

Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

• Apresentação

O documento que *Cadernos de Saúde Pública* (CSP) publica a seguir, serviu de base para as discussões da 1ª Reunião da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), realizada em Brasília no dia 15 de março de 2006. Trata-se de um documento de posição da CNDSS frente os determinantes sociais da saúde no Brasil e as possibilidades de atuação sobre eles, particularmente com vistas ao combate às iniquidades de saúde.

O documento faz uma breve revisão dos principais achados mais recentes da literatura científica mundial sobre o tema das iniquidades, destacando dois: o primeiro é a constatação de que uma vez superado um determinado nível de PIB *per capita*, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um dado país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui. O segundo achado é que a deterioração das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos é um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda têm um impacto negativo sobre a situação de saúde. Países com grandes iniquidades de renda e, conseqüentemente, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, essenciais para a promoção e proteção da saúde.

O documento também aponta para o duplo desafio que o país enfrenta, pois além das grandes iniquidades possui significativos setores da população em situação de pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz frente ao Estado e à sociedade.

Essa revisão da literatura aponta para a necessidade de um esforço concentrado do Estado e da sociedade civil com vistas ao estabelecimento de políticas e programas, firmemente sustentados, por um lado, em conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações, com vistas a identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas e, por outro lado, em um sólido apoio político dos mais variados segmentos da sociedade.

A CNDSS se propõe a contribuir para a definição de políticas fundamentadas nesses dois pilares. A própria diversidade de sua composição, na qual se incluem personalidades das vidas científica, cultural, econômica e social do país, expressa o reconhecimento de que a saúde é um bem público a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira.

O documento finaliza apresentando as principais linhas de atuação da CNDSS, cujo desenvolvimento implica um trabalho articulado junto a diversos setores sociais, particularmente a comunidade científica, gestores/tomadores de decisão e o público em geral.

Após o lançamento da CNDSS, uma série de atividades vem sendo implementadas no âmbito dessa linha de atuação, as quais podem ser encontradas na página institucional da Comissão, no endereço <http://www.determinantes.fiocruz.br>.

Com relação às atividades mais diretamente relacionadas com a comunidade científica da saúde pública, principal público leitor de CSP, vale destacar o Edital convocando o envio de projetos de pesquisa sobre os temas “Determinantes Sociais da Saúde”, “Saúde da Pessoa com Deficiência”, “Saúde da População Negra” e “Saúde da População Masculina”. O Edital é uma iniciativa conjunta da CNDSS, do Ministério da Saúde (MS), por meio de seu Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), e do Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sendo que o total de recursos alocados pelo MS para os quatro temas é de 10 milhões de Reais. O prazo final para envio das propostas foi 25 de julho, estando previsto o início da contratação dos projetos aprovados a partir de 13 de novembro de 2006.

Para efeito do Edital, os Determinantes Sociais da Saúde são entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Foram priorizadas três linhas de pesquisa: (1) desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de gênero da morbimortalidade e dos fatores de risco; (2) desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais; e (3) aspectos metodológicos dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde.

Dado que este conjunto de pesquisas possui como compromisso básico produzir conhecimentos para fundamentar políticas e programas de combate às iniquidades, a própria gestão do processo de seleção e acompanhamento dos projetos deve ser coerente com este compromisso. A seleção das propostas deverá levar em conta seu mérito científico e relevância social, e estará a cargo de Comitês que incluem membros da CNDSS ou profissionais por ela indicados. O acompanhamento dos projetos selecionados será feito por meio de redes de colaboração e seminários periódicos entre pesquisadores, membros da CNDSS, gestores e tomadores de decisão para discussão e divulgação de resultados preliminares. A avaliação de resultados dos projetos também será feita por mecanismos que envolvam a participação de diversos atores, levando em conta tanto o mérito científico como a análise de implicações desses resultados para políticas e programas.

Outro conjunto de atividades de interesse particular para a comunidade científica se refere à organi-

zação de seminários metodológicos para avaliar o “estado da arte” de metodologias relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde, e elaborar recomendações para sua disseminação e utilização por parte da comunidade científica, gestores, membros da administração pública e outros interessados. Dois seminários deverão realizar-se em 2006: *Avaliação de Intervenções para Combate das Iniquidades em Saúde* (Brasília; setembro de 2006) e *Medição de Iniquidades em Saúde* (Campinas; outubro de 2006). Os seminários deverão contar com especialistas nacionais e estrangeiros que deverão preparar documentos de trabalho para serem submetidos à discussão. Tais documentos, bem como as discussões e recomendações dos seminários serão amplamente divulgados pelo Portal de Determinantes Sociais da Saúde (a ser lançado em setembro), revistas científicas e impressos.

A CNDSS vem desenvolvendo também um trabalho de compilação, revisão e análise de sistemas de informação em saúde, com ênfase em dados e informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde, tendo por objetivo facilitar o acesso por parte de pesquisadores, gestores e público em geral. Além de identificar os sistemas de informação de abrangência nacional e respectivos acervos relativos a Determinantes Sociais da Saúde produzidos no Brasil por distintas fontes, esta atividade inclui também a descrição da metodologia de coleta e processamento dos dados e informações disponíveis em cada sistema; organização do acervo de forma a facilitar o acesso ao público não especialista e análise de seu potencial de uso. Os acervos e respectivas análises estarão disponíveis no Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde que será permanentemente atualizado, acompanhando as alterações dos sistemas de informação e de seus acervos.

A CNDSS realiza também um trabalho de disseminação de informações e conhecimentos científico-técnicos originais, publicando em formato eletrônico, em impresso próprio ou em revistas científicas os resultados parciais e finais de pesquisas e estudos apoiados pela Comissão, assim como documentos de reuniões e seminários promovidos pela mesma.

Evidentemente, o sucesso dessas e outras atividades da CNDSS dependerá do apoio e engajamento da comunidade científica brasileira em saúde pública, que nunca se furtou a participar de maneira decisiva em iniciativas que visem a construir um país mais justo e solidário.

Vamos ao documento!

• Introdução

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, ou seja, aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição de Margaret Whitehead, são um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil. A mortalidade infantil, cuja média nacional em 2004 foi de 23,1 por mil nascidos vivos, segundo dados do Ministério da Saúde, apresenta grandes disparidades regionais, observando-se taxas inferiores a 10 por mil nascidos vivos em alguns municípios do Sul e Sudeste e valores maiores do que 50 por mil nascidos vivos em áreas do Nordeste.

De acordo com o relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) de 2006 sobre a si-

tuação da infância brasileira, em 2000 a taxa de mortalidade em menores de cinco anos (TMM5) entre filhos de mulheres com até três anos de estudo era de 49,3 por mil nascidos vivos, quase 2,5 vezes maior que entre os filhos de mães com oito anos ou mais de estudo (TMM5 = 20,0 por mil nascidos vivos).

Os filhos adolescentes de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade têm uma probabilidade 23 vezes maior de chegar analfabeto à adolescência, se comparado com os filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo.

Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Já em meados do século XIX, Virchow entendia que a “*ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social*”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população.

Desde então muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Um dos principais desafios desses modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É este complexo de mediações que permite entender por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Evidentemente, o volume de riqueza gerado por uma sociedade é um elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há inúmeros exemplos de países com PIB total ou PIB *per capita* bem superior a outros que, apesar disso, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios.

Nos últimos anos, aumentaram também em quantidade e qualidade os estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos permitem constatar que uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui.

Em outras palavras, a desigualdade na distribuição de renda não é prejudicial à saúde somente dos grupos mais pobres, mas é também prejudicial para a saúde da sociedade em seu conjunto. Grupos de renda média em um país com alto grau de iniquidade de renda possuem uma situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem em uma sociedade mais equitativa. Um estudo comparativo entre os estados dos Estados Unidos da América, revelou que os indivíduos que vivem em estados com

grandes diferenças de renda possuem pior saúde que a daqueles com ingressos equivalentes, mas que vivem em estados mais igualitários. O Japão não é o país com maior expectativa de vida do mundo por ser o país mais rico ou porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercício, mas porque é um dos países mais igualitários do mundo.

Estudos vêm demonstrando que o principal mecanismo por meio do qual as iniquidades de renda produzem um impacto negativo na situação de saúde é o desgaste do chamado capital social, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Segundo vários autores, o desgaste do capital social em sociedades inequitativas explicaria em grande medida por que sua situação de saúde é inferior à de sociedades onde as relações de solidariedade são mais desenvolvidas. A debilidade dos laços de coesão social ocasionada pelas iniquidades de renda corresponde a baixos níveis de capital social e de participação política. Países com grandes iniquidades de renda, escassos níveis de coesão social e baixa participação política são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, que são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva.

No caso do Brasil o fardo é duplo, pois além de apresentar graves iniquidades na distribuição da riqueza há grandes setores de sua população vivendo em condições de pobreza que não lhes permite ter acesso a mínimas condições e bens essenciais à saúde. Além da renda dos 20% mais ricos ser 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, 24% da população economicamente ativa possui rendimentos menores que 2 Dólares por dia. O tema da pobreza também vem chamando a atenção de muitos autores, o que vem gerando uma mudança na maneira como a entendemos e nas formas para combatê-la. Para esses autores, a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nessa situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída.

Para ser coerente com essa nova maneira de entender a pobreza, as estratégias para combatê-la devem incluir tanto a geração oportuna de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e o aumento das capacidades desses grupos para melhor conhecer os problemas locais e globais, para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituir-se enfim em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social.

Infelizmente, esses e outros importantes avanços no conhecimento dos determinantes sociais das condições de saúde e em particular das iniquidades de saúde, encontrados na literatura científica brasileira e internacional, não se acompanham de um correspondente avanço na utilização desse conhecimento para a definição de políticas de saúde no país.

Isso se deve em grande medida à debilidade das relações entre o processo de produção do conhecimento e o processo de tomada de decisão sobre políticas e programas de saúde, o qual deveria basear-se em conhecimentos e evidências. Ambos os processos costumam desenvolver-se em separado, com lógicas,

agentes e espaços institucionais específicos. Por outro lado, a aproximação entre pesquisa em saúde e políticas de saúde com vistas à promoção da equidade não significa a despolitização das decisões sobre políticas em nome de uma racionalidade centralizadora baseada em evidência científica.

Em geral não há prescrições categóricas de políticas baseadas em resultados objetivos de pesquisas. Em geral a ciência ajuda a delimitar um leque de opções, mas a seleção entre elas se faz por meio de um processo que é essencialmente político, envolvendo diversos atores, com interesses diferenciados e eventualmente contraditórios. Para que haja uma maior utilização de resultados de investigação para a definição de políticas é necessário instrumentar a atuação desses diferentes atores, particularmente dos que usualmente estão excluídos do processo de decisão, buscando diminuir as enormes iniquidades de acesso a informações e conhecimentos.

Não há, portanto, nenhuma contradição entre, por um lado, a promoção de políticas baseadas em evidência e, por outro, a ampliação da participação social na definição das mesmas. Na realidade, para que as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade, é necessário o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e instrumentando sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes.

• A Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

Preocupado com as iniquidades que se verificam nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde e a outros serviços públicos que influenciam na situação de saúde, o Governo Brasileiro decidiu criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no bojo de um movimento mundial em torno desse tema, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na Assembléia Mundial da Saúde de 2004, o Diretor Geral da OMS, Lee Jong-Wook, propôs a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde, assim como intervenções que visem à melhoria das condições de saúde e à diminuição das iniquidades. A Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS-OMS) foi criada em março de 2005 e terá três anos de existência.

A CDSS-OMS é um fórum estratégico mundial formado por lideranças políticas, científicas e da sociedade civil organizada. A Comissão tem como meta global a busca de equidade em saúde e lidera um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde, com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde.

Entre os objetivos da CDSS-OMS, merecem destaque:

- A sistematização de evidências sobre experiências e formulação de políticas que enfocam os determinantes sociais em saúde;
- O fomento do debate junto à sociedade, para a implantação de ações de enfrentamento dos determinantes sociais em saúde;

- A definição de compromissos de médio e longo prazos com vistas a incorporar as desigualdades em saúde como tema central da agenda da OMS.

Em julho de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde reuniu, em Washington DC, Estados Unidos, os países da região das Américas e apresentou a proposta da CDSS-OMS, despertando o interesse dos países sobre a temática. Após essa reunião, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde lideraram o processo para a definição de uma agenda de atividades no Brasil, buscando respostas sociais organizadas para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde no país.

Em março de 2006, ao completar tão somente um ano da criação da comissão mundial, apressa-se o Brasil a participar dessa iniciativa, com o lançamento da CNDSS brasileira.

A CNDSS é fruto de um processo de construção da Reforma Sanitária que já dura pelo menos quatro décadas, e que teve como um de seus pontos culminantes haver logrado que a *Constituição Federal* do Brasil, aprovada em 1988, incorporasse o Art. 196 determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Apesar desse e de outros avanços alcançados nas últimas décadas, constatados pela melhoria de alguns índices de desenvolvimento social e pela criação de um Sistema Único de Saúde, baseado nos princípios de solidariedade e universalidade da assistência, grandes parcelas da população brasileira ainda sofrem de problemas geradores de importantes iniquidades de saúde, como o desemprego, a falta de acesso à moradia digna, ao sistema de saneamento básico, a serviços de saúde e de educação de qualidade e a um meio ambiente protegido.

O monitoramento dessas iniquidades e o estudo sistemático e aprofundado de seus determinantes deverão permitir identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que buscam combatê-las. Para que essas políticas sejam mais efetivas é necessário, portanto, por um lado, aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações e, por outro lado, facilitar a incorporação desses conhecimentos na definição e implantação das políticas. São esses os mais importantes desafios que a CNDSS se propõe a en-

frentar, com vistas a colaborar na construção de uma sociedade mais justa, igualitária e humana.

Serão suas principais linhas de atuação:

- Estimular a melhoria da qualidade e a completude das informações sócio-demográficas nos sistemas de informação oficiais da saúde, de forma a permitir o monitoramento das desigualdades sociais em saúde;
- Introduzir a temática dos determinantes sociais em saúde e das conseqüências das desigualdades na formação dos profissionais de saúde;
- Fomentar e mobilizar os profissionais e gestores de saúde em prol de políticas públicas focadas explicitamente na busca da equidade em saúde;
- Mobilizar a sociedade civil para a defesa do princípio da equidade na execução das políticas públicas pertinentes;
- Criar instrumentos que possibilitem a circulação, na sociedade, dos conhecimentos e direitos relativos aos determinantes sociais em saúde;
- Criar fóruns intersetoriais para o debate do tema e estabelecimento de compromissos pactuados de enfrentamento do problema, incluindo a discussão de modelos de políticas de curto, médio e longo prazos;
- Estimular a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, através de linhas específicas de financiamento à pesquisa e de apoio à formação de investigadores;
- Incluir metas para redução das desigualdades sociais em saúde de maneira explícita nas políticas sociais;
- Articular-se com outras iniciativas de políticas públicas de redução da pobreza e de riscos à saúde;
- Promover a defesa e indução de ações para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde no Brasil junto às três esferas de governo, nos âmbitos executivo e legislativo;
- Garantir a inclusão e a execução nos orçamentos públicos das três esferas de governo de ações dirigidas à redução das iniquidades em saúde, trabalhando em estreita articulação com o Grupo Ministerial Intersetorial vinculado à CNDSS.

Paulo M. Buss
Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.
Presidência, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
buss@fiocruz.br

Alberto Pellegrini Filho
Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.