Norte, Oceania, enquanto que na América Latina, Ásia e África predominam baixos índices. No Brasil os melhores índices estão nos estados das regiões sul e sudeste e os mais baixos estão nas regiões nordeste e norte. Percebe-se que diversos órgãos internacionais e de fomento vêm desenvolvendo políticas visando à compensação destas desigualdades. Neste, procuramos entender, refletir e nos conscientizar que o processo de viver, incluindo aspectos relacionados à saúde depende da estruturação social, de ações políticas efetivas e econômicas destinadas a redução das desigualdades e promoção dos sujeitos. Nesta visão de mundo, saúde, processo de viver, dimensão individual, e vida social, estão inexoravelmente interconectados.

**KEYWORDS:** Nursing philosophy. Nursing research. Health care economics and organizations. Human development. Environment and public health.

**ABSTRACT:** Currently, socio-economic, political, cultural, and religious aspects influence the human living process. The study shows high indexes of human development in regions of Europe, North America, and Oceania while in Latin America, Asia, and Africa low indexes prevail. In Brazil the best values are found in the Southern and Southeastern States and the lowest are in Northern and Northeastern States. Several international agencies and funding agencies have developed policies that aim to balance these differences. In this study we attempt to understand, reflect, and become more conscious that the living process, including health-related aspects, depends on social structure and effective political actions directed to reduce the differences and promote human beings. Health, living process, individual dimension and social life are interconnected inexorably in this worldview.

**PALABRAS CLAVE:** Filosofía en enfermería. Investigación en enfermería. Economía en atención de salud y organizaciones. Desarrollo humano. Medio ambiente y salud pública.

**RESUMEN:** En la actualidad, aspectos socio-económicos, políticos, culturales, religiosos, influyen en el proceso de vivir humano. El presente estudio muestra los altos índices de desarrollo humano en ciertas áreas de Europa, América del Norte, Oceanía, mientras que en América Latina, Asia y África prevalecen bajos índices de desarrollo. En Brasil, los mejores índices están en los estados del sur y del sudeste, y los más bajos están en el nordeste y en el norte. Se percibe que varios órganos internacionales y de fomento están desarrollando políticas para la compensación de estas desigualdades. En este estudio intentamos entender, reflejar y darnos cuenta que el proceso de vivir, incluyendo aspectos relacionados a la salud, depende de la estructuración social, de acciones políticas y económicas eficaces para la reducción de las desigualdades y promoción de los individuos. En esta visión de mundo, la salud, el proceso de vivir, lo individual, y la vida social, están inexorablemente interconectados.

Endereço: Luiz Anildo Anacleto da Silva  
R. Antonio Boenig, 268  
98.700-000 - Morada do Sol, Ijuí, RS, Brasil.  
E-mail lanildo@unijui.edu.br

Reflexão teórica  
Recebido em: 30/10/2006  
Aprovação final: 18/05/2007

## ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

As condições do viver humano não dizem respeito apenas a opções individuais. Os seres humanos historicamente vivem em sociedade, contemporaneamente, em um mundo globalizado, com grandes desigualdades e perfis epidemiológicos complexos.

O processo de viver tem múltiplas dimensões, incluindo o surgimento e o fim da vida, bem como os valores individuais e coletivos que influenciam as escolhas pessoais e as regras de convivência social. Estas dimensões podem ser fortemente influenciadas pelos macros determinantes políticos, econômicos, sociais. Nesta perspectiva, pode-se entender por que na sociedade atual, sob a hegemonia do modo de produção capitalista, acetuam-se cada vez mais conflitos religiosos, políticos e econômicos, além de guerras e cataclismos ambientais.

O cenário do viver na sociedade atual inclui aspectos de ordem cultural e social com significativo índice de violência contra mulheres, crianças e idosos, também se associam a este quadro as questões relacionadas do mundo do trabalho, tráfico de adolescentes e crianças, aumento da violência urbana, criminalidade, e do consumo de drogas.

Esta realidade é decorrente da fragilidade na relação homem-natureza e do sistema político hegemônico, que privilegia a dimensão econômica em detrimento dos valores de solidariedade, de desenvolvimento humano e de cuidado do planeta.<sup>1</sup>

Este estudo foi construído a partir da disciplina Processo de Viver e Saúde Humana do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Objetivou discutir alguns aspectos sócio-epidemiológicos, que interferem no processo de viver humano na sociedade atual no contexto nacional e internacional.

Realizamos uma reflexão teórica e optamos pelo olhar sócio-epidemiológico visando uma apreensão dinâmica e histórica, contextualizando os múltiplos aspectos que influenciam os cenários nacional e internacional. O estudo foi construído a partir de dados secundários publicados em artigos científicos e livros, além de incluir estudos das informações disponíveis nos bancos de dados de sites oficiais, tais como: Organização Mundial da Saúde (OMS), Human Development Index, Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

## O PROCESSO DE VIVER NA SOCIEDADE ATUAL EM UM MUNDO GLOBALIZADO

O viver enquanto processo é um contínuo aprendizado. Todas as fases da vida, desde o nascimento até a morte sofrem interferências dos hábitos diários. Para alcançarmos um viver saudável é fato que as ações de prevenção e manutenção da saúde são importantes, assim como devem ser considerados os aspectos econômicos, políticos, sociais e culturais implicados neste processo.

A alimentação saudável, a atividade física entre outros, são fatores que auxiliam a promoção e manutenção da saúde.<sup>1</sup> No entanto, os estímulos a uma alimentação inadequada realizada pelas agências de publicidade promovem o consumo de alimentos inadequados levando geralmente ao excesso de peso. A tecnologização do mundo moderno leva as pessoas a se movimentarem cada vez menos, assim como a poluição ambiental e o ruído urbano, fazem parte da nossa realidade e interferem no processo de viver saudável.<sup>1</sup>

Sendo assim, podemos dizer que, todos, especialmente os jovens e as crianças, somos atingidos por diversos fatores que influenciam na manutenção e promoção da saúde. O *modus vivendis* é uma resposta ao processo de globalização. A globalização pode ser definida pela “intensificação de relações sociais mundiais que unem localidades distantes de tal modo que os acontecimentos locais são condicionados por eventos que acontecem a muitas milhas de distância e vice versa”.<sup>1,25</sup> O Grupo de Lisboa considera a globalização uma etapa após os processos de internacionalização e multinacionalização. A globalização anuncia o fim do sistema nacional, enquanto núcleo central das atividades e estratégias humanas organizadas.<sup>1</sup>

Os estudos sobre os processos de globalização mostram que estamos diante de um fenômeno com dimensões interligadas de modo complexo na perspectiva econômica, social, política, cultural, religiosa e jurídica. A dimensão da saúde no mundo globalizado, também está relacionada à distribuição desigual da riqueza que vem aumentando dramaticamente nos últimos 30 anos. Os países pobres têm a maioria das doenças que ocorrem no mundo, mas não dispõem de recursos significativos dos gastos globais em saúde. Sabe-se que uma parcela da população mundial não possui acesso a serviços de saúde e medicamentos essenciais.<sup>1</sup>

Um dos marcadores da qualidade de vida da população mundial é o Índice de Desenvolvi-

to Humano (IDH) o qual enfoca três dimensões, que são: vida longa e saudável, educação e padrão digno de vida. No cenário global, países como a Noruega lidera o *ranking* com IDH de 0,963. Notadamente, os piores índices se encontram no Continente Africano, com índices de 0,348 em Guiné-Bissau, 0,317 em Burkina Faso e 0,281 na Nigéria, em função do contexto social, político e econômico deste continente.<sup>2</sup>

Este IDH mede o nível de desenvolvimento humano dos países utilizando como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (Produto Interno Bruto (PIB) per capita). O índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). Países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e países com IDH superior a 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.<sup>2</sup>

O conceito de Desenvolvimento Humano é a base do Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), publicado anualmente, e também do IDH. Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana.

Considerando que a pobreza é um dos indicadores sociais diretamente relacionado com o nível de saúde da população, constatou-se que houve em escala global uma redução da pobreza extrema de 28% em 1990, para 21% na atualidade, caracterizando em cifras absolutas aproximadamente 130 milhões de pessoas.<sup>3</sup> Apesar disso, a desigualdade na distribuição da riqueza mundial, vem se agravando em escala planetária, sendo um fenômeno reconhecido por organizações multilaterais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. A “nova pobreza globalizada não resulta de falta de recursos humanos ou materiais, mas tão só de desemprego, da destruição das economias de subsistência e da minimização dos custos salariais em escala mundial”.<sup>1:34</sup>

Para tanto, faz-se necessário, um novo olhar, em que o “conceito de pobreza deve mudar para a dinâmica do processo de empobrecimento e desenvolvimento sustentável e um contexto de permanentes mudanças, já que as dimensões da pobreza não podem ser reduzidas somente às condições econômicas e materiais de vida”.<sup>4:52</sup>

A possibilidade da redução da pobreza está no desenvolvimento de políticas sustentáveis, de educação, saúde, respeito ao meio ambiente e principalmente, acesso ao trabalho, que garanta uma vida digna, sem exploração da mão de obra humana e da exposição a riscos ocupacionais. Entretanto, cabe uma indagação: na perspectiva capitalista, o trabalho tem contribuído com o processo de viver e ser saudável? É reconhecido que o viver com saúde encontra-se imbricado, também, na relação dos seres humanos com o trabalho? O processo de trabalho estimula a produção de bens de consumo para satisfazer as necessidades humanas.<sup>5</sup> Todavia, na visão capitalista o produto do trabalho se torna mera mercadoria, com um valor que essencialmente deve gerar lucro. Nesta perspectiva, o trabalho é mais caro quanto mais precioso, mais barato quanto mais descartável.<sup>6</sup>

Na visão capitalista a saúde dos indivíduos deve ser preservada com o intuito da manutenção de sujeitos trabalhadores na cadeia de produção. Assim, os investimentos na saúde dos trabalhadores destina-se a preservação da mão obra apta a produzir qualitativa e quantitativamente bens e serviços, como uma forma de geração de capital.

Portanto, existe uma relação entre o processo de trabalho e do processo de viver saudável. Esta relação ocorre no sentido de que a pessoa pode ter trabalho e não ter saúde, ou seja, a partir do modelo capitalista, a falta de trabalho implica em uma série de prejuízos pessoais e sociais, dentre eles a pobreza, a fome, a exclusão dos meios de produção, acrescidos da possibilidade do desenvolvimento de doenças decorrentes deste processo.

Já quando se refere às sociedades de organização social não capitalista, essa relação pode ser vista de outro modo. É o caso, por exemplo, dos indígenas, dos nômades, dos tuaregues e dos esquimós, que vivem em modelos próprios, o que não significa que não desenvolvam doenças relacionadas ao trabalho. Cabe salientar que estes também estão expostos a doenças relacionadas à genética, ao ambiente, à cultura e aos modos de vida.<sup>6</sup>

Atualmente muitas empresas vêm desenvolvendo programas visando à redução de poluentes, dos riscos ocupacionais e à implementação de um ambiente laboral saudável, com redes de suporte e de apoio ao trabalhador e à família, entre outros. Em que pese a importância desses aspectos, a intenção fundamental dessas empresas, pode-se dizer, é manter uma força de trabalho capaz de aumentar a produção e, conseqüentemente o lucro.

A pobreza ainda é um dos grandes geradores de doenças carenciais, dentre elas a desnutrição, que assola muitos países, principalmente os do continente asiático e africano. Acrescenta-se o fato que dados da OMS,<sup>3</sup> indicam que 799 milhões de pessoas nos países em desenvolvimento, ou seja, cerca de 18% da população mundial, passa fome e/ou estão sub-alimentados, o que representa mais de um quinto das pessoas com fome nos países em desenvolvimento.<sup>4</sup>

Na Índia vive o maior número de pessoas com fome, ou seja, 233 milhões, enquanto a África Subsariana tem 183 milhões, a China 119, a Ásia Oriental e Pacífico, 74, a América Latina, 55 e os Países Árabes, 32 milhões.

Outro componente importante para o processo de viver é o acesso à água. Entre 1990 e 2002 aproximadamente 669 milhões de pessoas não dispunham de acesso à água potável, sendo que próximo da metade destas viviam no leste e noroeste da Ásia. A OMS estima que aproximadamente 1,1 bilhões de pessoas no mundo não tem acesso adequado à água.<sup>2</sup> Associados a escassez da água em algumas regiões do planeta, estão os poluentes industriais causados pelo extrativismo mineral e ao esgoto sem tratamento que colocam países e regiões em vulnerabilidade para doenças veiculadas pela água, dentre elas as doenças diarreicas, intoxicações por substâncias químicas, dentre outros, que acarreta o aumento da morbi-mortalidade.

Em contrapartida, tanto os países desenvolvidos com alto IDH quanto os países pobres e em desenvolvimento com médios e baixos IDHs apresentam um aumento nas doenças crônico-degenerativas. Assim sendo, a OMS lança o programa Mega Countries que impulsiona a mobilização dos países, para o controle e a prevenção das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT). Neste se encontram propostas em relação a doenças como diabetes, hipertensão, câncer e tabagismo.

As denominadas doenças e agravos não transmissíveis têm se tornado tema constante de inúmeros eventos científicos na área da saúde. Um dos resultados dessas discussões foi a pactuação histórica, realizada em fevereiro de 2005, por 40 países, com vistas a um controle mais efetivo do tabagismo, através de medidas como a proibição da veiculação de publicidade de cigarros, o aumento nos valores dos impostos aplicados à indústria do fumo e a obrigatoriedade de etiquetas nos maços de cigarro sobre os riscos à saúde.<sup>1</sup>

Como as condições do viver humano não são decorrentes apenas das opções individuais, mas sofrem também as interferências macroestruturais, assim como se trata de um fenômeno global. Em decorrência de fatos desta natureza, os líderes do mundo inteiro, em setembro de 2000, preocupados com as grandes questões globais, se reuniram na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova York, durante a Cúpula do Milênio.<sup>7</sup> No Projeto do Milênio foram pactuados oito objetivos, quais sejam: erradicar a pobreza extrema e a fome, alcançar o ensino primário universal, promover a igualdade de gênero e capacitar as mulheres, reduzir a mortalidade de crianças, melhorar a saúde materna, combater o Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), malária e outras doenças, assegurar a sustentabilidade ambiental e promover uma parceria mundial para o desenvolvimento até 2015.<sup>7</sup>

Portanto, a tentativa de alcançar o viver humano saudável sofre interferência de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Em geral, podemos considerar que este viver está sendo buscado na implementação das estratégias para o desenvolvimento humano mundial, através de várias ações em diferentes partes do mundo. No entanto, estas iniciativas não estão atendendo a demanda da realidade, tanto em função das diferentes características de desenvolvimento de cada continente e particularmente de cada país, quanto pela dificuldade do alcance de resultados em curto prazo considerando o contexto histórico do *status quo*.

## O PROCESSO DE VIVER NO BRASIL

A perspectiva da saúde no cenário nacional apresenta múltiplas interfaces, devido ao quadro sanitário complexo e aos desafios por ser um país continental. As diversidades inerentes de cada região, os grandes contrastes sócio-econômico, cultural e principalmente o acesso aos serviços de saúde tão desigual, interferem na condição de saúde da população, apesar de termos uma política que se baseia na equidade, universalidade, integridade, desde 1990.

Ao mesmo tempo o Brasil integra-se ao Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), no qual se tem a perspectiva do desenvolvimento, criação de novas fontes de trabalho e da saúde poderá haver o intercâmbio e o desenvolvimento de políticas e estratégias num processo de cooperação

entre os países da América Latina em direção ao processo de viver saudável.

O IDH no Brasil, tanto quanto para os demais países, é um dado importante apesar de contemplar somente três dimensões. O Brasil, segundo informações da United Nations Development Programme (UNDP), situa-se na 63<sup>a</sup> colocação no ranking mundial de 177 países avaliados, com um índice médio de desenvolvimento humano de 0,792 localizado entre a Rússia e Romênia. Em relação à macro-regiões, o Sul do Brasil (0,844) possui o melhor índice e o Nordeste (0,548), o menor. Em uma análise superficial poderíamos dizer que este fato se dá pela extensão do território, diferentes localizações em relação aos trópicos e especificidades geográficas de cada macro-região. Diferenças climáticas, de concentração da economia, processo de industrialização e de acesso à educação e à saúde constituem-se em alguns dos fatores que acentuam estas diferenças.<sup>2</sup>

Para compreender como são avaliadas as dimensões que compõem o IDH em nosso país, iniciaremos com a dimensão da educação, que é apresentada através do cálculo realizado com o IDH municipal, considerando dois indicadores com pesos diferentes. O primeiro é a taxa de alfabetização de brasileiros com idade acima de 15 anos, capazes de ler e escrever um bilhete simples, neste, o peso é dois. O segundo indicador é a taxa bruta de frequência à escola, com peso um. Trata-se do somatório de pessoas, independentemente da idade, que frequentam os cursos fundamental, secundário e superior, os quais são divididos pela população na faixa etária de 7 a 22 anos de idade. Estão também incluídos na conta os alunos de cursos supletivos de primeiro e de segundo graus, graduação e pós-graduação universitária. Apenas classes especiais de alfabetização são descartadas para efeito do cálculo.<sup>6</sup>

Percebemos que o perfil da educação brasileira tem melhorado significativamente nas últimas décadas. Contudo, o nível educacional brasileiro é intermediário, pelos padrões internacionais. A taxa de analfabetismo diminuiu e o número de matrículas e a escolaridade média aumentaram. O índice varia de 0,83 (Distrito Federal e São Paulo) a 0,54 (Alagoas) e reflete o grau de alfabetização conjuntamente com as matrículas combinadas com os três níveis de ensino (PNUD, 2005).<sup>2</sup> Entre 1986 e 1997 a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos diminuiu de 20% para 14%.<sup>8</sup>

Para a avaliação da dimensão longevidade, o IDH municipal considera o mesmo indicador do

IDH de outros países, ou seja, a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra o número médio de anos que uma pessoa nascida naquela localidade no ano de referência deve viver. O indicador de longevidade sintetiza o conjunto de indicadores da área da saúde e salubridade como, mortalidade infantil, mortalidade materna, acesso à água potável, coleta de lixo e saneamento básico.<sup>6</sup>

No que diz respeito ao Brasil, nos últimos 50 anos, verificou-se mudanças significativas no perfil demográfico da população e grandes progressos nos indicadores de saúde. Dados do IBGE apontam que a esperança de vida média dos brasileiros vem aumentando em todas as regiões do país e em ambos os sexos, sendo que as mulheres têm expectativa de vida nitidamente mais elevada com 75,8 anos e 68,1 anos para os homens, resultando em uma média de 71,9 anos.<sup>9</sup> A mortalidade infantil que em 1991 era de 45,1 mortes por mil nascidos vivos, em 2005 foi de 25,8 e para 2020 projeta-se 15,3 para 1000 nascidos vivos.<sup>9</sup>

Em relação ao perfil demográfico destaca-se o aumento da população idosa em todas as regiões do país. Estes, em 1991 representavam 6,8% da população e, em 2002, já eram 8,4%. Além disso, a intensidade da população “mais idosa”, ou seja, a acima de 80 anos, também vem aumentando, modificando a composição etária dentro do próprio grupo. Sendo assim, a população considerada idosa também está envelhecendo.<sup>10</sup>

Frente ao descrito podemos dizer que o envelhecimento populacional significa um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. Isso é resultado das elevadas taxas de crescimentos relacionados à alta fecundidade prevalecente no passado e a redução da mortalidade no cenário atual. Isto se dá tanto pela ampliação da expectativa de vida ao nascer e no envelhecimento não só de certos segmentos populacionais, como da população economicamente ativa, quanto pelas mudanças nos arranjos familiares.<sup>11</sup>

Por outro lado, há uma diminuição da população de 0-5 anos que representavam 11,3% da população em 2002 esse percentual reduziu-se para 8,7% em 2005. Mesmo havendo uma significativa redução de mortalidade infantil houve um recuo na população de crianças de 0 a 5 anos, o que pode ser explicado pela diminuição das taxas de natalidade, que em 1991 era de 23,39% e em 2002 passou para 19,49%, conseqüentemente esta redução implicou também, em redução do crescimento populacional médio de 1,64% em 1991 para 1,30% em 2002. Neste contexto,

a morbi-mortalidade reflete a situação sócio-econômica do país, ou seja, de convivência de altos padrões econômicos com a pobreza absoluta.<sup>11</sup>

Já, para a avaliação da dimensão renda, o critério usado é a renda municipal per capita, ou seja, a renda média de cada residente no município. Chega-se a esse valor somando-se a renda de todos os residentes e dividindo o resultado pelo número de pessoas que moram no município, inclusive crianças ou pessoas com renda igual a zero. Como existem diferenças entre o custo de vida de um país para o outro, a renda medida pelo IDH é em dólar Paridade do Poder de Compra (PPC), que elimina essas diferenças.<sup>6</sup>

No Brasil o cálculo da renda municipal per capita é feito a partir das respostas ao questionário expandido do Censo – um questionário mais detalhado do que o universal é aplicado a uma amostra dos domicílios visitados pelos recenseadores. Os dados colhidos pelo IBGE são expandidos para o total da população municipal e então usados para o cálculo da dimensão renda do IDH Municipal (IDH-M).<sup>8</sup>

A pobreza no Brasil não se restringe somente aos aspectos socioeconômicos, um olhar mais aguçado permite associar pobreza com as desigualdades regionais, as desigualdades raciais, as desigualdades de renda, estas, intimamente relacionadas ao funcionamento do mercado de trabalho. Entretanto, os estudos sobre pobreza têm apontado para outros fatores determinantes para além do mercado de trabalho.

O relatório de desenvolvimento humano indica que o combate à pobreza também pode ser organizado em três dimensões: a assistência social, porque a sobrevivência é um direito radical; a inserção no mercado, para que as pessoas se auto-sustente e tenha projeto de vida; e a cidadania, para que os sujeitos possam ter maior autonomia. Os três componentes são essenciais, entretanto, considera-se uma hierarquia entre estes, ou seja, a cidadania, inserção no mercado de trabalho e a assistência social.<sup>8</sup>

As desigualdades regionais que são apontadas pelo RDH (2005), evidencia a Região Nordeste com mais da metade da população (57,4%) vivendo abaixo da linha de pobreza, seguida da Região Norte com 44,3%, Sudeste (21,5%), Sul (23,3%) e Centro-Oeste (24,7%). Infelizmente, vale salientar que em todas as cinco regiões geográficas do país o percentual de negros abaixo da linha de pobreza é nitidamente superior ao percentual de brancos na mesma situação.<sup>7</sup>

Segundo dados do Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA), a riqueza produzida relacionando-se com as condições de vida, são dois indicadores significativos. De um lado, o valor do PIB per capita e de outro o índice de desenvolvimento humano. Em 1991 o PIB brasileiro per capita era de R\$ 4.496 e em 2005 passou para R\$ 7,790. Ao mesmo tempo, houve uma razoável diminuição da população considerada em estado de pobreza, esta, em 1991 representava 38,5% do total e em 2002 passou para 30,8% da população.<sup>11</sup>

O desemprego que em 1991 era de 6,5%, em 2002 passou para 9,2% da população e, de aproximadamente 12% em 2005. Um dado extremamente positivo foi a redução do trabalho infantil (10-14 anos), que em 1991 era de 22,4% e em 2002 passou para 12,7% da população nesta faixa etária. A diminuição do trabalho infantil também poderá estar relacionada ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), compromisso firmado entre órgãos estaduais e federais.<sup>12</sup>

A partir desta contextualização percebe-se que a realidade brasileira, no que diz respeito ao PIB, IDH, emprego e distribuição de renda, as condições de saúde, entre outros indicadores, apresenta-se em uma situação intermediária e que apesar dos sobressaltos na economia a partir da década de 80, conseguiu-se granjear avanços em praticamente todas as áreas. Apesar da opção histórica por políticas socioeconômicas com base no neoliberalismo, presentemente visualizam-se novas possibilidades de políticas de desenvolvimento que possam contemplar as camadas menos favorecidas, de acesso ao trabalho e valorização dos trabalhadores.

Por outro lado, não se pode deixar de olhar as acepções do capitalismo de resultados, no qual procuram tornar os trabalhadores mais produtivos possíveis. Para tanto, utilizam-se de políticas que incluem programas educativos, seguro de vida, transporte, alimentação, assessoria jurídica, alimentação, associação de lazer e recreação para os trabalhadores e familiares. Nestas políticas ainda inclui-se o estabelecimento de agências bancárias na própria organização, convênios com mercados, lojas, prestadores de serviços, bazares e farmácias. Desta forma, a vida do trabalhador está incluída na organização, como uma nova forma de controle e desapropriação do modo de viver dos indivíduos. Contudo, cabe dizer que estes benefícios, apesar de relevantes, não são gratuitos e muitos menos uma benesse. Essa forma de “proteção” constitui-se maneira sutil de “contro-

le” e têm como finalidade manter a coletividade de trabalhadores em boas condições psicofisiológicas e adaptados aos objetivos organizacionais.<sup>13</sup>

A visão capitalista permite outras formas diferenciadas de organização, como: o estabelecimento de controle, divisão de tarefas, estratégias administrativas, rodízio de funções, formas de supervisão, políticas de benefícios.<sup>13</sup>

A complexidade de que representa as relações de trabalho, renda, moradia, e o acesso aos serviços de saúde, associa-se a um perfil complexo tanto com doenças típicas de países desenvolvidos bem como em desenvolvimento, dentre estas destaca-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças relacionadas com a pobreza, como as infecciosas, parasitárias e carenciais. Acrescenta-se ainda, as doenças e agravos decorrentes do aumento de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho e violência urbana.

Várias ações têm sido propostas pela atual política de saúde no Brasil, dentre elas podemos citar alguns programas como: Programa de Saúde da Família, Sistema de Informação de Saúde para Doenças e Agravos não Transmissíveis, Brasil Sorridente, Bolsa Família, Bolsa Escola, Doe Vida/Doe Órgãos, Farmácia Popular, Programa Nacional de Combate à Dengue, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer.

Reforçamos que apesar de todas as propostas e ações implantadas, faz-se necessária uma ação política do Estado e o posicionamento da sociedade brasileira para discutir e programar políticas públicas, que sejam capazes de romper com os padrões de desigualdade existentes, atendendo aos objetivos traçados pelo Projeto do Milênio visando à promoção da dignidade humana e a sustentabilidade ambiental.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES PARA FINALIZAR

A partir dos aspectos sócio-epidemiológicos discutidos, que interferem no processo de viver humano na sociedade atual no contexto nacional e internacional, observamos que o modo de vida, as condições de trabalho, o modo de produção continuam a ser o patamar para se entender o processo de saúde, adoecimento e morte da população.

Portanto, urge em se construir alternativas de mudança, de romper com o senso comum de que

a perspectiva capitalista é “o modelo” de sociedade viável para a sustentação político-econômica da humanidade – apesar das desigualdades, das relações de poder e da expropriação do trabalho.<sup>1</sup> Por outro lado, é preciso considerar que as sociedades socialistas também não conseguiram construir uma alternativa que garantisse desenvolvimento e equidade social.

Conseqüentemente, precisamos ter clareza que para haver um processo de viver saudável é importante termos consciência de que a saúde de todos depende de mudanças sociais, políticas e econômicas associadas com mudanças pessoais, que atinjam hábitos, costumes e modo de vida.

O processo de viver está relacionado às questões econômicas, políticas, sócio-culturais e históricas. O modelo capitalista com ênfase na produção, consumo e lucro constitui-se em um dos complexos cenários de viver humano. Este, influencia as diversas dimensões da vida, seja no biológico, social e profissional em cada etapa da vida, gerando (im)possibilidades de movimentos para mudanças.

O desafio atual da humanidade vai além da luta pela sobrevivência. É preciso, segundo a tradição ecológica, pensar e agir localmente, individual e coletivamente, mas também, pensar e agir globalmente. Portanto, o desafio está em repensar um modelo de re-organização do processo de viver no planeta de buscar na coletividade novas formas de exploração sustentável da natureza, diferentes modelos políticos e econômicos, e principalmente, nesta visão de mundo, antever que a saúde e processo de viver, interconexão a dimensão individual e o sentido de viver em sociedade.

## REFERÊNCIAS

- 1 Santos B.S. Produzir para viver: os caminhos da produção não capitalista. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 2002.
- 2 Organização Mundial da Saúde. Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (UNDP) New York (NY/USA): OMS [acesso em 2005 Maio 20]. Disponível em: [www.undp.org.br](http://www.undp.org.br)
- 3 World Health Organization. World Population Prospects: 2002. In: Departamento de Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. Anuário dos trabalhadores. 6a ed. São Paulo (SP): DIEESE; 2005.
- 4 Freitas CM. As ciências sociais e o enfoque ecossistêmico de saúde. In Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ, 2005.

- 5 Organização Mundial da Saúde. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). New York (NY/USA): OMS; 2005 [acesso em 2006 Maio 20]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
- 6 Codo V. Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis (RJ): Vozes; 1993.
- 7 Organização Mundial da Saúde, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) Brasil. Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH): racismo, pobreza e violência. New York (NY/USA): OMS; 2005 [acesso em 2006 Maio 20]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
- 8 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem populacional e projeções demográficas preliminares. Rio de Janeiro (RJ): IBGE [acesso em 2006 Maio 10]. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos, contagem populacional e projeções e estimativas demográficas. Pnad 1992, 1996 e 1999. Rio de Janeiro (RJ): IBGE [acesso em 2006 Maio 10]. Disponível no site: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- 10 Camarano AA, Kanso S, Mello SL. Como vive o idoso brasileiro? Rio de Janeiro (RJ): IPEA; 1999.
- 11 Ministério do Planejamento e Orçamento (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Pobreza e desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): IPEA [acesso em 2006 Jun 06]. Disponível no site: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)
- 12 Departamento de Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. Anuário dos Trabalhadores. 6a ed. São Paulo (SP): DIESE; 2005.
- 13 Kuenzer AZ. Pedagogia da fábrica: as relações de produção e educação do trabalhador. 4a ed. São Paulo (SP): Cortez; 1995.