

A (IN)OBSERVÂNCIA DAS DETERMINANTES SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE E DOENÇA SOB O PONTO DE VISTA COLETIVO

THE (IN)OBSERVANCE OF SOCIAL DETERMINANTS IN THE HEALTH AND DISEASE PROCESS UNDER THE COLLECTIVE POINT OF VIEW

RESUMO

Os Determinantes Sociais da Saúde estão relacionados aos fatores econômicos (econômicos e distribuição de renda), sociais (preconceito relativo a gênero e etnia), políticos, culturais e ambientais estes influenciam decisivamente na qualidade de vida da população, e afetam diretamente as condições de saúde de pessoas e populações. Os Determinantes Sociais da Saúde são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde; Saúde; Doença; Meio ambiente.

ABSTRACT

The social determinants of health are related to the economic (income and economic), social (gender and ethnicity), political, cultural and environmental factors that influence the quality of life of the population and directly affect health conditions of people and populations. Social Determinants of Health are social, economic, or behavioral factors that influence health, either positively or negatively, and can be influenced by political or individual decisions, unlike age, sex, and genetic factors, which also influence health, but do not are modifiable by those decisions.

Keywords: Social Determinants of Health; Health; Disease; Environment.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Apesar de se poder encontrar determinantes sociais da saúde em diferentes momentos da história mundial, foi após apenas após a Revolução que esse tema ganhou fôlego com o surgimento de grandes grupos confinados em um mesmo ambiente.

Diante de uma realidade assustadora no ambiente de trabalho, a solução encontrada foi a elaboração de normas, que garantissem aos indivíduos a execução das atividades laborais em ambiente salubre e seguro.

Com a conscientização surgida após a Revolução Industrial, muitas foram as atitudes tomadas para que a segurança, higiene e saúde em caráter coletivo, essencialmente no tocante aos trabalhadores fossem preservadas. Em 1802 houve a redução da jornada de trabalho e estipulação de idade mínima para ingresso na atividade laboral. Já em 1833 foi a vez do *Factory Act*¹ estipular que era necessária a presença de médicos no ambiente de trabalho. A partir da segunda metade do século XIX diplomas legais sobre este tema começam a surgir com mais frequência nos principais países europeus².

2 DETERMINANTES SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A globalização e a modernidade têm sido determinante na mudança do processo saúde-doença na população. Algumas mudanças tem colaborado para o adoecimento da população como as transformações ambientais, a poluição, a falta de saneamento; o aumento do consumo de fumo, álcool, e drogas ilícitas; e a pobreza extrema; o aumento da expectativa de vida da população tem contribuindo para o aparecimento de

¹ O *Factory Act*, publicado em 1833, estabelecia principalmente:

- Menores de 18 anos não poderiam fazer trabalhos noturnos;
- A jornada semanal de trabalho passava a ser de até 60 (sessenta) horas com jornada diária máxima de 12 (doze);
- Todas as fábricas nas quais trabalhassem menores de 13 anos deveriam ter escolas e estes funcionários deveriam frequentá-la;
- A idade mínima para começar a trabalhar era 9 (nove) anos;

-A existência de um médico que deveria atestar se as crianças que trabalhavam estavam tendo um desenvolvimento normal

² “Na Alemanha, o diploma que constitui o arranque da legislação geral sobre condições de trabalho remonta a 1891 (*Arbeiterschutzgesetz VO/1 1891*), mas já na época de Bismarck surge legislação no domínio dos riscos sociais ligados à doença, aos acidentes de trabalho e à velhice, em 1883, 1884 e 1889, respectivamente. A Áustria tem uma evolução semelhante, com a regulação da matéria dos riscos ligados aos acidentes de trabalho e à doença em 1887 e 1888¹⁰⁵. No sistema jurídico italiano, é referenciada a emissão de normas sobre infortunistica laboral na indústria em 1898 (*Lei de 19 de Março*)¹⁰⁶, e em França, o regime da segurança e higiene nos estabelecimentos industriais remonta a 1893 (*Loi du 12 juin 1893*) e o regime dos acidentes de trabalho a 1898 (*Loi du 9 avril 1898*). Na Bélgica, é referida a emissão um diploma sobre a saúde e a segurança dos operários de 1899¹⁰⁷, e em Espanha, o regime geral na matéria da saúde e higiene no trabalho data de 1873 (*Ley de 24/07/1873*). Na Inglaterra, o regime dos acidentes de trabalho remonta a 1897

(...)

doenças crônicas e degenerativas; e o trabalho também tem colaborado para o adoecimento e diminuindo a qualidade de vida da população (CARVALHO, 2013).

Nos anos 90, no âmbito internacional, com a participação de países desenvolvidos, iniciam-se encontros para discussão de temas de relevância para a humanidade, precisamente em 2003, com a criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Para Carvalho (2013, p.19) é o período que se "inicia um processo de sistematização do conhecimento disponível e de articulação, no plano mundial, de iniciativas e fomento de políticas inspiradas nesse referencial". Ações globais foram coordenadas em cinco áreas essenciais: governança; políticas macroeconômicas; políticas sociais (*mercado de trabalho, habitação, terra*); políticas públicas (*educação, saúde e proteção social*); cultura e valores sociais.

A ação global sobre determinantes sociais da saúde são: alinhamento das prioridades e partes interessadas; papel do setor da saúde, inclusive programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde; promoção da participação: liderança comunitária para ações sobre os determinantes sociais da saúde (CARVALHO, 2013). Os DSS estão relacionados aos fatores econômicos (econômicos e distribuição de renda), sociais (preconceito relativo a gênero e etnia), políticos, culturais e ambientais estes influenciam decisivamente na qualidade de vida da população, e afetam diretamente as condições de saúde de pessoas e populações. Os Determinantes Sociais da Saúde são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões (CARVALHO, 2006).

Carvalho (2006, p.19) refere que as iniquidades relativas ao poder econômico determinam, de maneira perversa, nas condições de distribuição de riqueza, poder e prestígio nas sociedades, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em fatores como o gênero, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de governança. Por outro lado, os Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde são aqueles de natureza social, econômica ou comportamental que aumentam ou diminuem as iniquidades em saúde e que sempre podem ser influenciados por escolhas ou decisões políticas e individuais (CARVALHO, 2006).

Hertzman e Siddiqi (2000) propõem que as desigualdades em saúde sejam estudadas em três dimensões articuladas. No nível macrossocial fatores relativos ao Estado, riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, o

nível de emprego e a estrutura de oportunidades para suportar a saúde e o bem-estar da população; no nível intermediário os fatores relativos à organização social, tais como coesão, confiança, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação; no nível microsocial seriam analisadas as redes sociais de suporte familiar e pessoal.

Essa desigualdade pode ser "constatada nas condições vigentes na primeira infância e idade escolar, na natureza das condições laborais e de emprego, nas características físicas do ambiente de trabalho" (CARVALHO,2006, p.19).

A saúde-doença se produz e "distribui na sociedade mediante fortes processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental, política" (CARVALHO,2013, p.19). O processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas e política. 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). O conceito de processo saúde-doença, para Seligmann-Silva (2011, p.33), "permite entender os determinantes e condicionantes das formas individuais e coletivas de adoecer e morrer".

Os determinantes da saúde são os fatores associados às contradições socioeconômica e manifestam-se pelo potencial gerador de agravos ou não, por exemplo em relação à saúde do trabalhador, desse modo, alguns determinantes sociais em relação ao gênero, origem étnica, e idade, o fator econômico como rendimento quando presentes podem ser determinantes no aumento ou não das iniquidades (CARVALHO, 2013). Todavia, podemos constatar que as condições vigentes na primeira infância e idade escolar, e na qualidade do ambiente natural em que as pessoas habitam, na natureza das condições laborais e de emprego, nas características físicas do ambiente de trabalho essas desigualdades socioeconômicas e de direitos, colaboram direta ou indiretamente, e as forças políticas e sociais podem fortalecer ou fragilizar esse processo de saúde-doença (SELIGMANN-SILVA,2011, p.33).

Entretanto, o agravamento à saúde do trabalhador em relação ao gênero atualmente as mulheres em função da maior participação no mercado de trabalho devido ao movimento social de mulheres em todo o mundo, que impulsiona sua emancipação na

sociedade e à preferência do capital flexibilizado e precarizado pela força de trabalho feminina tem aumentando o adoecimento pelo trabalho a partir do prisma de gênero e como resultante de todo o contexto social estão bastante exposta ao adoecimento (SOUSA, 1999); quanto a raça/cor, as desigualdades podem afetar a saúde da população, principalmente com relação a adultos jovens, algumas doenças acometem mais a população negra, como exemplo a hipertensão e o estresse e as exigências do mercado de trabalho podem colaborar para o adoecimento (ARAÚJO et al., 2009); em relação a renda as pessoas mais pobres estão expostas às piores condições de saúde, pois a renda tem relação direta com a expectativa e a qualidade de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). A baixa renda pode refletir numa saúde mais precária; quanto à idade, estudos epidemiológicos mostram que estilo de vida saudável na infância e juventude contribui para uma idade adulta saudável (RABELO et al., 1999). Crianças cujas famílias apresentam história de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular, antes de 50 anos, no homem, ou 60 anos na mulher, história familiar de hipertensão ou hiperlipidemia, devem ser consideradas como pessoas de risco na idade adulta para uma pior qualidade de vida (SANTOS et al., 2003).

O adoecimento expressa as desigualdades socioculturais e econômicas. Quanto maior o acesso aos recursos materiais, tanto na infância quanto na idade adulta, maior é a qualidade de vida dessa população (JAMES et al., 2006); O local onde as pessoas vivem também afeta a sua saúde, a habitação, o saneamento (água limpa e condições sanitárias) são direitos das pessoas e necessidades básicas para uma vida saudável (CARVALHO, 2013). O acesso à saúde são fundamentais para a qualidade de vida dos indivíduos, devendo ser assegurado no sentido de diminuir as iniquidades e permitir de forma equitativa o acesso de todos os indivíduos, através de políticas públicas, aos sistemas de saúde. Portanto, a equidade nos serviços de saúde, se faz necessária, porém é preciso avaliar o desempenho dos serviços e programas de saúde no quesito redução de iniquidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p.25)

As condições de emprego e trabalho têm efeitos na saúde, quando boas, podem assegurar estabilidade financeira, desenvolvimento pessoal, relações sociais, autoestima e proteção contra riscos físicos e psicossociais, se precárias podem contribuir para o aumento das doenças relacionadas ao trabalho e acidentes que causam incapacidades e mortes, além de alterações psicológicas tanto dos trabalhadores em atividade como aqueles excluídos do trabalho, tendo como causa o adoecimento (NAVARRO;

PADILHA, 2007). As desigualdades geralmente são classificadas como naturais quando ocorrem entre os indivíduos em relação a idade, e sexo, porém as desigualdades em relação á etnia, escolaridade, e nível socioeconômico, diz respeito á organização social do processo de produção e o acesso aos bens cuja disponibilidade é escassa, e esse conhecimento é importante no sentido de atitudes em relação a produção de medidas que possam minimizar as iniquidades e determinarem melhor qualidade vida para o indivíduo (TAVEIRA, PIERIN, 2007).

3 LOCAL DE TRABALHO COMO AMBIENTE COLETIVO PARA APLICAÇÃO DAS DETERMINANTES SOCIAIS

No século XVIII e XIX, com a Revolução Industrial, a sistematização dos métodos de produção e a condição do trabalho começa a ser estudada de modo científico. Nesse momento, têm início os estudos sobre a influência do trabalho na vida dos trabalhadores e na produtividade das empresas (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).É com a Administração Científica que o estudo do trabalho ganha uma nova dimensão, pois se busca garantir melhor custo/benefício ao sistema de produção, com fundamento no princípio do planejamento, do controle e da execução (SANT'ANNA; KILIMNIK, 2011).Entretanto, os efeitos desse tipo de administração foram mais negativos do que benéficos para a classe trabalhadora. O método taylorista promoveu uma excessiva fragmentação do trabalho e transformou o “[...] ser humano numa peça de engrenagem no sistema de produção” (ANTUNES, 2011, p. 195), causando insatisfação, absenteísmo, sabotagens e movimentos grevistas.

O trabalho pode ser fonte de saúde ou de doença, e o adoecimento pode ser físico ou mental, em função da dominação, mediadas por forças econômicas, e políticas. " metamorfoses essas que mobilizam e são mobilizadas pelas correlações de forças presentes no mundo facetado do trabalho" (SELIGMANN-SILVA, 2001, p.43). Para Karpinski e Stefano (2008), as empresas estão buscando melhorar o relacionamento com os trabalhadores e, conseqüentemente, o nível de satisfação no trabalho buscando intervenções para atrair e manter bons funcionários, além de proporcionar a motivação entre esses trabalhadores com o intuito de: reduzir custo, aumentar a produtividade e a

qualidade, diminuir o absenteísmo e fomentar maior satisfação dos colaboradores no ambiente de trabalho.

O ambiente psicossocial do trabalho inclui a cultura organizacional, bem como atitudes, valores, crenças e práticas cotidianas da empresa que afetam o bem-estar mental e físico dos trabalhadores. Fatores que podem causar estresse emocional ou mental são muitas vezes chamados de “estressores” do local de trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). O Ministério da Saúde (MS) considera os fatores físicos, químicos, biológicos, mecânicos e acrescenta o grupo fatores ergonômicos e psicossociais, estes resultantes das relações e organização do trabalho (BRASIL, 2001). Os riscos presentes no processo de trabalho, segundo o Ministério do Trabalho (MT), são químicos (substâncias, compostos ou produtos que podem ser absorvidos pela pele, vias respiratórias na forma de poeiras, fumos, neblinas, gases ou vapores); físicos (ruídos, vibração, temperaturas extremas e pressões anormais; biológicas – bactérias, vírus); de acidentes (fatores ou situações causadoras de acidentes, como equipamentos e ferramentas inadequados, armazenamento inadequado, animais peçonhentos); os ergonômicos (resultantes da falta de adaptação do trabalho ao homem, gerando sobrecarga nas estruturas musculoesqueléticas).

Em Ribeiro (2012) encontra-se a classificação das doenças relacionadas ao trabalho, feita por Schilling, em três grupos: Grupo 1 – doenças que têm o trabalho como causa necessária (acidentes de trabalho e doenças profissionais reconhecidas); Grupo 2 – doenças têm o trabalho como fator contribuinte, mas não necessário; Grupo 3 – doenças que têm o trabalho como agravante ou provocador de distúrbios latentes ou pré-existentes. O acidente de trabalho é um acontecimento imprevisto que ocorre durante o trabalho e provoca lesão ou diminuição (temporária ou permanente) da capacidade, e pode também ocorrer a morte do trabalhador. A doença profissional ou relacionada ao trabalho é considerada também acidente de trabalho. O agravo é produzido pelo exercício da atividade, ou seja, se a causa do agravo for suprimida, poderá ser prevenida.

A ergonomia é o "conjunto de ciências e tecnologias aplicadas à adaptação confortável e produtiva do ser humano ao seu trabalho; busca, basicamente, adaptar as condições de trabalho às características dos diferentes perfis antropométricos" das pessoas (ONOFRE et al, 2010, p.81). O surgimento da ergonomia no mundo foram

gradativamente sentidos nas mais diferentes partes do mundo, incorporando melhorias e trazendo benefícios à qualidade de vida do trabalhador melhorando as condições de trabalho (ONOFRE et al, 2010, p.81).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os DSS estão relacionados aos fatores econômicos (econômicos e distribuição de renda), sociais (preconceito relativo a gênero e etnia), políticos, culturais e ambientais estes influenciam decisivamente na qualidade de vida algumas mudanças tem colaborado para o adoecimento da população como as transformações ambientais, a poluição, a falta de saneamento; o aumento do consumo de fumo, álcool, e drogas ilícitas e as mudanças no mundo do trabalho.

As atividades profissionais trazem em si riscos emocionais, cognitivos, desgaste físico e estresse. A maior parte das vezes esses fatores são agravados pela presença dos agentes nocivos que são representados pelos riscos ocupacionais no posto de trabalho. Ações que devem ser praticadas para melhor qualidade de vida do trabalhador como: reduzir a informalidade, reduzir a rotatividade, elevar a escolaridade, qualificar a força de trabalho, erradicar o trabalho infantil e escravo, igualdade salarial entre homens e mulheres e entre negros e brancos. Contudo, é necessária a adoção de estratégias que permitam o desenvolvimento de programas organizacionais abrangentes, que determinem uma melhor qualidade de vida no sentido de promover o potencial humano em todas as suas dimensões.

5 REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?:** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ARAÚJO, E.M. et al. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 383-394, 2009.

BOWDITCH, James. *Elementos do Comportamento Organizacional*. São Paulo: Thomson Pioneira, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, n. 114, 2001. 439 p. Disponível em: <<http://www.nesco.medicina.ufmg.br>>. Acesso em: 9 mar. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

CAMPOS, Vicente Falconi. **TQC - Controle de qualidade total**. 2ª. Ed. São Paulo: Bloch Editores, 1992.

CARVALHO, Antonio Ivo de. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de Pessoas e o Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações**. 2º reimpressão, Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

FRANÇOSO, Guilherme Castro. **In Comportamento Humano na Organização: Emoções Tóxicas**. In: www.rhcentral.com.br/artigo. Acesso em 07/03/2011.

FRANCO, Dermeval. **As Pessoas em primeiro lugar**. Rio de Janeiro. Qualitymark, 2003

FREITAS, C. M. & GOMEZ, C. M. **Análises de Riscos Tecnológicos na Perspectiva das Ciências Sociais**. Manguinhos, vol. III (3): 485 – 504, 1997.

HERTZMAN, C, SIDDIQI, A. Health and rapid economic change in the late twentieth century. *Soc Sci Med*. 2000 Sep;51(6):809-19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972426>

LOPES NETTO, A. **Normatização nas áreas de segurança e saúde no trabalho**. CIPA, São Paulo, v. 25, n. 292, p. 48-49, 2004.

MARZIALE Maria Helena Paluzzi, CARVALHO Emíla Campos. **Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia**. Rev Latino-Am Enfermagem [SciELO Scientific Electronic Library Online] 1998 [citado em 09 abr 2009]. 6:99-117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000100013&lng=en

NASCIMENTO, Eunice Maria; **EL SAYED, Kassem Mohamed. Administração de Conflitos.** In: Volume V - Gestão do Capital Humano, Coleção Gestão Empresarial - FAE Business School, Curitiba, Editora Gazeta do Povo, 2002.

ONOFRE, Carlos Eduardo Lins et al. **ERGONOMIA NA AMÉRICA LATINA: INICIATIVAS, ESTABELECIMENTO E CONSOLIDAÇÃO.** In: A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros / José Carlos Plácido da Silva, Luís Carlos Paschoarelli (orgs.). – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2010, p.100. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/b5b72/pdf/silva-9788579831201.pdf>. Acesso em: 15 mai 2016.

KARPINSKI, David; STEFANO, Silvio Roberto. **Qualidade de vida no trabalho e satisfação um estudo de caso no setor atacadista de beneficiamento de cereais. Ciências Sociais Aplicadas, [S.L.], n.1, p. 1-23, 2008.** Disponível em: <<http://www.unicentro.br>>. Acesso em: 19 nov. 2011.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. **Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 151-16, 2000.**

NAVARRO, Vera Lucia; PADILHA, Valquiria. **Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 1, n. esp., p. 14-20, 2007.** Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 5 jul. 2011.

RABELO, L.M. et al. **Fatores de risco para doença aterosclerótica em estudantes de uma universidade privada em São Paulo - Brasil. Arq. Bras. Cardiol., Rio de Janeiro, v.72, p. 569-74, 1999.**

RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Enfermagem e trabalho fundamentos para atenção à saúde dos trabalhadores.** 2. ed. São Paulo: Martins, 2012.

SANT'ANNA, Anderson de Souza; KILIMNIK, Zélia Miranda. **Qualidade de vida no trabalho: abordagens e fundamentos.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

SELLGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo; Cortez, 2011.

SANTOS, A.A.C. et al. **O diagnóstico da hipertensão arterial na criança e no adolescente. Pediatría, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 174-183, 2003.**

SOUTO, Daphnis F. **Saúde no trabalho: uma revolução em andamento.** Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2004.

TAVEIRA, L.F.; PIERIN, A.M.G. **Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients? Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 15, p. 929-935, 2007.**

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2008 : primary health care now more than ever.** 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL):
Position
paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 41, n.
10, p. 1403-1409, 1995.