

Matheus Cantanhêde da Rosa

**SOBRE OS OMBROS DE GIGANTES:
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA SAÚDE PÚBLICA**

Rio de Janeiro

2019

Matheus Cantanhêde da Rosa

**SOBRE OS OMBROS DE GIGANTES:
ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE NA SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência, Sociedade e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Simone Cynamon Cohen

Coorientador: Prof. Dr. Willer Baumgarten
Marcondes

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R788s Rosa, Matheus Cantanhêde da.
Sobre os ombros de gigantes: estratégias de promoção da
equidade na saúde pública / Matheus Cantanhêde da Rosa. -- 2019.
126 f. : il. color.

Orientadora: Simone Cynamon Cohen.
Coorientador: Willer Baumgarten Marcondes.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Pobreza. 2. Equidade. 3. Justiça Social. 4. Determinantes
Sociais da Saúde. 5. Bioética. 6. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 613

Matheus Cantanhêde da Rosa

Sobre os ombros de gigantes:
estratégias de promoção da equidade na Saúde Pública

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Violência, Sociedade e Saúde.

Aprovada em: 22 de Março de 2019

Banca Examinadora

Prof. Dr. Raphael de Souza Guimarães
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.^a Dr.^a Rosa Maria da Rocha
Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

Prof.^a Dr.^a Simone Cynamon Cohen (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2019

A Nós.

AGRADECIMENTOS

Sou grato ao Universo, por fazer de mim Sonhador.

Ao meu pai e à minha mãe, por orientarem e nutrirem meus sonhos.

Aos meus irmãos e à minha irmã, que me encorajam a sonhar.

Aos meus tios e tias, por incentivarem minha capacidade de sonhar.

Aos meus amigos, por acreditarem nos meus sonhos.

À minha orientadora e ao meu coorientador, por não permitirem que eu desistisse de meus sonhos.

Aos meus mentores, que me entusiasmam a seguir meus sonhos.

A todos os Nomes – os Imaginários e os Reais – que me inspiram a seguir sonhando.

Aos Gigantes a caminhar no Mundo antes de mim, ensinando a transformar os Sonhos em Realidade.

Com grandes poderes, vêm grandes responsabilidades.

Stan Lee

RESUMO

As iniquidades socioeconômicas têm forte impacto nos desfechos observados na saúde pública, aumentando níveis de morbidade e mortalidade. Maiores níveis de equidade são, portanto, indispensáveis à boa saúde da população. Contudo, é desafiador definir a equidade e mais ainda encontrar meios de operacionalizá-la. Para chegar à definição, este trabalho revisa as teorias de Justiça de John Rawls, autor consagrado no tema; de Amartya Sen, contemporâneo e crítico de Rawls; e da Bioética Latino-Americana, que propõe contrapontos ao pensamento liberal estadunidense dos autores anteriores. A partir dessa revisão, analisam-se as formas de mensurar a equidade, operacionalizando-a, por meio de estudos do campo da saúde pública. Constata-se o caráter ético da equidade, o qual traz desafios tanto à definição nas políticas públicas, resultando em polissemia, quanto à aplicação prática do conceito. Observam-se os efeitos dessas dificuldades nas políticas nacionais de saúde, que estabelecem diferentes descrições e poucos indicadores, entendendo a equidade como o comparativo entre as situações de saúde das “minorias” e das “maiorias”. O Programa Bolsa-Família mostrou-se a principal política brasileira de promoção da equidade socioeconômica em tempos recentes, buscando eliminar a pobreza intergeracional - com relativo grau de sucesso, porém com necessidades de aprimoramento para cumprir com o objetivo. A revisão da literatura internacional das estratégias de redução da pobreza, utilizando o método das matrizes, identifica e compara diferentes categorias de intervenções (programas de transferência de renda; microcrédito; serviços de saúde; preservação ambiental; emprego), destacando seus pontos fracos e fortes. Constata-se que o tipo de estratégia é menos relevante para o sucesso da intervenção que a forma como é aplicada, a qual requer embasamento no paradigma da complexidade, participação comunitária e ênfase na promoção do capital humano e social. Conclui-se que o desenvolvimento ético é indispensável para efetivar a equidade na sociedade, condição sem a qual as medidas de redução da pobreza se convertem em ações paliativas para suprimir as iniquidades, até que se desenvolva senso mais elevado de justiça.

Palavras-chave: Pobreza. Equidade. Justiça social. Determinantes sociais da saúde. Complexidade.

ABSTRACT

Socioeconomic inequities have a strong impact on the outcomes observed in public health, increasing levels of morbidity and mortality. Greater levels of equity are therefore indispensable to the good health of the population. However, it is challenging to define equity and even more to find ways to operationalize it. To reach the definition, this work reviews the theories of Justice of John Rawls, author dedicated to the subject; by Amartya Sen, contemporary and critic of Rawls; and of Latin American Bioethics, which proposes counterpoints to the American liberal thinking of the previous authors. Based on this review, we analyze the ways of measuring equity, making it operational, through studies in the field of public health. The ethical character of equity is presented, which challenges both the definition in public policies, resulting in polysemy, and the practical application of the concept. We highlight the effects of these difficulties on national health policies, which establish different descriptions and few indicators, conceptualizing equity as the comparative between health situations of "minorities" and "majorities". The Bolsa Família Program was the main Brazilian policy to promote socioeconomic equity in recent times, seeking to eliminate intergenerational poverty – with a relative degree of success, but requiring improvements to reach the proposed goal. The review of the international literature on poverty reduction strategies, using the matrix method, identifies and compares different categories of interventions (income transfer programs, microcredit, health services, environmental preservation, employment), highlighting their strengths and weaknesses. It is noted that the type of strategy is less relevant to the success of the intervention than the way it is applied, which requires a basis in the paradigm of complexity, community participation and emphasis on the promotion of human and social capital. It is concluded that ethical development is indispensable for effecting equity in society, a condition without which poverty reduction measures become palliative actions to suppress inequities until a higher sense of justice arises.

Keywords: Poverty. Equity. Social justice. Social determinants of health. Complexity.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	EQUIDADE, JUSTIÇA E SAÚDE	18
1.1	JOHN RAWLS: JUSTIÇA COMO EQUIDADE.....	24
1.1.1	Os princípios de justiça	28
1.2	AMARTYA SEN: EQUIDADE COMO LIBERDADE	30
1.3	BIOÉTICA: EQUIDADE COMO DEVER.....	35
2	MEDIDAS DE EQUIDADE	45
2.1	EQUIDADE, POBREZA E SAÚDE.....	50
2.2	EQUIDADE, SAÚDE E COMPLEXIDADE	52
3	EQUIDADE E POLÍTICAS NACIONAIS	62
3.1	EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.....	62
3.2	EQUIDADE E POLÍTICAS SOCIAIS.....	66
3.3	COMPLEXIDADE E POLÍTICAS NACIONAIS.....	69
4	METODOLOGIA	73
4.1	OBJETO DO ESTUDO.....	73
4.2	TIPO DO ESTUDO.....	73
4.3	COLETA DE DADOS.....	74
4.4	ANÁLISE DE DADOS.....	75
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	76
5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	78
5.1	MICROCRÉDITO.....	84
5.2	TRANSFERÊNCIA DE RENDA.....	86
5.3	SERVIÇOS DE SAÚDE.....	93
5.4	PRESERVAÇÃO AMBIENTAL.....	95
5.5	EMPREGO.....	97
5.6	SUBINDO EM OMBROS DE GIGANTES.....	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	119

A minha inspiração são os homens e as mulheres que surgiram em todo o globo e escolheram o mundo como o teatro das suas operações, e que lutam contra as condições socioeconômicas que não promovem o avanço da Humanidade, onde quer que este ocorra. Homens e mulheres que lutam contra a supressão da voz humana, que combatem a doença, a iliteracia, a ignorância, a pobreza e a fome. Alguns são conhecidos, outros não.

Essas são as pessoas que me inspiraram.

Nelson Mandela

INTRODUÇÃO

A Carta Magna brasileira afirma que a saúde, direito de todos e dever do Estado, será garantida tanto com políticas sociais quanto com econômicas (BRASIL, 1988). Simultaneamente, a lei 8.080/90 apresenta fatores determinantes e condicionantes à saúde – que incluem educação, habitação, alimentação, renda, entre outros. Elementos estes que influenciam as condições de saúde e que participam na sua efetiva promoção e garantia (BRASIL, 1990).

O estudo da saúde no Brasil e no mundo revela diferenças no acesso a bens e serviços relacionados a essa dimensão da vida, conforme certas características populacionais. Um elemento comum na falta de acesso aos variados serviços é a iniquidade econômica, fator determinante das e correlacionado às demais iniquidades. Registros de 1980 a 2016, baseados na razão entre a renda dos mais ricos e a dos mais pobres, mostram o aumento global da iniquidade, interpretado como marco do fim dos regimes igualitários do pós-guerra. Medições a partir da década de 1990 indicam que Brasil, Oriente Médio e África Subsaariana são exceções, com níveis de iniquidade estáveis, porém extremamente altos, até 2016 (WORLD INEQUALITY LAB, 2018). O número de pessoas em extrema pobreza (com menos de US\$ 1,90 diários ou cerca de R\$ 104 mensais, segundo o Banco Mundial) no mundo decresceu entre 1990 e 2015, mas a velocidade da redução diminuiu pela metade desde 2013. Em alguns lugares, como na África Subsaariana, os números da extrema pobreza voltaram a aumentar. Mesmo com a redução, quase metade da população mundial (3,4 bilhões de pessoas) ainda vive em situação de pobreza, com menos de US\$ 5,50 diários ou R\$ 406 mensais (OXFAM, 2019).

No Brasil, os 10% mais ricos da população recebem cerca de 55% da renda nacional, enquanto a metade mais pobre recebe menos de 15%. Entre 2001 e 2015, a porção de renda nacional dos 10% do Topo da pirâmide econômica passou de 54,3% a 55,6%. Ao mesmo tempo, a porção dos 50% da Base passou de 12,6% a 13,9%. O ganho dos dois estratos implicou na perda equivalente (cerca de 2,5%) dos 40% do Meio (MORGAN, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal brasileiro, desagregado em seus componentes (escolaridade, longevidade, renda), mostra variações na iniquidade em comparações populacionais (por exemplo, negros/brancos, mulheres/homens). Entre 2000 e 2010, a renda média de brancos e de negros aumentou; contudo, a diferença entre elas passou de 497 reais a 588 reais, um aumento de 18%. Tanto em 2000 quanto em 2010, a renda de brancos era mais que

o dobro da renda dos negros. Entre mulheres e homens, a iniquidade de renda diminuiu no mesmo período, indo de 483 reais de diferença entre rendas médias a 411 reais, uma queda de 17,5%. Nos dois anos, a renda média feminina correspondia a 70% da masculina (PNUD, IPEA, FJP, 2017), revelando algum grau de persistência da iniquidade.

Em 2016, no Brasil, o rendimento médio per capita da parcela de 1% de domicílios mais ricos foi 38,4 vezes maior que o dos 50% de domicílios mais pobres (IBGE, 2017). Entre 2016 e 2017, a população em situação de pobreza aumentou de 52,8 milhões para 54,8 milhões (IBGE, 2018).

A renda está associada ao desempenho escolar: no Brasil, a frequência escolar dos estudantes de ensino médio, entre 15 e 17 anos, é de 54,7% para o quintil mais pobre da população, enquanto no quintil mais rico é de 90,7% (IBGE, 2018). O fenômeno se repete entre as crianças de 0 a 5 anos, cuja frequência escolar no quintil mais baixo é de 46%, comparada com os 66,9% do quintil mais rico. A taxa de frequência mostrou correlações com o nível de escolaridade mais alto do domicílio da criança: nos lares de moradores sem instrução ou com ensino fundamental incompleto, a frequência foi de 46,9%; já nos lares em que o morador mais instruído tinha ensino superior completo, a frequência das crianças de 0 a 5 anos chegou a 62,2% (IBGE, 2018).

Dados da OCDE (2018) apontam a transgeracionalidade da educação e da renda, e a ligação entre as duas. Segundo os estudos do órgão internacional, quando os pais têm baixo nível de escolaridade, apenas 40% dos filhos chega ao ensino médio e cerca de 10% chega ao ensino superior, ante mais de 60% dos filhos dos pais com níveis mais altos de formação. Presumivelmente, as tendências na educação se refletem na ocupação (aproximadamente 50% dos filhos de gestores exerce funções de gestão, ao par que menos de 25% dos filhos de trabalhadores manuais chega à mesma posição) e na renda (40% daqueles que nasceram no quartil mais alto de renda continuam nesse estrato no futuro): filhos “herdam” a profissão dos pais e também seu nível de riqueza. Segundo as análises da OCDE (2018), a mobilidade social entre as gerações apresenta graus diferentes de intensidade conforme o país. A média entre os países membros é de cerca de 40% (significando que até 40% da posição social de um indivíduo depende da posição social de seus pais), enquanto no Brasil esse valor é de quase 70%, indicando baixa elasticidade na mobilidade social.

Segundo Barata (2009), as desigualdades em saúde têm suas raízes nos diferentes fatores

representados pelos determinantes sociais da saúde, os quais incluem a situação econômica. Essas desigualdades em saúde se caracterizam como “disparidades injustas e evitáveis (ou remediáveis) nas condições de saúde de diferentes grupos populacionais. As iniquidades em saúde causam sofrimento desnecessário e são fruto de condições sociais adversas ou de políticas públicas que não estão dando certo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011b, p. vii).

Compreende-se, então, que o bem-estar social, mencionado em ambos os documentos jurídicos citados previamente, está ligado ao bem-estar econômico, na maior parte dos casos como decorrência desse, no que se observa na qualidade da saúde e do acesso a ela.

Cita-se a questão socioeconômica diversas vezes ao longo de diferentes documentos dirigidos à promoção da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011a, 2011b, 2009, 2000, 1986, 1978), enfatizando sua relação com as iniquidades em saúde e a necessidade de erradicar a pobreza como forma de promover a saúde em âmbito global. Constata-se, desde o século XIX, que as desigualdades socioeconômicas geram iniquidades em saúde e que, portanto, a distribuição justa da riqueza é capaz de melhorar significativamente os níveis de saúde (BARATA, 2009; CARVALHO, BUSS, 2012). Como exemplo dessa relação, podem ser mencionadas as doenças negligenciadas, colocadas (e deixadas) nessa condição por se manifestarem em populações de baixa renda em países considerados em desenvolvimento. Situação que também reflete a desigualdade no acesso às tecnologias de promoção da saúde, igualmente correlatas ao menor poderio financeiro das nações com menor acesso (BERMUDEZ, 2014).

As iniquidades socioeconômicas regionais brasileiras refletem as iniquidades em saúde no país. De acordo com Szwarcwald *et al* (2016), as regiões mais pobres, Norte e Nordeste, tem mais de 80% da população na classe C ou abaixo. No caso das classes D e E, a proporção nessas regiões (40,9% e 42,5%, respectivamente) é praticamente o dobro da região Centro-Oeste, o terceiro maior valor (21,5% da população nas duas classes mais baixas), e cerca de 70% maior que a média nacional (24,5%). A proporção das classes A e B (16,8% e 18,6%) é de menos da metade das duas regiões mais ricas, Sudeste e Sul (40,2% e 42,8%, respectivamente), e pouco mais do que a metade da média nacional (32,7%). A expectativa de vida de nortistas e nordestinos é a menor do país (71,5 e 72,2 anos), próxima a dos habitantes do Centro-Oeste (74,4 anos), e cerca de 5 anos menor que a das regiões mais ricas (76,6 anos no Sudeste e 76,9 no Sul). As disparidades intrarregionais são ainda maiores: em uma das regiões mais pobres de São Paulo,

a idade média ao morrer é de 54 anos, já em uma das regiões mais ricas, é de 79 anos (OXFAM, 2017). No Rio de Janeiro, a expectativa de vida das regiões mais ricas da cidade é 12,8 anos maior que a das periferias, e a expectativa de vida saudável entre idosos é duas vezes maior no primeiro grupo (SZWARCOWALD *et al*, 2011).

As duas regiões mais pobres do Brasil apresentam os piores níveis de saúde auto-avaliada (6,8% e 8,3% das respectivas populações declarando ter saúde ruim), os únicos acima da média nacional (5,8%), significativamente maiores que o resultado mais baixo, o da região Sudeste (4,4%). Em todas as regiões, a saúde auto-avaliada como ruim é maior entre as mulheres (média nacional de 6,7%) do que entre os homens (média nacional de 4,8%).

Barros *et al* (2016) identificam que a população mais pobre mostra prevalência quase quatro vezes maior de comportamentos prejudiciais à saúde, como o consumo de álcool, tabaco, má alimentação e falta de atividade física. Todos esses são fatores de risco associados às doenças crônicas, que afetam 45% da população acima de 18 anos e são responsáveis por 72% das mortes no Brasil (MALTA *et al*, 2016). A menor prevalência das doenças crônicas no Norte e Nordeste é interpretada como consequência da falta de acesso aos serviços de saúde nessas regiões, cujo número de médicos por 1.000 habitantes (0,9 e 1,09) é bastante inferior à média nacional (1,86) (MALTA *et al*, 2016; SZWARCOWALD *et al*, 2016).

Quando se trata da promoção da justiça social, o empoderamento financeiro frequentemente se destaca como campo de ação. Com o desenvolvimento econômico dos indivíduos, abre-se o acesso a mais bens e serviços que promovem a melhoria da qualidade de vida e, coletivamente, promovem o desenvolvimento humano (BARATA, 2009; CARVALHO, BUSS, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009, 2011a; PAIM, 2009). Estudos revelam que o aumento no volume da riqueza, expresso pelo PIB, não implica na garantia de melhora da saúde da população. A partir de certo ponto do crescimento econômico, o mais relevante para as condições de saúde de um país é como sua riqueza é distribuída (BARATA, 2009; CARVALHO, BUSS, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011b). As experiências de promoção da saúde que mostraram maior sucesso visavam modificar políticas econômicas geradoras de pobreza. Desse modo, a promoção da saúde será mais exitosa com políticas reguladoras da atividade econômica que ampliem o acesso à riqueza (BARATA, 2009; CARVALHO, BUSS, 2012).

Entende-se, com isso, haver desigualdades no acesso não somente aos serviços de saúde

em si, mas aos fatores que influenciam as condições de saúde - os determinantes sociais. Certamente, é válido que qualquer cidadão possa acessar os serviços de saúde ao adoecer. Porém, é ainda mais louvável que se desenvolvam ações em saúde que reduzam os riscos da população adoecer. Eis a relevância de trabalhar pela melhor distribuição da riqueza: fortalecer a prevenção de agravos e a promoção da saúde para garantir o acesso a condições de viver com qualidade e dignidade (ALMEIDA FILHO, 2011; BARATA, 2009; CARVALHO, BUSS, 2012). Destaca-se que tais medidas, mesmo quando direcionadas à parcela da população com menor acessibilidade econômica e, conseqüentemente, maiores vulnerabilidades sociais, geram resultados positivos para toda a sociedade: ao elevar as condições de saúde das populações mais pobres, aumentam-se também as das mais ricas. Da mesma forma, ao compartilhar a riqueza, promove-se o desenvolvimento socioeconômico de toda a nação (CARVALHO, BUSS, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011a, 2011b, 2000). Por serem tais obstáculos remediáveis, é maior a responsabilidade da saúde pública em encontrar formas para assegurar que o sejam. Com base nas evidências reunidas para este estudo, a finalidade deste trabalho é apresentar *como* a maior equidade pode ser alcançada.

Diante do cenário da saúde pública, conforme exposto acima, surge o questionamento: quais as formas de redução da pobreza analisadas na literatura científica e o que se apreende delas? Tem-se por base que as experiências registradas, caso existam, podem orientar estratégias gerais, a partir de seus principais pontos comuns, de suas divergências e, especialmente, de seus resultados. Assim, o principal objetivo é de revisar as estratégias já conhecidas para divisar um plano de redução da pobreza, promovendo a equidade. Para tanto, objetiva-se debater o conceito de equidade em saúde e sua articulação com políticas públicas e sociais. Segundo Carvalho e Buss (2012, p. 134), a “saúde pública (...) deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população”. Isso faz da redução das iniquidades sociais um dos principais esforços a ser empreendido pela saúde pública em âmbito global, como forma de promoção da saúde. A saúde pública, como campo de conhecimento e ação profissional, compartilha da responsabilidade de encontrar soluções para problemas gerados pelas disparidades sociais injustas que se refletem em adversidades na saúde. Mais do que a responsabilidade, conta com o potencial para encontrar as respostas necessárias aos questionamentos causados pelas condições de iniquidade, já que esta ciência traz em seu paradigma o mesmo pensamento sistêmico das condições multifatoriais geradoras de iniquidade.

Estabelecendo o terreno para debate, o primeiro capítulo apresenta a revisão do conceito de equidade, buscando definições que permitam a aplicação prática do princípio, cuja abstração permite múltiplas compreensões, nem sempre condizentes entre si ou operacionalizáveis. A revisão começa pela teoria de John Rawls, autor celebrado no campo da justiça social, central para os estudos no tema da equidade. A sequência traz os estudos de Amartya Sen, outro autor de amplo reconhecimento no debate a respeito das iniquidades sociais, que oferece questionamentos e complementos à teoria rawlsiana. Como contraponto ao paradigma liberal estadunidense dos dois autores, incluem-se as reflexões da bioética, com ênfase em sua vertente latino-americana, que destaca pontos ignorados pelas teorias anteriores. Permeando a narrativa, estão pontuações a respeito da equidade e da justiça conforme a filosofia de Platão e, mais destacadamente, de Aristóteles.

Diante do desafio de oferecer um conceito único de equidade que se traduza em ações práticas, o segundo capítulo se debruça sobre as medidas de equidade. Revisando conteúdos da saúde pública, procura-se entender qual a perspectiva desse campo científico orientando o uso da equidade de modo concreto, operacional. Com a diversidade de métricas e métodos, relacionados às múltiplas interpretações, argumenta-se em favor da alternativa inversa: ao invés de formalizar um conceito para aplicar à realidade, sugere-se analisar a realidade e dela extrair a definição de equidade e seus caminhos de aplicação. A análise observa estatísticas sociais para oferecer exemplos das constatações originadas.

Em continuidade à linha de pensamento, o terceiro capítulo se dedica a pensar a equidade nas políticas públicas do Brasil. Como elemento teórico, estuda-se a definição de equidade conforme as políticas nacionais de saúde. Quanto ao aspecto prático, o capítulo revisa dados dos efeitos do Bolsa Família, programa constituído com o objetivo de reduzir a pobreza, para divisar falhas e sucessos nas ações concretas de promoção da equidade.

Estabelecidas as bases da reflexão proposta por este trabalho, o quarto capítulo introduz a metodologia de pesquisa, descrevendo o caminho de acesso às fontes que sustentam a finalidade maior deste trabalho: compreender quais as estratégias possíveis para reduzir a pobreza e promover a equidade. Estima-se, com a revisão da literatura obtida, chegar a um eixo comum que oriente ações futuras.

O quinto capítulo apresenta a análise e a interpretação dos resultados obtidos, os quais foram reunidos, sintetizados e avaliados seguindo o método das matrizes de revisão de literatura.

Descrevem-se as principais categorias de estratégias, as formas como foram aplicadas a cada contexto, efeitos negativos e positivos, e suas limitações e potencialidades. Por fim, relatam-se os pontos de aproximação identificados, dizendo mais respeito à forma de aplicação das estratégias do que ao modelo de intervenção em si.

A conclusão do trabalho propõe novas reflexões e questionamentos a respeito da promoção da equidade. Assume-se a posição de que não se encontram grandes inovações quanto às estratégias ou aos métodos utilizados, alguns já familiares há décadas. O que se percebe é uma lacuna no que tange a disseminação dessas experiências e dos conhecimentos construídos, por vezes resultando na atitude de “reinvenção da roda”. Finaliza-se com o questionamento do quanto as estratégias de redução da pobreza são suficientes para a promoção da equidade, considerando que as iniquidades, falhas na formação da estrutura social, sejam apenas o sintoma de um problema maior, a falha na formação da ética e da moral humana.

Superar a pobreza não é um gesto de caridade. É um ato de justiça. É a defesa de um direito humano fundamental, o direito à dignidade e a uma vida decente.

Nelson Mandela

1 EQUIDADE, JUSTIÇA E SAÚDE

Este capítulo apresenta o debate que circunda a definição de equidade, a partir das diferentes visões envolvendo o conceito, resultando na polissemia - múltiplas interpretações para o mesmo termo. Nesse debate, traça-se uma breve perspectiva histórica, iniciando com os aspectos filosóficos formulados na Grécia Antiga, ligando a equidade à ética, e seguindo com a análise do conceito até os tempos atuais. No percurso, ênfase é dada às ideias de Aristóteles, quem cunhou a compreensão de equidade que dá sustentação às demais. Disso, passa-se aos estudos de John Rawls, cuja extensa dedicação ao conceito de justiça, diretamente ligado ao de equidade, faz dele autor renomado e indispensável ao se tratar do tema. Após, são comentadas as propostas de Amartya Sen, economista que foi contemporâneo e crítico de Rawls, construindo uma teoria de equidade que complementa a justiça rawlsiana. Na sequência, são expostos argumentos da bioética latino-americana: a bioética por, como disciplina, trazer o questionamento ético-moral ao âmbito das ciências, e sua vertente latino-americana por criticar a tendência liberal anglo-saxã dos dois autores anteriores, ampliando as reflexões. Ao final do capítulo, traçam-se as considerações a respeito das semelhanças e diferenças entre os entendimentos apresentados e a concepção de equidade que podemos construir a partir deles.

O conceito de equidade vem sendo trabalhado desde a Grécia Antiga, quando já era associada à justiça: diversos filósofos pré-socráticos concebiam a justiça como uma força universal, ordenadora de toda a natureza. Dessa justiça cósmica, advinham os princípios que formam a justiça em âmbito terreno, regendo as relações entre as pessoas e a sua organização social. O grupo de filósofos conhecido como sofistas, em contraponto, definia a justiça como convenção, relativizando-a e a sua aplicação na vida cotidiana (SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005).

Entre os pós-socráticos, Platão entende a justiça como a base da ética e da política, preocupando-se em descrever sua aplicação dentro da sociedade. Aristóteles, que dá sequência à elaboração platônica, coloca a justiça como virtude primeira na organização da sociedade, essencial para qualquer tipo de coesão grupal, sobretudo os que orientam a formação dos Estados. A justiça, para ambos, age como instrumento de mediação entre pessoas, preservando a paz e a harmonia de todos (SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005).

É com a filosofia aristotélica que a maioria das noções atuais de justiça são construídas. O estagirita foi o primeiro a descrever o aspecto distributivo da justiça, ao qual é atribuída a equidade na oferta dos recursos disponíveis (SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005). É também ele quem expressa a justiça como a distribuição de recursos desiguais àqueles que vivem em condições desiguais – o conceito hoje conhecido como “discriminação positiva”, chamado por ele de “justa distribuição desigual”. A partir dos trabalhos de Aristóteles, torna-se mais clara a diferença entre igualdade e equidade, pois, para alcançar a condição de justiça, tratamentos desiguais podem ser necessários (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017).

As definições aristotélicas de justiça são criticadas ou reafirmadas, em diferentes graus, por uma sequência de outros filósofos, tais como Hobbes, Rousseau e Hume. Mais recentemente, no início do século XX, um dos principais autores a tratar do tema, recuperando os valores de Aristóteles e os expandindo, é o pensador liberal John Rawls.

Criticando o modelo utilitário de justiça que o precedeu, Rawls descreve a justiça não como resultante dos interesses coletivos, mas como o valor prévio a todos eles, possibilitando a existência de consensos na sociedade (SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005). Para ele, quando há a concepção pública da justiça – princípios que são, de modo geral, bem definidos para todos e percebidos como aplicados a todos – há maior disposição para cooperar com a justiça. Sabendo quais os princípios e vendo que são aplicados, os cidadãos mais facilmente assumem a *posição original*, lugar de neutralidade de onde é mais fácil aplicar a justiça, assim como aceitar os seus efeitos, incluindo a justa distribuição desigual (RAWLS, 1997).

Desde então, vários outros autores estudaram a equidade, a justiça e a associação entre as duas. As ideias de Rawls, que se tornaram referência central para pensar a justiça social, são redimensionadas pelo economista Amartya Sen, que inclui entre os bens primários, aos quais a justiça rawlsiana busca assegurar o direito, a saúde (RIBEIRO, 2015). Para a aplicação da justiça, Sen (2006) levanta duas questões: *para quem* se busca a igualdade, e se busca igualdade *de quê?* Desenvolvendo sua resposta, Sen é mais um a afirmar que a distribuição igual de recursos pode causar injustiças ou reforçar aquelas já existentes, sendo preciso, portanto, atribuir recursos de forma diferenciada aos que estão em situações desiguais (SEN, 2006; SIQUEIRA-BATISTA, SCHRAMM, 2005).

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) relaciona dez Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ao termo equidade. A descrição de *equidade* fala na redução ao mínimo das

desigualdades injustas e evitáveis, oferecendo às pessoas recursos conforme as necessidades que elas apresentam e demandando, financeiramente, dentro da medida com que podem de fato contribuir (DECS, 2018). Mais específica, a *equidade em saúde* corresponde a dar a todos a oportunidade de chegar ao ponto mais alto do potencial de saúde independentemente das circunstâncias sociais de origem, como o status socioeconômico (DECS, 2018). A *equidade na alocação de recursos* compõe a distribuição desses buscando reduzir as diferenças injustas entre grupos, balanceando interesses individuais e coletivos, oferecendo mais recursos aos que menos os têm e vice-versa (DECS, 2018). Já os *estratificadores de equidade* oferecem parâmetros com os quais dimensioná-la e avaliá-la, como a educação, classe social, sexo, local de residência, etnia e outros mais (DECS, 2018) - referenciais necessários, tendo em vista a complexidade que envolve a efetiva aplicação da equidade na sociedade. Os seis descritores restantes se dirigem a expressões da equidade (seja vertical, horizontal, ou a percepção da mesma), bem como em campos específicos nos quais pode ser avaliada de modo mais objetivo (em cobertura, no acesso a água e no acesso a serviços de saúde).

Ao estudar a equidade em saúde, poder-se-ia optar por utilizar a definição desta, ignorando as demais. Porém, entendendo-a como um ramo específico da equidade, pode-se dizer que ela soma um entendimento específico ao conceito mais amplo, ao invés de substituir uma definição por outra. Com isso, pode-se descrever a equidade em saúde como a busca por reduzir as diferenças injustas com o objetivo de assegurar a oportunidade ao pleno potencial de saúde (DECS, 2018).

Percebe-se que essas definições trazem em seu cerne o questionamento a respeito da distribuição populacional de certas características, sejam os resultados observados em saúde, sejam os recursos atrelados a esses desfechos. Pressupõe-se a comparação entre indivíduos ou grupos por meio de critérios, a partir da qual será possível averiguar a existência de condições iníquas. Mesmo com base em critérios de avaliação, algumas definições aparentam ter base em valores ideais, como as necessidades individuais e coletivas, o pleno potencial de saúde e, principalmente, a justiça. Compreende-se, dessa forma, uma dimensão filosófica nos atributos que compõem a equidade. Ao se incluir a justiça na definição, a equidade ganha também caráter ético.

Asada (2005) afirma a equidade como a dimensão moral ou ética da igualdade, isto é, da forma como a saúde é distribuída em cada unidade de uma população. Concordando que a

equidade é um conceito ético, Braveman e Gruskin (2003, p. 254, tradução nossa) afirmam que “equidade significa justiça social (...)”, sustentada nos princípios estabelecidos pela justiça distributiva. Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002, p. 647, tradução nossa) seguem a mesma linha de pensamento, afirmando que iniquidade e equidade “(...) são conceitos políticos, expressando um compromisso moral com a justiça social”. Alonge e Peters (2015), em concordância, entendem que quando as disparidades são injustas, pode-se intervir para reduzi-las, portanto há razões morais suficientes para que sejam instituídas políticas promotoras de maior equidade.

Ao abordar o conceito de equidade, é necessário distingui-lo do conceito de igualdade, com o qual por vezes é relacionado. Diferente da iniquidade e da equidade, que traduzem valores ético-morais, os termos desigualdade e igualdade dizem respeito unicamente à mensuração quantitativa (ASADA, 2005; BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003; KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). Dessa forma, duas pessoas podem estar em condições desiguais (por exemplo, uma tem maior poder aquisitivo do que a outra) e, ainda assim, viver em situação de equidade (ambas estão no estrato socioeconômico mais alto e têm acesso às mesmas condições de vida, mesmo com a diferença de renda). Não obstante, por se tratar de um aspecto mensurável, a igualdade serve ao propósito de tornar a equidade operacionalizável (BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003).

A relação desigualdade/igualdade considera variações na manifestação de uma característica observada, estas por vezes associadas a escolhas individuais, a manifestações do acaso (como no caso de mutações genéticas), entre outras que não envolvem questionamentos morais por não se tratarem, de fato, de injustiças (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002).

Em contraponto, iniquidade e equidade são termos atribuídos a circunstâncias que necessariamente derivam de condutas injustas ou justas, respectivamente (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). Nesse sentido, a equidade em saúde analisa se a distribuição dos recursos na sociedade está produzindo iniquidades sistemáticas - aquelas que persistem e se repetem - entre os grupos que ocupam posições diferentes na hierarquia social (BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003).

Constata-se, quanto aos termos “equidade”, “justiça” e à interação entre ambos, a existência de polissemia – ou, nas palavras de Ribeiro (2015), a existência de um pluralismo

moral. Da variedade nas definições, destaca o autor, resultam diferentes compreensões de qual espaço deve ser igualado para promover a equidade em saúde e de como a justiça deve agir para isso. O autor conceitua, inclusive, que a igualdade seja definida como os resultados gerados pela ação da justiça, enquanto a equidade é o conjunto de estratégias e intervenções utilizadas para chegar a esses resultados. A equidade seria, então, o meio para a ação da justiça, e a igualdade o fim trazido pela ação.

Dahlgren e Whitehead (1991) apresentaram uma definição de iniquidades sociais em saúde que se tornou usual, compreendendo-as como disparidades injustas, desnecessárias e evitáveis. Pode-se ponderar, no entanto, que a evitabilidade, a necessidade e até mesmo a justiça na manifestação dessas disparidades é dependente dos referenciais utilizados em sua avaliação.

A esse respeito, Braveman e Gruskin (2003) recomendam que a evitabilidade não seja utilizada como critério para a definição de iniquidade: primeiro, porque a noção de injustiça já implica em evitabilidade (a iniquidade é evitada pela ação da justiça); segundo, porque, ao falar em evitabilidade, é necessário especificar *quem* é responsável por evitar a iniquidade - os indivíduos, os grupos, a comunidade ou o governo?

Segundo Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002), a identificação de um contexto de iniquidade/equidade depende da teoria de justiça usada como base para tanto, bem como da teoria de sociedade e, por fim, do entendimento admitido para as causas das iniquidades.

Assim, um conjunto específico de princípios explica as iniquidades como resultantes das escolhas pessoais, apelando à responsabilidade individual como raiz de desfechos considerados injustos. Outro ponto de vista, porém, considera que essas escolhas são influenciadas pelos contextos de vida, os quais podem estar inseridos em situações de injustiça (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002).

Com base nas substanciais evidências empíricas apresentadas pela literatura (das quais o gradiente socioeconômico da saúde é um exemplo), é possível afirmar a veracidade do segundo ponto de vista, que demonstra que a maioria das iniquidades em saúde é consequência da distribuição injusta dos determinantes sociais da saúde (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). De fato, eventos situados no início do ciclo vital - como na gestação - podem gerar efeitos na saúde ao final dele. Ou seja, antes mesmo de existir a capacidade de escolha individual, há condições que atuam, por vezes injustamente, na saúde da população. A compreensão exata de tais condições e da forma como se concretizam talvez esteja além de nosso

alcance, “[m]as a saúde é o resultado definitivo de como a sociedade distribui múltiplos determinantes da saúde” (ASADA, 2005, p. 702). Por esses motivos, as iniquidades em saúde agem como indicador de injustiça na sociedade.

Ribeiro (2015) também tece críticas à definição de Dahlgren e Whitehead, a partir de três pontos: primeiro, a ausência de critérios claros para avaliar se uma situação é injusta, apostando unicamente na epidemiologia para dar as respostas; segundo, pela responsabilização unilateral das escolhas individuais, ignorando as influências externas sobre as pessoas - crítica similar à de Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002) citada acima; terceiro, ampliando a perspectiva de Braveman e Gruskin (2003), por não esclarecer *o que* torna um desfecho evitável - será pela existência de uma intervenção ou pela viabilidade do acesso a ela?

A partir do exposto, pode-se entender que quando cada pessoa, sem ignorar suas particularidades, tem o mesmo nível de saúde que as demais, há equidade em saúde. Idealmente, isso significa que, dentro de condições heterogêneas, são aplicadas medidas heterogêneas (conforme o princípio de dar a cada um de acordo com suas necessidades), as quais promovem desfechos homogêneos. A equidade em saúde traz preocupações morais por dois motivos principais: um deles, porque a saúde é um componente do bem-estar social¹; o outro, porque é um recurso necessário a qualquer plano de vida e indispensável para superar as desvantagens sociais (ASADA, 2005; BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003).

Como um conceito ético, a equidade está diretamente relacionada aos direitos humanos. O direito à saúde é entendido como o mais alto padrão possível de ser alcançado; apesar de tal padrão soar vago ou impreciso, ele pode ser descrito como o padrão desfrutado pelo grupo mais privilegiado dentro de uma sociedade. Dessa forma, o mais alto padrão se trata daquele evidenciado como possível de ser alcançado, passando a estabelecer o nível mínimo a ser desfrutado por toda a população (BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003). Mesmo deixando de lado as questões morais, há evidências suficientes de que as iniquidades fragilizam as estruturas sociais que sustentam o desenvolvimento humano, havendo, portanto, justificativas científicas para trabalhar pela equidade (ALONGE, PETERS, 2015). Como meio de assegurar que esse nível

¹ O Estado de Bem-Estar Social corresponde ao asseguramento dos direitos de cidadania, dentre os quais consta o direito à saúde, entre outros Direitos Humanos Universais. Além disso, a condição de cidadania tem por base a equidade entre as pessoas. Para Braveman e Gruskin (2003, p. 255, tradução nossa), “[o] conceito de equidade é um princípio ético; ele também é consonante com e intimamente relacionado aos princípios dos direitos humanos”. Sendo a equidade um princípio ético, a equidade em saúde também o é por extensão, dando origem às preocupações morais. Ademais, a garantia de direitos, de cidadania ou humanos, vem da ação da Justiça, um dos princípios fundamentais da bioética – ressaltando novamente o aspecto moral da equidade.

mínimo se concretize através de intervenções como as políticas públicas, é preciso, após apresentar uma definição para a equidade, firmar critérios para medi-la e então operacionalizá-la na sociedade (BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003).

As próximas seções deste capítulo voltarão às questões levantadas neste tópico, apresentando os conceitos utilizados no trabalho e as perspectivas adotadas a partir da reflexão teórica no tema. Começaremos apresentando a concepção de equidade de Rawls; em seguida, as definições de Sen; por fim, faremos uma síntese das principais ideias, pontuando diferenças e semelhanças e então estabelecendo qual será nossa base conceitual para o estudo realizado.

1.1 JOHN RAWLS: JUSTIÇA COMO EQUIDADE

Conforme afirmado anteriormente, as ideias de Rawls estão entre as principais bases para o estudo da equidade. O autor liberal estadunidense coloca a equidade como o caminho para expressar, em âmbito social, a virtude da justiça.

Para Rawls (1997), a justiça estabelece a organização da sociedade ao estabelecer o propósito e o funcionamento das diferentes instituições que compõem o meio público e agem de modo colaborativo. Uma instituição é definida como “[...] um sistema público de regras que define cargos e posições com seus direitos e deveres, poderes e imunidades, etc.” (RAWLS, 1997, p. 58). Entre os exemplos de instituições, em nível concreto, estão os órgãos legais, governamentais, econômicos e afins; em nível abstrato, as instituições são os sistemas de regras que constituem esses órgãos e predefinem suas ações.

A sociedade, na justiça como equidade, “[...] é interpretada como um empreendimento cooperativo para a vantagem de todos” (RAWLS, 1997, p. 90). A organização da sociedade diz respeito à distribuição de direitos e deveres, assim como de bens, de renda e de vantagens, entre seus membros, almejando o bem de seus membros. A atribuição desses direitos e deveres, isto é, a estruturação do ordenamento social, é operada por meio de *princípios de justiça*, orientando a divisão de benefícios e encargos. Tais princípios de justiça são aplicados às instituições, não às pessoas em suas circunstâncias particulares.

Rawls (1997) afirma que, de início, qualquer sociedade que se proponha a justiça necessita de uma concepção pública dela: que todos os membros compartilhem conscientemente os mesmos princípios de justiça, e que as instituições sociais básicas cumpram com eles – e

saiba-se que o fazem. O compartilhamento dos princípios age como uma espécie de contrato civilizatório entre os integrantes da sociedade, facilitando a formação de vínculos de convivência e de cooperação. Na ausência de tal contrato, ou seja, na ausência de princípios de justiça, “[a] desconfiança e o ressentimento corroem os vínculos da civilidade, e a suspeita e a hostilidade tentam os homens a agir de maneiras que eles em circunstâncias diferentes evitariam” (RAWLS, 1997, p. 7). Por isso a importância de definir a distribuição justa de direitos, deveres e vantagens que são frutos da cooperação, e de encontrar ferramentas para realizar a divisão.

À forma de divisão desses recursos Rawls (1997) nomeia *estrutura básica da sociedade*, um sistema público de regras que orienta a cooperação mútua conforme critérios objetivando a produção do máximo de benefícios a todos. “A estrutura básica da sociedade é o objeto primário da justiça porque seus efeitos são profundos e estão presentes desde o começo” (RAWLS, 1997, p. 8), gerando condições econômicas e sociais que influenciam as possibilidades de vida e de desenvolvimento. Observa-se que, com essa afirmação, Rawls apresenta a estrutura básica da sociedade como algo próximo dos determinantes sociais da saúde, que também influenciam as circunstâncias de vida desde o princípio.

A estrutura básica da sociedade favorece, por meio das suas instituições, desigualdades relacionadas ao ponto de partida de cada pessoa, as quais não são justificáveis por quaisquer parâmetros – injustiças, portanto – e que afetam as possibilidades de vida. Quanto maior o equilíbrio estabelecido na estrutura básica, menores as possibilidades de ocorrer a *pleonexia* aristotélica, o uso indevido dos direitos para benefício próprio e/ou o uso deles para o descumprimento do dever.

A justiça como equidade tem como objeto os princípios de justiça que formam a estrutura básica e permitem o consenso. Esses princípios são aqueles com que todas as pessoas concordariam na pactuação das regras a governarem a sociedade. Usando uma alegoria: se um grupo de pessoas se reunisse para formar uma nova sociedade, firmando acordos prévios quanto às leis da organização nascente, haveria justiça como equidade se todas as pessoas aceitassem o acordo conforme formulado – o que exigiria conhecer todas as leis que o integram e saber como elas influenciam suas possibilidades de vida e a concretização de seus objetivos. Para Rawls (1997, p. 14-15),

[...] uma sociedade que satisfaça os princípios de justiça como equidade aproxima-se o máximo possível de ser um sistema voluntário, porque vai ao encontro dos princípios que

pessoas livres e iguais aceitariam em circunstâncias equitativas. Nesse sentido, seus membros são autônomos e as obrigações que eles reconhecem são auto-impostas.

Percebe-se que essa é uma tarefa desafiadora. Para cumpri-la, Rawls (1997) oferece alguns instrumentos. O primeiro deles é o uso da *posição original* no momento de elaboração do acordo que definirá a estrutura básica da sociedade. Essa posição é um lugar hipotético em que a pessoa se despe da posição social, status, renda, habilidades pessoais etc., que possui dentro da sociedade, e ocupa um lugar de neutralidade. Nessa posição hipotética, a pessoa se coloca sob um *véu de ignorância*, não sabendo se será prejudicada ou beneficiada por qualquer das regras elaboradas, o que a torna mais propensa a elaborar acordos verdadeiramente justos. Uma parábola explica a posição original e a ação do véu de ignorância.

Conta-se que durante o reinado de Salomão, soberano sábio e justo, dois irmãos disputavam a divisão de um terreno herdado do pai, que falecera. Uma fonte de água brotava no terreno, e cada irmão pleiteava uma divisão trazendo a fonte para seu lado, aumentando o valor de sua parte e diminuindo o da parte do outro. Como não se entendessem, decidiram consultar o rei rabino para que ele administrasse a questão. O rei Salomão, ouvindo-lhes, resolveu a disputa com uma frase: *“um divide; o outro escolhe”*.

Pela resolução obtida, quaisquer argumentos de qualidade pessoal (como, por exemplo, clamar direito maior por primogenitura, ou por possuir menos bens que o outro, ou por ser melhor agricultor) deixavam de valer, o que os levava à posição original. O irmão que fizesse a divisão do terreno não saberia qual parte caberia a ele, ou seja, estaria sob o véu de ignorância. Dessa forma, quem fizesse a divisão deveria fazê-la da forma mais justa possível para que, ao ficar com a segunda opção, estivesse em uma condição comparável à da primeira opção.

O uso da posição original possibilita a formulação do contrato social que sustentará a estrutura básica. “Justiça como equidade”, portanto, não quer dizer que justiça e equidade sejam a mesma coisa, mas sim que os princípios de justiça são estabelecidos numa circunstância inicial de equidade. Rawls preceitua que as pessoas nessa situação original sejam éticas, racionais e mutuamente desinteressadas. Por éticas, quer dizer que estão dispostas a agir com honestidade ao elaborar os acordos e ao cumpri-los; por racionais, que são capazes de ponderar e decidir pelos meios mais eficientes para os fins que desejam; por mutuamente desinteressadas, que não são egoístas e também não tentam interferir nos interesses alheios. Contando com essas características, torna-se viável chegar ao consenso quanto aos princípios de justiça, a partir da

posição original. O objetivo do consenso não é a pactuação de um modelo de sociedade nem de governo, e sim de valores morais que embasem o contrato social.

A reflexão de Rawls sugere dois princípios que, em essência, qualquer grupo de pessoas adotaria na justiça como equidade – ou seja, se elas estabelecerem o contrato a partir da posição original e sob o véu de ignorância. O primeiro estabelece a completa igualdade na atribuição de direitos e deveres básicos; o segundo determina que quaisquer desigualdades sociais ou econômicas (como de renda ou status) são justas se os benefícios maiores concedidos a uns poucos melhoram a situação dos menos favorecidos. Tratar desses princípios como um contrato transmite a ideia de que todas as pessoas os aceitam e o fazem porque há publicidade do acordo. “Assim, se esses princípios são resultado de um consenso, os cidadãos têm conhecimento dos princípios que os outros seguem” (RAWLS, 1997, p. 18), assegurando o cumprimento dos acordos.

Um exemplo do funcionamento desses acordos é expresso por Coleman (1998) ao descrever as relações comerciais entre joalheiros de uma comunidade judaica². No comércio de diamantes, o autor observou que um joalheiro oferece suas gemas a outro para avaliação, sem qualquer documento de comprovação ou garantia do valor apresentado, de modo que uma ou mais pedras poderiam ser furtadas ou trocadas por outras de menor valor. Isso não acontece porque há entre eles um acordo claro quanto aos deveres do convívio profissional, bem como há clareza das consequências de se violar a confiança do colega de profissão. Mesmo sem estar escrito, o contrato entre eles está evidenciado e opera dentro dos princípios estabelecidos, garantindo relações justas.

Um alerta trazido por Rawls é que a elaboração do contrato requer *equilíbrio reflexivo*, o contínuo ponderamento entre os princípios escolhidos e os efeitos observados pela aplicação dos acordos. Essa articulação exige a revisão de ambos (princípios e acordos), quando detectada uma discrepância, para chegar a maior coerência. Disso, pode resultar a alteração do senso de justiça, da estrutura estabelecida ou de ambos. Portanto, a justiça como equidade é dinâmica, não estática; somando a essa a afirmação de que sua concepção exige a “[...] corroboração mútua de muitas considerações, do ajuste de todas as partes numa única visão coerente” (RAWLS, 1997, p.23), pode-se afirmar que a justiça como equidade é um *sistema complexo*, paradigma do qual se

2 O exemplo em questão surgiu de um estudo a respeito do capital social. Disso, podemos propor que a justiça estimula a formação de capital social, como podemos observar pela necessidade de normas e sentenças para que esse recurso se forme (COLEMAN, 1998; COCKERHAM, 2015).

falará em seções futuras.

1.1.1 Os princípios de justiça

Sendo ponto central na sua teoria de justiça, Rawls traz maior detalhamento dos dois princípios que estabelece para a justiça como equidade, descrevendo seu papel e como operam. Rawls (1997, p. 66) os apresenta, de forma sintética, na seguinte afirmação: “todos os valores sociais - liberdade e oportunidade, renda e riqueza, e as bases sociais da auto-estima - devem ser distribuídos igualmente a não ser que a distribuição desigual de um ou de todos esses valores tragam vantagens para todos”.

Decompondo essa conceituação, temos os dois princípios, ambos aplicados às instituições. O primeiro princípio atribui direitos e deveres, dizendo que todas as pessoas devem ter direito às mesmas liberdades básicas. O segundo princípio, regulando a distribuição de benefícios, diz que as desigualdades sociais e econômicas devem ser organizadas de tal forma que tragam vantagens para todos e estejam associadas a posições e cargos acessíveis a todos. A ordem entre os princípios estabelecida por Rawls “[...] significa que as violações das liberdades básicas iguais protegidas pelo primeiro princípio não podem ser justificadas nem compensadas por maiores vantagens econômicas e sociais” (RAWLS, 1997, p. 65).

O primeiro princípio introduz a ideia dos bens primários, “coisa que todo homem racional presumivelmente quer” (RAWLS, 1997, p. 66). São os bens úteis aos planos de vida de todas as pessoas, sejam seus planos quais forem. Conforme citado anteriormente, os bens primários sociais incluem direitos, liberdades³, oportunidades, renda e riqueza. Outra categoria é a dos bens primários naturais, os quais incluem a saúde, a inteligência, a imaginação, entre outros. Rawls não se dirige aos bens primários naturais porque considera que eles não estão sob controle direto da estrutura básica da sociedade, ainda que sejam influenciados por ela.

A articulação do segundo princípio levanta a necessidade de alguns esclarecimentos, a começar pela noção de que a sociedade conterà desigualdades, mas essas diferenças serão justas - entrando em acordo com a definição de Dahlgren e Whitehead (1991), de que as iniquidades são as diferenças injustas; as injustiças, para Rawls (1997), são desigualdades que não trazem benefícios a todos. Onde Rawls mais se detém em explicações, contudo, é nas expressões

³ Como, por exemplo, as liberdades: política; de expressão; de reunião; de consciência e de pensamento; da pessoa (direito à integridade física e psicológica, à propriedade privada e aos direitos humanos em geral).

“vantajosas a todos” e “acessíveis a todos”.

Antes de expor o sentido dado a essas expressões, Rawls (1997) destaca que, quando fala de todas as pessoas, não está falando de cada indivíduo real que integra a sociedade, com suas necessidades específicas, nem das minúcias em que se torna preciso ponderar para aplicação da justiça em cada caso particular. As pessoas, para os fins de aplicação dos princípios, são *indivíduos representativos*, pessoas hipotéticas representando cada posição social ou cargo. Isso posto, pode-se prosseguir com as reflexões.

“Vantajosas a todos”, na justiça como equidade, quer dizer que a distribuição desigual de benefícios obedece ao princípio da diferença. De acordo com esse princípio, só há justiça em conceder mais benefícios a um indivíduo representativo se disso resultam vantagens ao indivíduo representativo na pior posição. Em outras palavras, a distribuição desigual melhora, no mínimo, a situação dessas duas pessoas⁴.

Ao conceituar as vantagens como “acessíveis a todos”, Rawls prevê que todos os indivíduos representativos podem se candidatar a ocupar qualquer cargo (ainda que, é claro, nem todos tenham a condição por limite no número de vagas para determinado cargo). Conjuntamente, as oportunidades de desenvolver os talentos e conhecimentos requisitados a cada cargo devem estar igualmente disponíveis a todos os indivíduos representativos. Como resultante, “[...] aqueles que estão no mesmo nível de talento e habilidade, e tem a mesma disposição para utilizá-los, devem ter as mesmas perspectivas de sucesso, independentemente de seu lugar inicial no sistema social” (RAWLS, 1997, p. 77). A classe social não deve ser restrição para adquirir qualificações e, em consequência, ocupar determinadas posições na sociedade, e o sistema educacional deve eliminar as barreiras que a classe poderia originar. Da mesma forma, o livre mercado deve ser regulado pelas instituições políticas e legais para assegurar que as condições econômicas e sociais preservem iguais perspectivas de realização a todos que têm os mesmos dotes e motivações. Essa condição foi nomeada *igualdade equitativa de oportunidades* (RAWLS, 1997).

Essa forma de aplicação dos princípios faz da estrutura básica um sistema de *justiça procedimental pura*, modelo em que há procedimentos justos para trazer resultados justos. Assim, a distribuição de direitos e deveres não é feita contrastando a quantidade de recursos disponíveis com a quantidade de reivindicações dos mesmos. Ao invés, a estrutura básica prevê quais serão

⁴ “No mínimo” porque Rawls postula que os indivíduos representativos nas posições intermediárias entre o que recebe benefícios adicionais e o na pior posição também recebem vantagens, pelo efeito de ligação em cadeia.

as necessidades e promove a organização para produzir recursos suficientes para atendê-las. A aplicação da justiça, então, é anterior à distribuição de vantagens. O uso dos dois princípios garante que todos os atos de gerar recursos na sociedade e depois distribuí-los sejam realizados por meio de processos equitativos, o que assegura a equidade do resultado quando os procedimentos são, de fato, cumpridos.

1.2 AMARTYA SEN: EQUIDADE COMO LIBERDADE

O economista de origem indiana Amartya Kumar Sen é conhecido como o ganhador do Prêmio Nobel da Economia⁵ de 1998 por seu trabalho a respeito da relação entre as questões socioeconômicas e o desenvolvimento humano.

Reconhecendo os diversos problemas enfrentados no mundo atual, como a continuidade (e, mais recentemente, a agudização) da pobreza e de necessidades básicas que continuam sem serem atendidas, tanto nos países mais pobres quanto nos mais ricos, Sen advoga pelas liberdades individuais como solução. Contudo, propõe que as liberdades individuais são indissociáveis das liberdades coletivas, mediadas pela cultura, economia, política e afins.

O entendimento de liberdade proposto por Sen é formado pelos *processos* que permitem decisões e ações autônomas e pelas *oportunidades* de decisão e ação que cada pessoa tem conforme suas circunstâncias de vida. As oportunidades, então, pré-estabelecem as decisões e ações possíveis diante de cada contexto, condicionando os processos. A privação⁶ - fenômeno antagônico à liberdade - resulta de processos inadequados, impedindo ações que as pessoas são capazes de executar, ou de oportunidades inadequadas, situações em que as pessoas, tendo encontrado barreiras ao longo da vida, apresentam desenvolvimento inferior ao que poderiam ter alcançado de fato.

Para se dirigir às soluções, precisa-se assumir um compromisso social com as liberdades individuais (SEN, 2000): encontrar meios para assegurar, coletivamente, a melhor conjugação de

⁵ Há controvérsias quanto a essa premiação. As categorias originais estabelecidas por Alfred Nobel em 1895 não incluíam a economia, que foi estabelecida a partir de uma doação do Riksbank da Suécia em 1968. Peter Nobel, descendente de Alfred, critica a Fundação Nobel por se aproveitar do nome de seu antepassado dessa forma, afirmando que nenhum membro da família jamais quis um prêmio de economia. Afirmo, ainda, que Alfred Nobel reprovava as pessoas que valorizavam mais ao lucro do que ao bem-estar social. O ex-ministro das finanças da Suécia, Gunnar Myrdal, declarou desejar que o prêmio fosse abolido, depois de vê-lo entregue a, em suas palavras, “reacionários” como Friedrich Hayek e Milton Friedman. Críticas também são tecidas diante do fato de que o comitê responsável por essa premiação teve vários membros filiados à Sociedade Mont Pelerin.

⁶ *Unfreedom*, no original em inglês.

deveres e direitos a cada pessoa – o que o aproxima da definição de sociedade de Rawls (1997) como estrutura cooperativa. A garantia e a expansão da liberdade humana é, simultaneamente, o meio e o fim da busca por desenvolvimento. Para Sen (2000), o desenvolvimento é a remoção de limitações que privam as pessoas da capacidade de escolha quanto ao próprio curso de vida - similar à visão rawlsiana da equidade como remoção das barreiras à igualdade equitativa de oportunidade (RAWLS, 1997). Há, portanto, um elo entre a equidade e o desenvolvimento - pode-se entender que circunstâncias que permitem o desenvolvimento de todas as pessoas são condições equitativas, ou que somente em tal contexto existem oportunidades suficientes para o desenvolvimento pleno. No processo de desenvolvimento, Sen (2000) enfatiza que as pessoas são agentes ativos da transformação, ao invés de receptores passivos de intervenções.

A opção por considerar o desenvolvimento como processo de expansão das liberdades reais vivenciadas pelas pessoas destoa dos indicadores mais tradicionais da economia, como o Produto Interno Bruto, a renda *per capita* e outros. O contraponto se dá justamente por avaliar as medidas tradicionais como muito restritas para oferecer percepção nítida do que o desenvolvimento é. Sob essa ótica, as medidas econômicas habituais são importantes para descrever meios que, de fato, contribuem na expansão das liberdades, mas elas não abrangem todos os meios que participam do processo. Ainda que indiretamente, o exercício das liberdades também contribui com o progresso econômico. Ademais, registram-se severas incongruências entre as liberdades vivenciadas e a renda individual. Estudos de expectativa de vida mostram que os afrodescendentes dos Estados Unidos (e a população brasileira de forma geral) têm longevidade significativamente menor do que as populações da China ou de partes da Índia, mesmo tendo renda *per capita* muito maior do que elas. A renda e a riqueza são recurso de uso geral para a ampliação das liberdades, mas não são a liberdade em si.

Para Sen (2000), o desenvolvimento depende também de outros determinantes, como a educação, a saúde, a política, o trabalho, os direitos civis e outros mais. Sen, como Rawls, coloca os determinantes sociais da saúde na composição de sua teoria, ainda que não se dirija a eles de forma explícita.

A presença dos determinantes sociais fica mais evidente quando o autor afirma que promover o desenvolvimento exige eliminar causas da privação, entre as quais Sen lista: a pobreza e suas origens no sistema social; a tirania; tanto a falta quanto o excesso de ação do poder público; etc. A pobreza, por exemplo, pode ocasionar a perda de liberdades ao privar as

peessoas do acesso aos recursos para sua sobrevivência (alimento, moradia, medicamentos...); a ausência do poder público dá margem à desestabilização da estrutura social e das condições de vida (na falta de escolas, de serviços de saúde, sistemas jurídico ou de segurança...); a tirania, que pode ser uma face do excesso de ação do estado, age diretamente na violação de liberdades (negando direitos de cidadania).

Duas razões são citadas para atestar a centralidade da liberdade na concepção de desenvolvimento, das quais se origina o conceito de “desenvolvimento como liberdade” utilizado pelo autor. Pela *razão avaliativa*, conforme já dito, o progresso deve ser mensurado prioritariamente pelo crescimento das liberdades desfrutadas pelas pessoas. A *razão de efetividade*⁷ diz que a concretização do desenvolvimento depende largamente da livre agência das pessoas.

O conceito de *agente* utilizado é o da pessoa capaz de agir com base em valores e objetivos próprios, e, com isso, gerar mudanças. Há uma motivação interna que produz ações voluntárias, sem coações externas (SEN, 2000). O que não quer dizer que a pessoa está ausente de qualquer influência externa sobre seus valores e objetivos; sabe-se que tal condição seria completamente impossível na vida em sociedade. Entende-se que, na agência (o exercício do papel de agente), não há nenhuma manipulação ou ato de má-fé na formação, através da interação com outras pessoas, desses valores e objetivos. Nesse sentido, a ação é independente, porém não é individualista, dada a complementaridade entre as liberdades individuais e coletivas.

Para sustentar a razão de efetividade, Sen (2000) destaca a interconexão das diferentes liberdades, muitas das quais, se não todas, se reforçam mutuamente. Seguindo a mesma lógica, a livre agência, componente do desenvolvimento, contribui para o fortalecimento de outras expressões dessa qualidade. As liberdades que uma pessoa exerce, correspondentes ao desenvolvimento que lhe é efetivamente realizável, estão diretamente ligadas ao arranjo das liberdades coletivas, sociais⁸. O inverso também é verdadeiro, sendo as liberdades sociais influenciadas e moduladas pelo exercício das liberdades individuais.

Seguidor das ideias de Adam Smith, Sen (2000) enxerga nos mercados o campo onde essa relação de mútua influência mais facilmente se apresenta. Em primeiro lugar, o direito às trocas – e, por extensão, ao comércio – é entendido por ele como uma das liberdades básicas do ser humano, consequência da interação social tão natural quanto a troca de ideias no diálogo. Em

⁷ A efetividade descrita por Rawls é distinta do entendimento utilizado no campo da Avaliação em Saúde.

⁸ Como previamente citado, o acesso à educação, à saúde, às oportunidades econômicas, à participação política etc.

segundo, apesar de a economia não expressar medidas precisas de desenvolvimento, não se pode ignorar a força que exerce sobre a sociedade, fazendo com que a liberdade de participação econômica seja alternativa para potencializar as liberdades (individuais e coletivas) e o desenvolvimento. Conjuntamente, o autor identifica correlações entre a segurança econômica e a garantia de direitos e de liberdades democráticos; regimes autoritários e de austeridade prejudicam a economia.

Compondo o raciocínio, Sen (2000) afirma que a privação da liberdade de participação econômica serve de estratégia para exercer formas análogas às de escravidão ou cativeiro, por limitar severamente as liberdades de escolha quanto à trajetória de vida que cada pessoa quer construir. Para ilustrar, cita o comentário de Marx, que caracterizou a Guerra Civil Americana como acontecimento baseado no conflito entre o modelo trabalhista escravocrata, de exclusão forçada, e o modelo de livre comércio, aberto à participação. Em contexto mais recente, menciona a realidade de pequenos produtores (entre os quais podemos encontrar artesãos, pequenos empresários ou agricultores familiares), que encontram barreiras à participação econômica diante dos arranjos tradicionais do comércio. Por esse motivo, Sen (2000) também critica os mercados quando sua organização gera injustiças, a persistência da pobreza e a exclusão de determinados grupos dos benefícios produzidos. Da mesma forma, inclui o Estado e as políticas públicas entre as diversas ferramentas promotoras de desenvolvimento, alertando que, com todas elas, deve ser conduzida a análise dos erros e acertos que possibilitam. “O poder de fazer o bem quase sempre acompanha a possibilidade de fazer o oposto”, afirma o autor (SEN, 2000, posição 115, tradução nossa).

As normas sociais, enquanto valores que orientam as relações, perpassam as ferramentas de promoção do desenvolvimento, influenciando o exercício das liberdades por mediar a própria organização social. Normas predisõem atitudes quanto às relações de gênero, às relações intra e intergrupais, ao cuidado com o ambiente e outras mais. Normas condicionam comportamentos das pessoas pela defesa (ou não) de valores, tais como a honestidade, a justiça, a solidariedade e a cooperação, por sua vez condicionando as interações, a participação na vida pública e o crédito dado às instituições. A partir dessa concepção, Sen integra o *capital social*, conteúdo que ainda será abordado neste trabalho, à teoria do desenvolvimento como liberdade.

Sen (2000) destaca que o desenvolvimento como liberdade é centrado no papel dos agentes, no sentido de estímulo à autonomia dos indivíduos. A ênfase dada é às *capacidades* das

peessoas para viver da forma que escolherem. Capacidades são conjuntos de *funcionamentos*, aptidões para “ser” e para “fazer”, os quais vão desde condições mais concretas (estar adequadamente nutrido, ter saúde física, estar livre de riscos evitáveis) até mais abstratas (ter equilíbrio emocional, participar na vida pública e comunitária, ter laços saudáveis de convivência) (SEN, 2006). A combinação de funcionamentos traz à tona as capacidades de uma pessoa para fazer escolhas e construir a narrativa de vida que desejar (SEN, 2006). Dito de outra forma, as capacidades descrevem o grau de autonomia pessoal.

As capacidades podem ser ampliadas pelas políticas públicas; inversamente, as políticas públicas podem ser fortalecidas pelo uso participativo das capacidades pela população. Se lhes forem oferecidas oportunidades sociais (por exemplo, de acesso à educação e à saúde) suficientes, as pessoas podem definir o destino de suas vidas e auxiliar outras a fazerem o mesmo (SEN, 2006).

A principal questão presente nos dias de hoje – originalmente pronunciada há séculos – é como conciliar as condições socioeconômicas com a possibilidade de viver como se quiser. A renda mostra forte correlação com a qualidade das capacidades: tanto a pobreza pode explicar situações de analfabetismo e saúde precária, quanto níveis mais elevados de educação e saúde favorecem a obtenção de maiores rendimentos. Entretanto, apenas a renda não oferece todas as respostas para a promoção do desenvolvimento; ambos estão ligados, mas outros elos constituem essa corrente.

Para expandir a compreensão desses elos, o conceito de pobreza vai além da baixa renda, consistindo na perda de capacidades básicas (alfabetização, alimentação adequada, moradia digna etc.). O uso do conceito dessa forma permite a percepção de outras causas para os problemas sociais, enquanto estende o arranjo de intervenções concebíveis ao descrever outras cadeias de eventos gerando os desfechos observados. O já citado exemplo da longevidade dos afrodescendentes dos EUA demonstra isso, já que a condição financeira desse grupo populacional é suficiente para assegurar baixa mortalidade, implicando em outras privações relevantes (SEN, 2006).

A qualidade de vida é colocada em foco quando as liberdades são ponderadas dessa forma. Ela resulta da possibilidade de escolhas oportunizadas pelas capacidades. Funcionamentos são elementos constitutivos da qualidade de vida, fazendo das capacidades o reflexo da liberdade de escolha de buscar expandir esses elementos na própria vida. Os funcionamentos, então,

configuram capacidades, e o uso das capacidades abre espaço ao crescimento dos funcionamentos (SEN, 2006).

Parte essencial do desafio é descobrir como organizar a sociedade de forma que ofereça a formação de funcionamentos e a aplicação das capacidades a todas as pessoas. É com a finalidade de atender ao desafio que existem as teorias de justiça. A justiça deriva da apreensão do conceito de equidade que se visa aplicar, com instrumentos condizentes (SEN, 2006). Afinada com esse entendimento está a posição original de Rawls, que torna perceptível o conceito (a distribuição adequada de direitos e deveres) a partir do instrumento (o véu de ignorância); as regras resultantes são consideradas justas (RAWLS, 1997; SEN, 2006).

Na crítica que faz da teoria rawlsiana, Sen (2006) observa que as pessoas não têm objetivos iguais, de modo que a distribuição igual de bens primários poderia colocar algumas em desvantagem (por exemplo, uma pessoa com deficiência não usaria os mesmos recursos da mesma forma que uma pessoa sem deficiência). Para garantir a equidade, conforme preceituam os princípios da justiça, devemos contar as capacidades entre as liberdades básicas de que fala o primeiro princípio. Passa-se do esforço em nome dos meios que permitem o desenvolvimento para o esforço pelo desenvolvimento em si.

1.3 BIOÉTICA: EQUIDADE COMO DEVER

A bioética é um ramo do conhecimento desenvolvido a partir do século XX, quando se percebeu que o progresso científico e tecnológico vinha acompanhado de um grave aprofundamento das disparidades sociais e dos riscos de prejuízo que o ser humano poderia causar a si e ao ambiente. Diante desse cenário emergiu o Movimento das Éticas Aplicadas, que posteriormente constituiu a bioética.

“Ética” é palavra de origem grega (éthos) com o sentido de “costumes”, “hábitos”, ou seja, as atitudes que definem o comportamento humano. Similar sentido tem a palavra “moral”, de origem latina (mos/moris). Os gregos associavam carga mais reflexiva à ética, tendo-a como a busca por compreender o que é e como formar o caráter humano ideal. Entre os romanos, a moral representava a tradição, a preservação e repetição dos comportamentos dos antepassados como forma de afirmar a identidade de cidadão (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017).

Na tradição ocidental, o filósofo Aristóteles foi quem primeiro definiu a ética como um

campo de saber. Ele dividia os saberes entre os teóricos, que vêm da natureza e podem ser aprendidos pela transmissão (oral ou escrita), e os práticos, que surgem por ação humana e só se desenvolvem pelo exercício. A técnica, a política e a ética são saberes práticos: ler livros de medicina não torna um cirurgião apto a operar, assim como estudar a teoria ética não significa produzir mudanças no comportamento. “A ética para Aristóteles implicaria, na prática, controlar e moderar em si mesmo as paixões e fraquezas que poderiam se interpor no caminho entre a consciência do que é o bem e a realização do ato benéfico” (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017, p. 110, tradução nossa). A política permite organizar a sociedade para torná-la um meio em que a ética seja praticada.

A ética procura ir além dos valores individuais e encontrar um ponto de vista universal, conduzindo ao juízo universal diante da vida (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017). Aristóteles atribui esse valor universal à justiça que, segundo ele, divide-se entre natural e legal. A justiça natural é a de normas não escritas, com a mesma validade em todos os lugares. A justiça legal é a das normas escritas, estabelecidas pelas pessoas, por vezes na tentativa de transcrever a lei natural. No entanto, as normas escritas, por se pretenderem gerais, por vezes falham em atender com justiça a casos específicos. Para evitar a injustiça, quem aplica a lei, num caso do tipo, deveria se valer da equidade na atitude de compensar a limitação da lei se a generalização induz ao erro. A equidade é a correção da justiça legal, aproximando-a da justiça absoluta. A visão aristotélica mostra, desde o início, a característica aplicada da ética. Segundo seus conceitos, constata-se que só há ética quando ela é aplicada e que a aplicamos diariamente, de acordo com os valores que assumimos e com as decisões que tomamos com base nesses valores (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016).

O caráter dessa aplicação variou com o tempo: a primeira utilização do termo bioética, ainda em 1970, fazia um chamado à preocupação da comunidade científica com o futuro, com quais conhecimentos eram construídos e como eram utilizados. O progresso científico deveria ser continuamente mediado pela reflexão ética, capaz de dirigir o conhecimento para aplicações que resultem no bem coletivo. Nessa concepção, a bioética está presente além dos aspectos biomédicos, orientando a ética ambiental, a ética econômica, a ética populacional, a ética política e quantos mais campos sejam necessários (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017).

Já em 1971, o termo foi investido de nova definição que lhe restringiu aos aspectos biomédicos, na aplicação das ciências duras da saúde e das suas tecnologias. Pouco depois veio a

teoria principalista, que estabeleceu quatro princípios para instrumentalizar a análise ética a partir da visão biomédica: Autonomia, Beneficência, Justiça e Não-maleficência.

Alarcón e Montagner (2017) criticam a teoria principalista como exageradamente anglo-saxônica: desenvolvida a partir da filosofia política liberal para responder aos conflitos na pesquisa e na clínica com seres humanos, ainda supervaloriza o princípio da autonomia, induzindo ao individualismo. Os outros três princípios são constituídos numa lógica econômica, em ponderações de custo-benefício feitas para que a teoria se encaixasse no modelo do sistema de saúde estadunidense. Foi esse o conceito que se difundiu com mais velocidade, “uma bioética anglosaxã, com forte conotação individualista e cuja base de sustentação repousava na autonomia dos sujeitos sociais” (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017, p. 114, tradução nossa).

Em resposta, surgem iniciativas de resgate da proposta original da bioética, como ética aplicada trabalhando pelo contínuo melhoramento da qualidade de vida. A perspectiva da teoria principalista não é descartada, mas o debate passa a incluir esferas maiores, como a economia e administração dos sistemas de saúde. Continua-se a olhar o indivíduo, contemplando também as comunidades. A estrutura da sociedade - as condições de vida que predispõem ao adoecimento e/ou à saúde, incluindo as políticas públicas - é trazida de volta ao centro das análises (GARRAFA, 2012). A bioética latinoamericana lista catorze princípios, dentre os quais a Solidariedade e a Justiça recebem a importância que a Autonomia ganha na bioética estadunidense. Isso implica, por exemplo, na defesa do acesso universal à saúde, dos próprios sistemas universais e da equidade de distribuição dos recursos de saúde (ALARCÓN, HERNÁN, 2012).

A retomada dos valores originais da bioética se consolidou com a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos pela UNESCO, em 2005. Apesar da resistência dos países mais ricos que participavam da elaboração do documento e defendiam a manutenção do enfoque nos aspectos econômicos dos temas bioéticos e biotecnológicos, os países do sul global conseguiram inserir suas pautas, relacionadas às questões sanitárias, sociais e ambientais (GARRAFA, 2012).

A epistemologia da bioética embasada na realidade dos países periféricos traz seis referenciais principais:

a) a não-universalização das soluções significa contextualizar cada problema e buscar alternativas que atendam a singularidade em que se encontram;

b) associado ao anterior, o respeito ao pluralismo moral reconhece múltiplas soluções para o mesmo problema, dependendo da interpretação dada a ele.

c) transdisciplinaridade como construção de novos campos de conhecimento a partir da interação dialógica entre múltiplas disciplinas dedicadas ao mesmo tema, cada uma sustentada por seus paradigmas e métodos;

d) preservação de sua característica de ética aplicada, buscando respostas concretas a problemas reais;

e) análise da realidade a partir da complexidade, modelo científico em que o todo é maior do que a soma das partes e todas elas estão inter-relacionadas;

f) estruturação do discurso bioético, com argumentação lógica e coerente, coerência na expressão das ideias e tolerância diante de visões morais divergentes.

Novos ramos foram originados pelo trabalho dos bioeticistas latino-americanos em incorporar mais referenciais teóricos e práticos. Exemplos são a bioética de intervenção, de proteção e de direitos humanos. Diferentes entre si por seus objetivos e pela forma de aplicação, todas adotam, em menor ou maior grau, preocupações como os direitos de cidadania, a dignidade de vida e a equidade. Porém, Sánchez e Juviniá (2013) e Pessina (2013) levantam críticas aos ramos bioéticos em geral, a partir de dois pontos.

Um deles é o distanciamento das reflexões éticas quanto à qualidade das escolhas humanas, reduzindo-se a elaboração de procedimentos para sua viabilização. O desenvolvimento do pensamento bioético, desde sua raiz, deixou de lado a filosofia, em sua avaliação do mal ou do bem que acompanha as ações, e se fixou nas lógicas médica e científica, entendidas como meras instrumentalizadoras do processo de escolha e das atitudes. O que é moralmente correto perde espaço para o que é legal e politicamente adequado ante conflitos de saúde, dando à bioética caráter mecanicista que a assemelha a uma nova biopolítica (SÁNCHEZ, JUVIÑÁ, 2013; PESSINA, 2013). Alarcón e Hernán (2012) ilustram as consequências dessa postura quando dizem que as preocupações com o consentimento informado foram colocadas à frente das preocupações com a eliminação da fome, da pobreza e de outras ameaças à dignidade humana.

O outro motivo é continuidade do primeiro: sem a proposição de uma base moral com as definições de certo e errado, começa a se manifestar o pluralismo moral. O distanciamento da busca por valores universais acompanhou os movimentos de laicização e de liberalismo econômico. A laicização, como movimento reativo ao tradicionalismo religioso, afastou-se dos

aspectos metafísicos também comuns à filosofia, refutando as abstrações dedicadas à compreensão do absoluto e enfatizando racionalidades concretas. O liberalismo promoveu a relativização moral, privilegiando a subjetividade individual e a autonomia, por representar vantagem ao livre mercado, ao remover restrições que impediriam certos negócios e seus lucros (SÁNCHEZ, JUVIÑÁ, 2013; PESSINA, 2013).

Pessina (2013) não descarta a pluralidade de pontos de vista, mas não os usa como argumento invalidador de valores universais. A falta de consenso a respeito dos valores absolutos, entre diferentes povos e culturas, não significa a inexistência de um valor absoluto de justiça, como prevêem Platão e Aristóteles, e sim diversas formas de acesso a esse absoluto. Um exemplo do próprio autor é de que uma pessoa doente pode receber diversas formas de cuidado para recuperar a saúde. A cura, a saúde e a vida são o valor absoluto, enquanto as terapêuticas que as garantem refletem o pluralismo moral. Analogamente: se o absoluto é o centro de um círculo, há diferentes posições em sua periferia (a condição relativa, plural, de cada contexto) desde onde partir para chegar a ele, por infinitas possíveis trajetórias.

Enquanto a bioética latino-americana dá sinais de empenho em se afastar do mecanicismo, ainda sustenta, na sua epistemologia, o relativismo ético (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017; ALARCÓN, HERNÁN, 2012; GARRAFA, 2012). Sánchez e Juviniá (2013) afirmam ser imprescindível devolver a bioética à filosofia moral, reestabelecendo sua capacidade de elaborar juízos de valor para as condutas humanas. Pessina (2013) é ainda mais enfático nessa demanda que soluciona tanto o problema do mecanicismo quanto o do pluralismo, possibilitando novamente firmar referenciais para o desenvolvimento do ser humano e da ciência. O autor recorre à ontologia para defender a existência da universalidade: se há uma linha específica para o desenvolvimento biológico – assim como há para o psíquico (JUNG, 1991; WHITMONT, 1995) –, então há também para o aperfeiçoamento moral. Do mesmo modo como o corpo do bebê se torna um corpo adulto e sua mente passa da instintividade à consciência ativa, o ser humano também há de amadurecer eticamente, distinguindo entre o mal – o que é dever evitar – e o bem – o que é dever praticar (PESSINA, 2013). A equidade, direito humano perante a política, é um dever humano perante a ética.

A defesa da equidade, como atitude prática, se encontra nessa postura, que é a da ética aplicada. Sabendo que as injustiças na sociedade têm forte influência nas condições de vida da população, encontra-se na aplicação da ética a capacidade de identificá-las e o motivo para

combatê-las. Por isso, Alarcón e Montagner (2017), bem como Sánchez e Juviniá (2013) e Garrafa (2012) estabelecem a imprescindível necessidade de trazer a análise bioética à economia, à administração e às políticas públicas em geral, para com elas promover a justiça. Do ponto de vista da equidade, um número significativo das perdas de saúde tem origem na distribuição injusta dos bens e recursos, ou, dito de outra forma, na iniquidade de oportunidades. Das várias formas de injustiça, a principal causadora de riscos à saúde é a pobreza, de modo que “um compromisso [ético] com a saúde [pública] implica necessariamente na redução das desigualdades sociais” (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016, p. 435).

Ao longo do capítulo, procurou-se apresentar a gama de pensamentos que três linhas teóricas distintas, porém interconectadas, constroem em torno da equidade e da intrínseca ligação que sugerem com a justiça. Rawls (1997) dá atenção sobretudo às condições que fazem emergir a justiça, Sen (2006, 2000) indica a que(m) ela se dirige e a bioética reafirma o porquê da busca por justiça (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016; PESSINA, 2013; SÁNCHEZ, JUVIÑÁ, 2013).

Entre as semelhanças, pode-se citar também a incorporação do aspecto da equidade de oportunidades como chave para promoção da justiça na distribuição dos bens e recursos. Sen (2000) é mais moderado ao se posicionar com relação à estruturação da sociedade, dedicando maior atenção às liberdades individuais - talvez por seu propósito de revisar a teoria rawlsiana, a qual deixa de lado os aspectos individuais para debater a estrutura da sociedade de onde provém a justiça. A bioética latino-americana se aproxima de Rawls e reinstaura a importância da organização da sociedade do ponto de vista político e legal na promoção da equidade (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017; GARRAFA, 2012). Alguns autores bioéticos destacam o desenvolvimento ético do indivíduo como passo anterior à ação política, corroborando a didática aristotélica na ligação entre os saberes práticos.

Rawls (1997) não traz a saúde à sua argumentação por ser ela um bem primário natural e dedica sua teoria de justiça ao debate dos bens sociais. Contudo, como os bens sociais incluem a renda e a falta de acesso a ela é a “causa das causas” do adoecimento, entende-se que a equidade em saúde é discutida indiretamente pelo autor. A saúde, então, não está sob regulação direta da estrutura básica da sociedade porque a transcende: é influenciada pela distribuição de direitos e deveres, mas não apenas por isso. Um exemplo é o das situações de saúde com origem na genética, que independem da posição social ocupada. A qualidade com que se atendem as

necessidades de base genética, no entanto, varia conforme a disponibilidade de recursos, que aumenta conforme a condição socioeconômica. Desde os pré-socráticos, passando por Platão e por Aristóteles, os filósofos gregos entendem a justiça como um valor absoluto, universal e atemporal. A justiça é regente dos fenômenos naturais e se expressa pelas mesmas leis que os governam. O verdadeiro entendimento da justiça acompanha a real sabedoria da natureza. Fruto da justiça, a equidade é o empenho em aproximar as leis humanas das leis universais. As duas são virtudes que têm expressão individual na ética e coletiva por meio da política. Este segundo saber permite a formação de sociedades, dos pequenos grupos aos Estados, assegurando a paz, o equilíbrio e o bem a todos os membros.

Rawls também defende a justiça como princípio anterior à constituição da sociedade, com o qual se chega à concórdia entre os integrantes. O consenso nos interesses só é possível quando o regimento social está nítido: todos o conhecem e reconhecem sua aplicação indistinta a qualquer pessoa. Existindo a concepção pública da justiça, mais facilmente se estabelecem vínculos de confiança e se chega à posição original. “Original” porque diz respeito a um lugar anterior ao obtido dentro da sociedade com suas estratificações, o ponto zero do plano cartesiano social. Estar no ponto zero é vestir o véu da ignorância, não saber (em outras palavras, agir como se não soubesse) qual coordenada se ocupa quando a sociedade está constituída e funcionando. Chega-se à posição original despindo-se do status, das afiliações, do poder econômico e similares, bem como dos ônus e bônus que produzem. Dela, os juízos e acordos firmados estão mais próximos de atender a cada um proporcionalmente ao seu lugar de fato na sociedade, em deveres e direitos – o que inclui dizer que até os menores benefícios concedidos aos mais favorecidos devem, de alguma forma, resultar em benefícios aos ocupantes da posição ou cargo menos favorecido. O conjunto de acordos instituídos compõe a estrutura básica da sociedade. Quando a distribuição de restrições e de vantagens é feita dessa forma, oferecendo o máximo de benefícios a todos, é garantida a igualdade equitativa de oportunidades, a acessibilidade universal aos cargos e posições existentes na sociedade. Ou seja, quando usada como princípio, a justiça permanece como meio e como fim. Dificilmente um caminho alternativo chega ao mesmo desfecho. Rawls defende o aspecto moral da justiça, dizendo que na sociedade com equidade os deveres de seus membros são auto-impostos, assumindo voluntariamente as responsabilidades pelo bom ordenamento social, sabendo inclusive dar-se os limites necessários para manter a justiça em seu meio.

Enquanto Rawls centra seus pensamentos nos deveres e direitos coletivos, Sen traz ao foco os individuais, a lacuna intencionalmente não preenchida pela teoria da justiça como equidade. Para Sen, as oportunidades de vida, os deveres e direitos dados a cada pessoa, na sociedade, predefinem suas escolhas. Assim, quanto melhor a posição ou o cargo social, mais diversas as possibilidades de escolha, inclusive para chegar a oportunidades de maior qualidade. Há justiça quando há “igualdade equitativa de oportunidades”⁹ ao desenvolvimento, entendido como a crescente capacidade de escolha da própria trajetória de vida. O desenvolvimento descrito por ele é sistêmico, engloba esferas como a economia, a política, a educação, o trabalho etc., e, por sua característica sinérgica, é de difícil mensuração. A autonomia é destacada no cumprimento dos direitos e deveres, assim como na busca por sua ampliação, que é a busca por melhores oportunidades de vida. A autonomia reforça a si mesma: quanto mais uma pessoa exerce o poder de escolha sobre a própria vida, mais ela busca ampliar esse poder; quanto mais desenvolvida é, mais desenvolvimento quer. O desenvolvimento, para ele sinônimo de liberdade, envolve também o aumento das capacidades, o conjunto de formas de ser e fazer possuídos por cada pessoa que dá acesso às diferentes oportunidades e configura a qualidade de vida. Sen reconhece a pobreza e a iniquidade como problemas globais, figurando entre os principais fatores correlacionados à privação (subdesenvolvimento) na atualidade – o autor advoga a ligação intrínseca, porém não causal, entre a renda e as capacidades. O mercado e o Estado, igualmente, podem intensificar a privação ou potencializar o desenvolvimento, dependendo do quanto priorizam os valores éticos como a justiça. A esse respeito, Sen (2000) também afirma que oportunidades sociais, como as de acesso à educação e à saúde, se retroalimentam com as oportunidades econômicas. Pobreza gera adoecimento, ocasionando perdas de oportunidades de trabalho, o que agrava a pobreza. Do lado inverso, o acesso à saúde, diante do adoecimento dentro de uma condição de pobreza, preserva oportunidades de trabalho, permitindo superar a condição econômica desfavorável ou, no mínimo, evitar seu aprofundamento. Daí emerge uma das críticas do autor a Rawls: para Sen, o principal não é a distribuição dos bens e recursos, mas as capacidades que essa distribuição possibilita desenvolver. Relembrando Aristóteles, Sen diz que não é a riqueza que procuramos de fato, e sim o acesso que ela dá a condições de vida mais dignas.

A dignidade da vida é fundamentada, para Rawls (1997), nos dois conceitos principais da

9 O autor não usa essa expressão, mas sua descrição é muito próxima do que Rawls concebe com ela.

ética, a Justiça e o Bem. Pessina (2013), ao defender a ontologia do ser humano e ao definir o Bem como o dever a ser cumprido, afirma como digna a vida que chega ao seu grau mais alto de desenvolvimento. Ao relacionar a possibilidade de se desenvolver a tal ponto com as circunstâncias em que a trajetória vida segue (envolvendo trabalho, educação, saúde, economia etc.), a bioética incorpora os DSS à sua teoria. A bioética emergiu do movimento em nome do uso justo da ciência e da tecnologia, quando no século XX se percebeu que causavam danos à humanidade e ameaçavam riscos progressivamente preocupantes. Da convocação à construção e uso de todos os ramos de conhecimento para o bem coletivo, o movimento teve o escopo reduzido à análise de procedimentos biomédicos valendo-se de quatro princípios (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça). Da crítica à bioética principialista, vista como produto do liberalismo anglosaxão, nascem ramos resgatando a motivação original: zelar para que o conhecimento traga melhor qualidade de vida a todos. As novas vertentes se estendem para além da biomedicina, incluindo no debate áreas como o trabalho, a economia e as políticas públicas, a partir do olhar comunitário. Questionam-se as estruturas sociais geradoras de injustiça e as relações de poder entre quem as sustenta e quem sofre os prejuízos com elas. Renova-se a defesa da equidade para preservar e fortalecer a dignidade da vida. Contudo, os ramos bioéticos em geral se distanciaram da filosofia moral e sua qualificação das ações (más ou boas), cedendo à biopolítica com seu mecanicismo de instrumentalização das ações. O fluxo da laicização afastou os aspectos filosóficos metafísicos, e o liberalismo econômico privilegiou o pluralismo das realidades individuais. O que é politicamente adequado toma o espaço do que é eticamente correto; o conveniente ganha mais importância do que o verdadeiro; os valores individuais são colocados acima dos universais; o relativo usurpa o absoluto. Sob o argumento de que os múltiplos pontos de vista não negam as verdades universais, apenas constituem diferentes apreensões delas, apela-se ao resgate da filosofia moral na bioética. Do senso de dever da ética aplicada, de evitar o mal e praticar o bem, participa o dever de defender a equidade em favor da vida digna – a vida que dá condições ao pleno desenvolvimento –, da qual um componente é a saúde.

Conclui-se que a equidade é de natureza transdisciplinar, em interação com os múltiplos fatores que condicionam a vida. Sua íntima ligação com a justiça prevê a constante avaliação da distribuição desses valores, junto ao dever ético de intervir na divisão deles para assegurar que a equidade se manifeste na prática.

Os valores da solidariedade humana que outrora estimularam a nossa demanda de uma sociedade humana parecem ter sido substituídos, ou estar ameaçados, por um materialismo grosseiro e a procura de fins sociais de gratificação instantânea. Um dos desafios do nosso tempo, sem ser beato ou moralista, é reinstalar na consciência do nosso povo esse sentido de solidariedade humana, de estarmos no mundo uns para os outros, e por causa e por meio dos outros.

Nelson Mandela

2 MEDIDAS DE EQUIDADE

O capítulo anterior apresentou as divergências e convergências na definição de equidade, concluindo por afirmar que ela se trata de um saber prático. Com base na argumentação exposta, o segundo capítulo pensará os critérios para operacionalização da equidade. Num primeiro momento, falará de indicadores vindos da saúde coletiva para medir a equidade e torná-la ferramenta mais objetiva no trabalho dentro desse campo de conhecimentos. A seguir, expõem-se os argumentos que relacionam as iniquidades socioeconômicas e em saúde, destacando o aspecto multidimensional da pobreza. A partir da multidimensionalidade, são incorporados conceitos que a delineiam, como o de sistemas complexos, vislumbrado no primeiro capítulo.

Por se tratar de um conceito ético, é mais difícil estabelecer referenciais para a equidade que a tornem mensurável e operacionalizável (BRAVEMAN, GRUSKIN, 2003). A necessidade de operacionalização abarca o consenso de que as iniquidades não se corrigem sozinhas, requerendo a intervenção por meio de políticas e programas para causar mudanças (ALONGE, PETERS, 2015).

Devido à complexidade que lhe dá vazão, medir a equidade é uma tarefa que requer estabelecer um número de premissas. Asada (2005), por exemplo, cita três critérios para a mensuração da equidade: questões de saúde, unidade de tempo e unidade de análise.

As *questões de saúde* dizem respeito a quais aspectos devem ser considerados – ou mesmo qual a concepção de saúde em que a pesquisa se baseia – ao medi-la. Tendo como princípio que a saúde é um recurso e é um componente do bem-estar, a autora sugere o uso de medidas associadas à qualidade de vida, por estas exporem quais condições de vida uma pessoa tem ou não, qual seu grau de autonomia no cotidiano.

Para a *unidade de tempo*, a autora apresenta três possibilidades a se ter em mente quanto ao intervalo dentro do qual a equidade será buscada: a) abordagem da vida inteira, que avalia todas as condições de saúde do nascimento até a morte; b) a abordagem do estágio de vida, comparando os níveis de saúde entre pessoas do mesmo grupo etário; e c) a abordagem transversal, que analisa todos os desfechos em saúde dentro de um momento específico, independentemente da idade das pessoas na amostra. Asada (2005) afirma que, entendida como um recurso, a saúde oferece oportunidades distintas ao longo dos estágios de desenvolvimento.

Portanto, é potencialmente melhor aproveitada em algumas idades do que em outras. Além de proporcionar maiores benefícios na juventude, sugere a autora, a boa saúde nos estágios iniciais aumenta a probabilidade de níveis positivos nas fases mais avançadas do ciclo vital. Por esses motivos, Asada (2005) admite ser importante saber em que momento e de que forma as pessoas recebem influências em sua saúde. Valoriza questões ignoradas pelas abordagens da vida inteira e transversal, justificando a escolha da abordagem dos estágios de vida.

De um ponto de vista contrário, Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002) defendem ser necessário analisar todo o percurso de vida, pois essa abordagem é fundamental para adquirir compreensão a respeito das origens das iniquidades. Tendo por base, como afirmado anteriormente, que as circunstâncias em que transcorrem as fases iniciais da vida participam na determinação das condições de saúde na vida adulta, é inadequado excluir os diferentes estágios do ciclo vital do estudo das iniquidades.

Finalmente, há a *unidade de análise*, decidindo entre o uso do indivíduo ou do grupo como base para a mensuração. Ao contrário dos critérios anteriores, Asada (2005) não oferece um posicionamento quanto a qual alternativa seria a mais vantajosa. A autora reconhece o crescente uso de ambas as unidades nas pesquisas, ampliando a perspectiva dos estudos, mas pondera que esse caso ainda não esclarece entre quem é buscada a equidade (se entre indivíduos ou entre grupos) ou mesmo se é possível comparar grupos.

Além disso, a própria tentativa de definir grupos arrisca ser inexata, marcada por vieses na seleção das variáveis que os definem, mais um ponto a favor da medida individual (ASADA, 2005). A medida em questão seria realizada do mesmo modo que medidas de distribuição de renda como o coeficiente de Gini (ASADA, 2005; KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). Outrossim, a comparação de grupos, mesmo dentro da categoria estudada (por exemplo, um determinado estrato socioeconômico) é dificultado se há variações significativas no contexto social que os compõe.

Em resposta a esse conflito, Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002) afirmam, dentro de uma perspectiva sistêmica, que não faz sentido examinar as condições de vida dos indivíduos separadas de suas relações sociais. Portanto, qualquer pesquisador interessado na equidade deverá estudar as iniquidades entre grupos sociais, sendo também necessário - como consequência de lidar com um conceito ético - formar juízos normativos ao longo de suas observações. No entanto, os dois métodos, afirmam os autores, são complementares, o que não

implica em terem pesos iguais dentro de uma pesquisa.

Essas iniquidades entre os grupos estão relacionadas às diferentes posições que ocupam na hierarquia social, conforme apresentado acima, sendo que um dos componentes da posição social é o das condições socioeconômicas. Portanto, há relação entre a condição socioeconômica e as iniquidades. Similar a tantas outras, essa é uma relação complexa, como demonstra o fenômeno chamado *gradiente socioeconômico da saúde*. O gradiente revela que os piores indicadores de saúde não estão restritos ao ponto mais baixo da hierarquia social – categorizado pela linha de pobreza, por exemplo –, mas atingem todos os grupos de menor nível socioeconômico, ainda que esses sejam tidos como grupos em nível relativamente alto. Não é apenas a falta de acesso a bens e serviços que explica a produção de iniquidades, mesmo que essa falta seja de fato prejudicial à saúde (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). Braveman e Gruskin (2003) alertam ser possível, inclusive, que uma iniquidade detectada em grupos definidos por renda seja causada por fatores que se associam à renda, ao invés de se tratarem de questões financeiras em si; por isso, uma intervenção para apenas equalizar a renda não seria suficiente para reduzir a iniquidade de forma significativa.

O fenômeno do gradiente socioeconômico da saúde pode ser explicado como consequência das definições de pobreza absoluta e pobreza relativa. A *pobreza absoluta* é a “incapacidade de atender necessidades humanas básicas, como abrigo, comida, e evitar adoecimento” (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002, p. 648, tradução nossa). Geralmente, é demonstrada pela linha de pobreza, que quantifica o mínimo necessário para atender essas necessidades mais fundamentais. Contudo, conceituar o que é ou não necessidade básica passa pela comparação com o restante da sociedade, para estabelecer quais os recursos disponíveis e também o que é culturalmente validado como recurso – as concepções de abrigo ou de boa alimentação, por exemplo, podem não atender ao padrão percebido como convencional (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002).

A *pobreza relativa*, compreendida como a falta de acesso aos recursos tidos como habituais, resulta diretamente da comparação com o padrão social, situando a linha de pobreza em um ponto calculado a partir da renda média per capita. Como consequência dessa interpretação, uma proporção muito maior da população - de 40% a 60% da camada mais baixa da hierarquia social – seria considerada como em situação de pobreza (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002).

Os autores alertam que, apesar de ser possível distinguir conceitualmente essas duas formas de pobreza, ambas estão intrinsecamente ligadas na prática, de modo que não se pode estabelecer apenas uma como referencial ao analisar a equidade (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002). Os efeitos desses dois mecanismos implicam, ainda, na erosão do *capital social* (recursos, sejam materiais ou psicossociais, dispostos aos indivíduos e à sociedade pelas relações interpessoais) e da *coesão social* (o senso de união e integração a perpassar os diferentes grupos sociais).

Braveman e Gruskin (2003) criticam a postura adotada pela Organização Mundial da Saúde que, a partir do *World Health Report* de 2000, propõe a medida de equidade como o comparativo entre os melhores e os piores resultados individuais de saúde em uma população, porém ignorando como esses resultados se distribuem entre grupos sociais (baseados em renda, raça/etnia, gênero e similares). Essa postura, que se aproxima do entendimento da saúde como o resultado de escolhas individuais (ou, no mínimo, favorece esse entendimento) é muito similar à adotada por Asada (2005), que se desfaz dos elementos de caracterização dos grupos sociais sob a proposta de alcançar maior neutralidade e/ou precisão na medida. Alonge e Peters (2015) pontuam que a comparação entre indivíduos, ao invés de grupos, deriva das bases utilizadas em teorias econômicas de comparação da distribuição de renda – fator objetivamente mensurável, ao contrário da saúde.

Já o olhar de Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002) para a equidade também se coloca a favor da comparação entre grupos, em acordo com a afirmativa de Braveman e Gruskin (2003, p. 256, tradução nossa): “a mensuração de disparidades em saúde sem respeito a como as disparidades são distribuídas socialmente não é uma medida de equidade e não reflete justiça no que diz respeito à saúde”. Sob essa concepção, a teoria de justiça social é essencial para a formulação do conceito de equidade (ALONGE, PETERS, 2015). Sua operacionalização pode ser exercida pela análise de medidas como as taxas de mortalidade ou de incidência de doenças, a partir das quais se torna possível observar quais os grupos mais atingidos e, com isso, detectar as causas para então planejar intervenções. Quanto às críticas relacionadas à dificuldade de estabelecer critérios claros para a delimitação de grupos, Alonge e Peters (2015) concordam que alguns grupos têm limites pouco definidos, como o de classes de trabalhadores; outros, porém, permitem estabelecer fronteiras claras, como os definidos por renda, nível de escolaridade, situação laboral, raça/etnia, gênero e similares.

Retomando o ponto inicial quanto à operacionalização da equidade, que trata do estabelecimento de premissas, pode-se sintetizar algumas afirmações a partir da reflexão exposta. Primeiro, que a saúde é um fenômeno multidimensional, sistêmico, com múltiplas causas associadas a cada desfecho e vice-versa. Ações em prol da equidade sustentadas no pensamento sistêmico podem melhor intervir e gerar resultados mais significativos.

Segundo, que as causas agem desde a concepção, portanto, ao centrar a análise da saúde e da equidade em saúde em uma fase específica do ciclo vital arrisca-se ignorar um conjunto de informações essenciais ao entendimento dos desfechos observados. Ainda como consequência da complexidade do fenômeno, tem-se que a saúde não se torna suficientemente mensurável numa escala linear e objetiva como a da distribuição de renda, expressa por indicadores como o Coeficiente de Gini. Desse modo, para a satisfação do conceito de equidade, a comparação entre grupos é mais apropriada do que a comparação entre indivíduos – lembrando que as duas abordagens são complementares, logo não se deve descartar a individual.

Terceiro, ao trabalhar com um conceito ético como a equidade, um pesquisador necessita elaborar juízos normativos. O mesmo princípio se aplica no processo de definição dos grupos sociais a serem comparados – contrariando a narrativa que os considera inadequados à pesquisa por serem construtos atravessados por vieses –, outra prerrogativa a favor da comparação.

Quarto, a comparação entre grupos permite, inclusive, definir qual o nível mais alto de saúde capaz de ser alcançado, a partir das informações relacionadas ao grupo mais favorecido. A partir dessa definição, é possível estabelecer uma meta a ser alcançada pelos demais grupos, abrindo caminho para a operacionalização da equidade.

Quinto, que a operacionalização da equidade depende da clareza na constituição de seu conceito, refletindo-se na elaboração de indicadores para medi-la.

Sexto, a literatura indica não haver consenso no conceito de equidade, apesar do representativo número de autores a utilizar a definição de Dahlgren e Whitehead (1991) para as iniquidades sociais em saúde – o mais próximo da concordância diz respeito à igualdade de oportunidades. Disso, resulta que também não há consenso entre as formas de mensuração. Tanto o conceito quanto as medidas utilizadas variam conforme a cosmovisão de cada autor - uma possível decorrência do terceiro aspecto, da eleição de juízos normativos para o estudo. Há, no entanto, pesquisadores desenvolvendo estudos em busca de compor indicadores universais que facilitem a comparação entre países.

Sétimo, independente da atual inexistência de uma descrição definitiva do conceito, concorda-se que a equidade, por lidar com atributos como o da justiça, possui dimensão ética. Como conceito ético, norteia escolhas e atitudes morais, voltadas à consecução de direitos humanos e de cidadania que assegurem a vida digna e o desenvolvimento pleno de todas as pessoas.

2.1 EQUIDADE, POBREZA E SAÚDE

Na ausência de um conceito ou de indicadores definitivos, Braveman e Gruskin (2003) e Kawachi, Subramanian e Almeida Filho (2002) orientam que os critérios sejam estabelecidos tendo por base a clareza no objetivo do estudo. Ao invés de se elaborar o conceito e, a partir dele, realizar estudos comparativos (seja entre indivíduos, entre grupos ou ambos), um caminho é delimitar o desfecho a ser estudado, cujos resultados poderão permitir comparação posterior, detectando iniquidades.

Um exemplo para esta abordagem vem do estudo da violência no país. A análise das taxas de mortalidade brasileiras gera a constatação de que a maioria das vítimas de homicídio no país é afrodescendente (preta e parda). Enquanto a taxa de homicídios de não-negros diminuiu 6,8% entre 2006 e 2016, para a população afrodescendente a taxa de homicídios cresceu 23,1% no mesmo período, assumindo um valor três vezes maior que o da população não-negra (IPEA, FBSP, 2018; UNICEF, 2017).

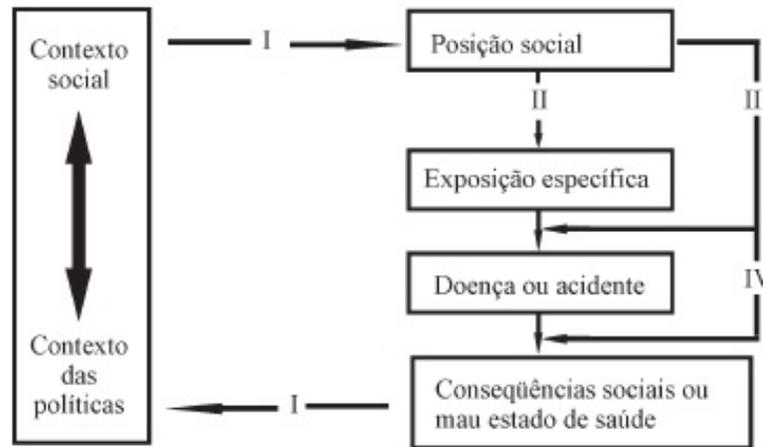
Os resultados da pesquisa são um forte indicativo da existência de iniquidades em um grupo específico, mesmo sem estabelecer diretamente as causas delas. Avaliações aprofundadas do perfil desse grupo social apresentam outros fatores compartilhados, para além da cor da pele, que podem ter correlação com o desfecho observado, dos quais podemos citar as menores taxas de escolarização, de emprego formal e a menor renda, quando comparado com o perfil da população branca. O conhecimento assim produzido oferece sustentação suficiente para a proposição de intervenções visando maior equidade. Esses estudos também demonstram que é possível deduzir o indicador a partir da observação da realidade, ao invés de tentar codificar a realidade a partir de indicadores prévios.

Seguindo lógica similar à da pesquisa das situações de violência, desde o século XIX diversos estudos têm demonstrado que o maior fator de risco à saúde, tanto para a morbidade

quanto para a mortalidade, é a situação socioeconômica (STRINGHINI *et al*, 2017; WYK, BRADSHAW, 2017; BARATA, 2009). Dessa forma, o combate à pobreza, intervindo em prol da elevação da posição social da população menos privilegiada, é uma das formas mais diretas de contribuir para a promoção da equidade.

A literatura internacional registra a doença noma como exemplo da associação entre pobreza e morbimortalidade (FARLEY *et al*, 2018; JAIN, RANKA, 2017; MALEY, DESAI, PARKER, 2015; GARCÍA-MORO *et al*, 2015; SROUR *et al*, 2008). O noma é uma doença negligenciada, caracterizada por rápida progressão, na maioria dos casos levando à morte em curto espaço de tempo (taxa de mortalidade de 90%) e causando severas deformações faciais aos sobreviventes. É frequente em regiões da África subsaariana – na faixa que se estende do Senegal à Etiópia, o “cinturão do noma” –, com esparsos relatos também na Ásia, mas era comum na Europa e nos Estados Unidos até o início do século XX, e já se manifestou em campos de concentração alemães e japoneses. Tem como principais fatores de risco a falta de acesso a serviços de saúde, a ausência de saneamento básico, a má nutrição e a pobreza. Esta última é entendida como causa das três anteriores ou, no mínimo, como fortemente correlacionada a elas, ponto central do arranjo complexo e multidimensional dessa forma de adoecimento. Como o noma se manifesta nas pessoas em situação socioeconômica mais vulnerável nas áreas mais pobres dos países citados, a doença é conhecida como “o rosto da pobreza”. García-Moro *et al* (2015, p. 225, tradução nossa) afirmam que “[o] Noma pode ser considerado um indicador biológico de múltiplas violações dos direitos humanos, incluindo o direito à alimentação”.

Cabe destacar que a pobreza é um fator multidimensional, assim como é a saúde, dotada de uma variedade de causas e efeitos (MAGALHÃES, 2002). Uma das formas de expressar a multidimensionalidade da pobreza é por meio do conceito de posição social. A posição social aparece no modelo de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de Diderichsen e Hallqvist (Fig. 1) e pode ser definida como o modo pelo qual a estratificação social afeta o desenvolvimento humano e a saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Outro conceito de posição social é de “estrato da população com mesma posição e prestígio [...]; definida por critérios tais como educação, ocupação, renda” (DECS, 2018), que não destaca a saúde diretamente, mas cita os fatores que a influenciam.

Figura 1. Modelo de DSS de Diderichsen e Hallqvist

Fonte: Buss, Pellegrini Filho, 2007

Conforme o modelo, a posição social é resultado de diversos elementos (desde os já mencionados trabalho, educação e renda até outros não citados). De acordo com a posição social de um grupo populacional, há diferentes exposições a riscos e, em decorrência, diferentes condições de saúde. As condições de saúde particulares a cada grupo orientam a formulação e execução de políticas públicas, as quais moldam o (e são também moldadas pelo) contexto social. Fechando o ciclo, o contexto social oferece às pessoas condições específicas dos fatores como trabalho, renda e educação, os elementos que condicionam a posição social e a saúde.

Esse modelo entra em acordo com a perspectiva de Giddens e Sutton (2016) quanto à pobreza e ao dilema de sua raiz – se está na responsabilidade individual ou se está na organização social. Os autores defendem que as duas alternativas têm sua parcela de verdade: a organização social impede ou viabiliza escolhas pessoais que, por sua vez, contribuem na formação do modelo de sociedade. A definição incorpora os conceitos de estrutura básica da sociedade de Rawls (1997) e de capacidades e agência de Sen (2000). A condição descrita, de interação contínua entre indivíduo e coletivo, um modulando ao outro, traz a um ponto já citado e que será aprofundado a seguir: os sistemas complexos.

2.2 EQUIDADE, SAÚDE E COMPLEXIDADE

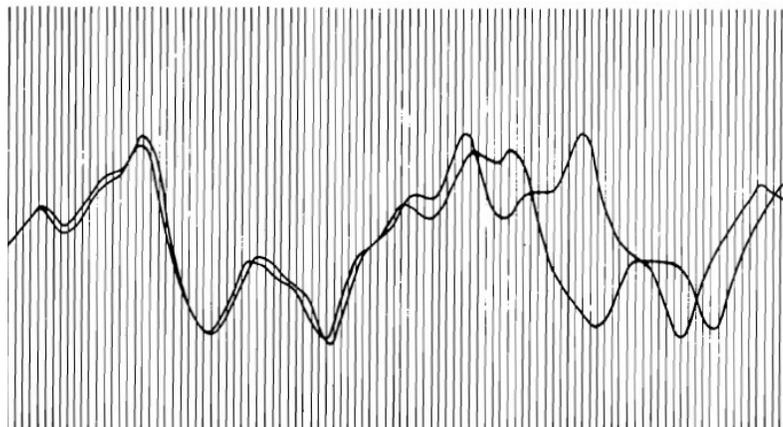
“O peso da evidência empírica na literatura sobre iniquidades em saúde dá suporte à posição dos determinantes sociais” (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002,

p. 648, tradução nossa), o que quer dizer que há inúmeras influências sobre a saúde das pessoas antes que elas possam escolher livremente seu estilo de vida. Essas influências consistem em circunstâncias de vida que se apresentam ainda durante a gestação e infância, por exemplo, contextos em que um indivíduo se encontra sujeito a outros estilos de vida e a condições ambientais alheios à sua vontade (KAWACHI, SUBRAMANIAN, ALMEIDA FILHO, 2002).

Há sistemas diversos e interligados, desde o nível local ao internacional, influenciando as condições de vida e desenvolvimento das pessoas. Com o avanço das pesquisas a respeito dos DSS, cresce a capacidade de se afirmar que as iniquidades em que eles se refletem não podem ser corrigidas “sem um foco analítico em como esses sistemas complexos agem em conjunto [e] coalescem para produzi-las” (MCGIBBON, MCPHERSON *apud* CAREY *et al*, 2015, p. 763, tradução nossa).

O conceito de sistemas complexos se desenvolveu com mais amplitude a partir dos estudos da teoria do caos. Esse estudo do caos na ciência encontrou diversos adeptos ao longo do tempo, ganhando maior exposição a partir dos estudos de Edward Lorenz em 1961 (DIZIKES, 2011). Lorenz trabalhava como meteorologista e conduzia um experimento de previsão climática em um computador, que gerava um gráfico a partir de dados numéricos informados pelo cientista. Em uma das reproduções desse gráfico, Lorenz arredondou o valor de uma das doze variáveis utilizadas de 0,506127 para 0,506. O resultado foi um gráfico que começava parecido com o primeiro, com pequenas diferenças que poderiam ser atribuídas à redução das casas decimais; em certo ponto, porém, o segundo gráfico divergia do primeiro, gerando um desenho completamente diferente do original para o intervalo de tempo de dois meses (Figura 2).

Figura 2. Gráfico de previsão do tempo de Lorenz



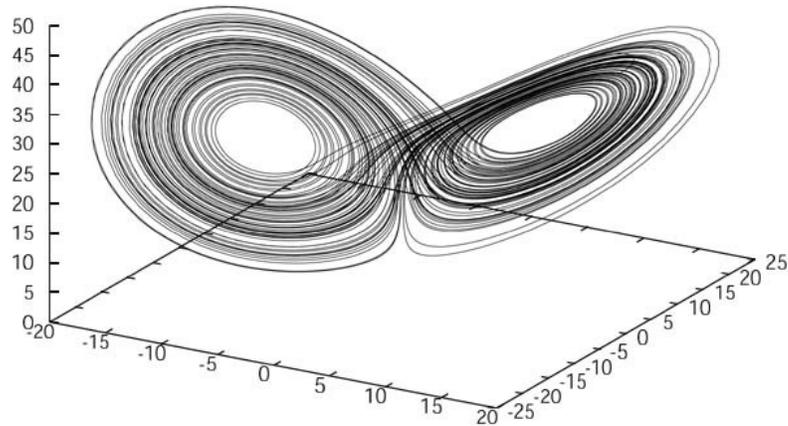
Fonte: Hawkings, 2017

Pelo paradigma científico da época, o segundo gráfico deveria ser quase idêntico ao primeiro, assumindo apenas pequenas variações pela menor precisão dos dados informados. A completa divergência, a partir de diferença tão pequena (apenas 0,000127), rompia com a linearidade do modelo determinista prevalente até então e apontava para um novo entendimento das relações de causalidade. Lorenz percebeu que a natureza pode mostrar grandes consequências iniciadas por mudanças minúsculas, o que se tornou um dos princípios dos sistemas complexos: dependência sensível às condições iniciais (BOEING, 2015; DIZIKES, 2011).

Como exemplo da aplicação desse princípio, que se tornou o fundamento da teoria do caos, Lorenz ergueu um questionamento: “pode o bater de asas de uma borboleta no Brasil causar um tornado no Texas?”, o qual deu origem à expressão “efeito borboleta” (DIZIKES, 2011; LORENZ, 1972). A questão propõe que alterações imperceptíveis no sistema podem causar efeitos imponderáveis, tornando o futuro quase completamente imprevisível. Enquanto o determinismo afirma que só há um desfecho possível a partir das condições iniciais, a teoria do caos afirma que “o presente determina o futuro, mas o presente aproximado não determina aproximadamente o futuro” (BOEING, 2015, tradução nossa).

Em essência, a teoria do caos considera que não é possível fazer previsões acuradas do futuro porque essas dependem de um número desconhecido de variáveis, cujos valores podem estar além da capacidade humana de mensuração. O programa utilizado por Lorenz para a previsão do tempo utilizava seis dígitos após a vírgula, mas esta pode ser a limitação do programa: o valor real poderia ter infinitos dígitos. O caos, para Lorenz, é diferente de aleatoriedade e de desordem (BOEING, 2016; DIZIKES, 2011). Por meio de um estudo a respeito da movimentação de gases, Lorenz demonstrou com o gráfico resultante (Figura 3) que, mesmo imprevisível, o caos se manifesta dentro de limites estabelecidos (LORENZ, 1963). Nesse sentido, o caos não é desordem, mas a dimensão desconhecida da ordem.

Figura 3. Gráfico do atrator de Lorenz



Fonte: Mizuno, 2008

Se estivesse ao alcance humano conhecer todas as variáveis com absoluta exatidão, talvez a natureza assumisse o aspecto linear em que, dadas as condições de todo o sistema em certo momento, houvesse apenas um resultado possível de ser manifesto no momento seguinte. Se o valor das variáveis, porém, revela-se infinitesimal, só uma inteligência infinita seria capaz de considerá-las e prever o próximo estágio do sistema.

A ciência do caos contribuiu para fortalecer o pensamento sistêmico, um paradigma holístico para os saberes acadêmicos. Dele decorreu também a ciência de sistemas, a qual engloba o estudo dos sistemas complexos, entre outros (GOMES *et al*, 2014). Esses conhecimentos foram aplicados a variadas áreas, da física à sociologia. No âmbito das políticas públicas, o estudo dos sistemas complexos originou as políticas adaptativas.

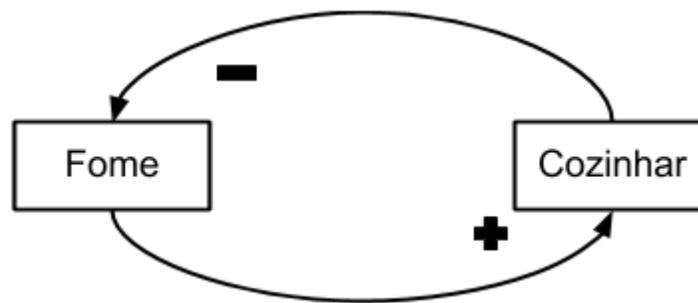
As políticas adaptativas, como o próprio nome já diz, são construídas com certo grau de flexibilidade, o que permite que sejam modificadas diante de alterações no sistema, ao contrário das políticas estáticas (CAREY *et al*, 2015). Dito de outra forma, as políticas adaptativas estão abertas à imprevisibilidade e se ajustam à realidade para a qual foram elaboradas. Com essas características, as políticas adaptativas estão mais aptas a dar conta da imensa variabilidade (e consequente imprevisibilidade) dos sistemas humanos a compor a sociedade (DIZIKES, 2011).

A pobreza, a saúde e a organização da sociedade em geral manifestam as características de sistemas complexos (AGYEPONG *et al*, 2012). Sendo essa a realidade do objeto de estudo, o mais adequado para compreendê-lo e aprimorar estratégias de intervenção é utilizar o paradigma da complexidade. A equidade é complexa; as ferramentas para fortalecê-la também devem ser. O

pensamento sistêmico tem ganhado espaço nos estudos de saúde pública por oferecer métodos e ferramentas que facilitam o entendimento de questões como tendências populacionais ou diferenças de saúde entre grupos sociais (ROUX, 2015).

Entre as ferramentas disponíveis, há as que favorecem a visualização dos sistemas complexos e das relações de seus componentes, como é o caso dos diagramas circulares de causalidade¹⁰ (DCCs; PETERS, 2014). Os DCCs compõem, em síntese, conjuntos de palavras-chave, representando os elementos de um sistema, e setas representando as relações entre esses elementos. Um sinal de positivo (“+”) junto à seta indica que um elemento intensifica a presença ou ação do outro. Um sinal de negativo (“-”), logicamente, tem significado contrário. Por exemplo:

Figura 4. Exemplo de DCC



Fonte: elaborado pelo autor

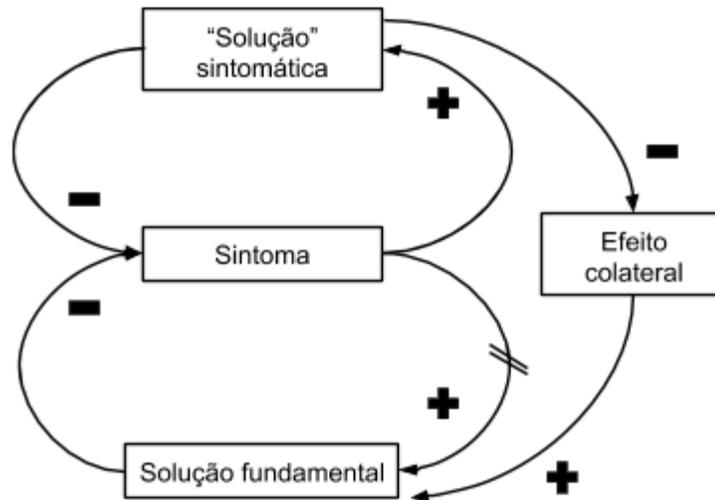
No caso, a fome intensifica a necessidade de preparar o alimento e, quanto melhor alimentada a pessoa, menor sua fome.

Senge (1994) utilizou os DCCs para criar o que chamou de modelos mentais ou arquétipos, isto é, representações visuais de circunstâncias encontradas com mais frequência, as quais “contam uma história”. Um desses modelos, apresentado abaixo, é o chamado *mudança de fardo*¹¹, em que um problema é tratado em seu sintoma – mais imediato e perceptível – ao invés de sua causa - pois essa é pouco perceptível, ou exige um grande custo para ser modificada.

¹⁰ *Causal loop diagrams* (CLDs) no original em inglês.

¹¹ *Shifting the burden*, no original em inglês.

Figura 5. Modelo mental da Mudança de Fardo



Fonte: adaptado de Senge (1994)

Para o exemplo do homem faminto, o *sintoma* é a *fome*. É a necessidade de comer e não ter o alimento necessário que indica a tendência ao desequilíbrio.

A *solução sintomática* é *dar o peixe*, devolvendo o equilíbrio ao sistema. Porém, conforme a conceituação desse modelo, a solução sintomática só é efetiva no curto-prazo, resultando que o homem faminto comerá por um dia; no dia seguinte, o problema voltará a surgir.

A *solução fundamental* responde às necessidades expressas pelo sintoma no longo prazo. Porém, há um hiato entre a identificação do sintoma e a abordagem da causa. Como dito anteriormente, esse modelo de sistema se sustenta porque é mais fácil e rápido tratar o sintoma; lidar com a causa requer um período prolongado de esforço. Essa distância no tempo é responsável pelo “atraso” (representado pela linha cortada por dois traços) na percepção da relação entre os elementos¹². Dentro do provérbio, tratar a causa do problema é o ato de *ensinar a pescar*.

O elemento final do modelo é o *efeito colateral*. Quanto maior o investimento na solução sintomática, menor a ação sobre o efeito colateral; em comparação, quanto mais agudo o efeito colateral, maior a necessidade pela solução fundamental. No exemplo proverbial, esse elemento é o que podemos chamar de *sustentabilidade*. Frequentemente usada para tratar de questões ambientais, a palavra tem sido trazida a novos contextos, como o econômico e o social, com o

¹² Senge (1994) enfatiza repetidas vezes que o maior empecilho à compreensão do funcionamento dos sistemas (e também a raiz do surgimento dos inúmeros problemas que os sistemas descrevem) é a visão de curto prazo, de perspectiva estreita, que só apreende a relação entre os elementos que estejam próximos no tempo e no espaço.

sentido capacidade autônoma, a independência da entrada de recursos externos para a autopreservação. Quanto mais o homem recebe o peixe, menos ele desenvolve a capacidade de prover o próprio sustento. Quanto maior a necessidade de se sustentar, maior a tendência a aprender a pescar. Sob essa reflexão, o efeito colateral expressa a real necessidade por trás do sintoma.

Para situações tais como a do homem faminto do provérbio, a real necessidade é de *capital humano*. Capital humano é entendido como as habilidades, conhecimentos e competências possuídos por uma pessoa e que a permitem um repertório mais variado de respostas aos estímulos vindos do ambiente (COLEMAN, 1988). É muito similar em características e em uso ao que Sen (2006) define como funcionamentos (possibilidade de “ser” e “fazer” de determinadas formas) e capacidades (conjuntos de funcionamentos postos em prática). A capacidade de sustentabilidade do homem depende de seu capital humano como pescador.

Na narrativa proverbial, aprender a pescar requer alguém que o ensine, alguém que já tenha esse capital humano e, na relação estabelecida, possa transmiti-lo ao pescador. É nisso que consiste o *capital social*: nas redes de vínculos estabelecidas entre pessoas, que permitem o fluxo de recursos como o capital financeiro – dinheiro, bens materiais – e o capital humano – informações, habilidades, saberes (FERRAREZI, 2003). O capital social se forma quando há relação de reciprocidade e confiança entre os membros da rede, assim como normas e sanções que permitam regular os acordos estabelecidos pelas relações (ACHARYA *et al*, 2010). Esses elementos (valores e normas) geralmente estão inseridos na cultura dos grupos, a qual constrói sua identidade (FONTES, EICHNER, 2004).

Uma das qualidades mais importantes do capital social é sua conversibilidade nas outras formas de capital, portanto, o que o torna multidimensional. Junto à complexidade inerente aos sistemas sociais humanos, a forma como o capital social se constitui e se expressa o traz ao âmbito da complexidade (ROUX, 2015; ACHARYA *et al*, 2010). Por isso, pode ser um recurso útil à promoção da saúde e da equidade.

Ferrarezi (2003) destaca a possibilidade de contribuição às políticas públicas. Segundo a autora, com a formação de associações locais, conselhos comunitários e outros órgãos de governança popular, o capital social pode ser usado para fortalecer as instituições democráticas, incentivando o desenvolvimento econômico e social. A base desse movimento, conforme

definido por Putnam (*apud* FERRAREZI, 2003) é o civismo¹³, o senso de unidade e de responsabilidade compartilhada dos cidadãos, a noção de que todos têm um dever para com os outros. Há diversas formas de desenvolver a cultura cívica. Geralmente, é o Estado quem é mais atuante nessa função, defendendo e enfatizando certas normas e valores – o que pode dar margem a manipulações ideológicas –, mas todas as instâncias da sociedade podem cumprir esse papel.

A pobreza, a saúde e a organização da sociedade em geral, conforme indicado ao longo do trabalho, manifestam as características de sistemas complexos. Sendo essa a realidade do objeto de estudo, o mais adequado para compreendê-lo e aprimorar estratégias de intervenção é utilizar o paradigma da complexidade. A equidade é complexa; as ferramentas para fortalecê-la também devem ser.

Este capítulo visa fazer maior aproximação entre os conceitos de equidade e de saúde, argumentando em favor da sua interconexão. A *equidade em saúde*, que analisa a distribuição dos desfechos em saúde entre os indivíduos e os diversos grupos sociais, também traz um diagnóstico do acesso às condições que permitem melhores níveis de saúde. Por isso, está intimamente ligada aos *determinantes sociais da saúde* (DSS), os componentes da vida em sociedade (como o trabalho, a educação, a cultura e outros mais) que influenciam os resultados em saúde. A forma como os DSS são disponibilizados depende de arranjos entre forças políticas e econômicas, mediação que é exercida tanto pelas relações de mercado quanto pelas *políticas públicas*. Este trabalho estuda como conjugar essas forças para remediar a *pobreza*, a falta de acesso ao mínimo necessário para uma vida digna, e anular disparidades injustas. As reflexões apresentadas, baseadas em situações de saúde variadas, sugerem formas de mensurar a equidade observando-se diferentes estudos populacionais, a partir das disparidades reveladas na comparação entre grupos.

Aparece como ponto central a distribuição de renda, que ocupa grande dimensão da condição socioeconômica, também chamada de posição social. Muitos agravos em saúde têm raiz na pobreza, outro termo portador de múltiplas definições, que condiz com a falta de acesso ao básico, os recursos que deveriam ser universais entre todos os membros da sociedade (conjunto que pode variar conforme o contexto).

O estudo da pobreza revela que suas causas e consequências são multidimensionais, ou seja, há muitos fatores atrelados à sua ocorrência e uma variedade de efeitos com origem nela.

¹³ O conjunto de “[...] cidadãos atuantes, imbuídos de espírito público, prestativos, respeitosos e confiantes uns nos outros, mesmo quando divergem em relação a assuntos importantes” (FERRAREZI, 2003, p. 19).

Tal como a equidade, a pobreza é fenômeno da complexidade: uma rede de interações que origina sistemas inteiros, irredutíveis às suas partes, dotados de imprevisibilidade, exigindo mentalidade flexível, adaptativa, para que intervenções neles sejam bem-sucedidas. Essa rede de interações é a mesma que descrevem os DSS, também orientando ao uso de estratégias sistêmicas para promover equidade e saúde.

Para a avaliação da condição socioeconômica na sua expressão como renda, há vários indicadores conhecidos, como o coeficiente de Gini, que avalia a distribuição da riqueza na sociedade. Abrangendo o aspecto de complexidade da saúde, há o exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Uma variante, visando maior precisão dos valores, apresenta o IDH corrigido pelo coeficiente de Gini, fazendo diminuir o índice dos países conforme seus respectivos níveis de desigualdade socioeconômica. Já no âmbito da multidimensionalidade da pobreza, há o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), criado em 2010. Outros ainda visam a avaliar o progresso e o desenvolvimento trazendo em seu cálculo as iniquidades socioeconômicas. Assim como não há um conceito definitivo de pobreza, não há indicadores universais para medi-la. O que se pode afirmar é que os extremos de renda, tanto a falta quanto o excesso, a pobreza e a riqueza, derivam de estruturas sociais injustas (GIDDENS, SUTTON, 2016). Extrema pobreza e extrema riqueza, nesse sentido, não existem isoladamente. Os mesmos mecanismos geram ambas, de modo que intervir sobre uma significa intervir sobre as duas (PIKETTY, 2014).

Não se quer, com isso, condenar a riqueza nem alegar que todas as pessoas deveriam ter renda igual. Compreende-se que a renda e a riqueza são condição necessária ao desenvolvimento e à saúde, mas não são condição suficiente para assegurá-los (DEATON, 2017). A crítica reside unicamente nos elementos da organização social que estimulam a injustiça na distribuição dos recursos, resultando na privação, de um lado, e na concentração, do outro. Ao contrário do que por vezes se alega, a iniquidade socioeconômica não é inevitável. Piketty (2014) é categórico ao afirmar que a distribuição da riqueza é uma questão subjetiva, profundamente englobada pela política, cujos interesses se servem da economia. Fazendo uso das teorias econômicas, o autor demonstra que, quanto mais perfeito o mercado de capital, maior a tendência à produção de iniquidades. A equidade, volta-se a afirmar, é uma questão ética, que encontra sua prática por meio da política.

Pode dizer-se que há quatro coisas básicas e essenciais que a esmagadora maioria do povo de uma sociedade deseja: viver num ambiente seguro, conseguir trabalhar e sustentar-se, ter acesso a boa saúde pública e sólidas oportunidades educacionais para os filhos. Atualmente, enquanto sociedade, podemos estar a batalhar nestas quatro áreas, mas temos de permanecer confiantes de que, com o compromisso pessoal de cada um de nós, poderemos e iremos ultrapassar os obstáculos na via para o desenvolvimento.

Nelson Mandela

3 EQUIDADE E POLÍTICAS NACIONAIS

O terceiro capítulo analisa como o Brasil tem se dedicado à equidade em suas políticas. A primeira parte retrata as políticas públicas em saúde, identificando como descrevem a equidade, os métodos de promovê-la e de avaliá-la. Salvo por um conjunto específico dessas políticas, não se buscou aprofundamento na natureza de cada uma delas, apenas relatando como se dá a presença da equidade. A segunda parte se detém nos efeitos equitativos das políticas sociais, tendo por base o Bolsa Família, uma das intervenções que trouxe resultados mais concretos na promoção da equidade. Finalizando, a terceira parte pondera o contexto sociopolítico recente e suas implicações, reais e potenciais, à equidade no país.

3.1 EQUIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A literatura científica mostra dificuldades na diferenciação entre políticas públicas e políticas sociais, por vezes afirmando não haver diferença. Vianna (2002) comenta a imprecisão das distinções atribuídas, tornando os conceitos vagos. Cordeiro (2014) afirma que a política social é um tipo específico de política pública, na forma de estratégia para efetivar direitos valendo-se da articulação de diferentes setores. Dentro dessas generalizações, há tendência a entender as políticas públicas como ações governamentais no sentido amplo de organização da sociedade, enquanto as políticas sociais são ações do Estado direcionadas à seguridade social (CORDEIRO, 2014; VIANNA, 2002).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) lista, em sua página oficial, cinquenta e uma (51) políticas nacionais e diretrizes nacionais, subdivididas em sete (7) categorias. Duas categorias – *Políticas de Organização da Atenção à Saúde e Políticas de Organização do SUS* – enfatizam aspectos administrativos e da oferta de serviços do sistema de saúde. Nas duas categorias, há políticas cujo conteúdo se estende além da organização administrativa, propondo concepções e práticas de saúde. Exemplos das respectivas exceções são a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a Política Nacional de Humanização (PNH, também chamada de HumanizaSUS).

As categorias *Políticas de Atenção a Agravos Específicos e Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos à Saúde* estão direcionadas a situações de saúde mais

específicas (doenças raras, neurológicas, cardiovasculares, câncer, acidentes e violência etc.), retratando aspectos da morbimortalidade identificados na população brasileira.

A categoria de *Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais* reúne iniciativas em sua maioria dirigidas a grupos amplos da população: homens, mulheres, idosos, crianças e adolescentes. Apesar do destaque a grupos majoritários da sociedade, esta categoria inclui também os indígenas, a população em situação de rua, pessoas privadas de liberdade e pessoas com deficiência.

Chama atenção que apenas uma das categorias fala diretamente na equidade - *Políticas da Promoção da Equidade em Saúde* - e essa contém somente três políticas nacionais: de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas (PNSIPCFA); e de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (PNSILGBT).

Por ser um dos princípios condutores das práticas do Sistema Único de Saúde, junto com a universalidade e a integralidade, a equidade deve figurar automaticamente em todas as políticas nacionais de saúde. Políticas voltadas a outros campos, eventualmente, incluem a equidade como norteadora de suas práticas também. A existência de uma categoria para a promoção da equidade, composta por essas três políticas em particular, revela uma das interpretações do conceito mais frequentes na literatura: da equidade em saúde como a organização de ações e serviços destinados aos segmentos da população entendidos como os mais vulneráveis, tendendo a implicar as minorias relacionadas (CORGOZINHO, OLIVEIRA, 2016). A equidade em saúde, sob essa ótica, trata do esforço em incluir os excluídos.

Retomando reflexões anteriores, o conceito de equidade utilizado determina, usando os argumentos de Sen (2006), o que queremos igualar e para quem. A definição apresentada acima restringe o foco, com as desvantagens e vantagens que a limitação acarreta.

A existência dessa categoria não implica na ausência da equidade das demais políticas - conforme já dito, sendo princípio fundamental do SUS, todas devem operá-lo de algum modo. No entanto, entre as políticas que falam da equidade, observa-se a dificuldade de apresentar definições para o termo, reforçando sua polissemia.

Algumas políticas não apresentam, em seu texto, a definição do conceito; outras apresentam definições diferentes entre si. A ausência de definição frequentemente acompanha a ausência da descrição de medidas para promover a equidade e para avaliar seu progresso.

As políticas que descrevem medidas de promoção o fazem em termos genéricos - possível consequência tanto da imprecisão do conceito de equidade quanto da natureza das políticas nacionais, que devem ser adaptáveis aos diferentes contextos do país, bem como da interação dos dois fatores. Apesar disso, percebe-se que carregam em si o sentido de estimular novas e maiores oportunidades de vida, ou seja, incentivar o desenvolvimento das populações.

As medidas de avaliação do crescimento da equidade só são encontradas nas políticas voltadas aos grupos minoritários e podem ser resumidas à comparação com os grupos majoritários com os quais contrastam. Portanto, a equidade em saúde da população negra é compreendida comparando seus níveis de saúde com os da população branca; a equidade em saúde das mulheres, com os níveis de saúde dos homens; a equidade em saúde dos povos do campo, floresta e águas, com os níveis de saúde da população urbana, e assim por diante.

A produção acadêmica a respeito dos efeitos gerados pelas políticas públicas na promoção da equidade ainda é diminuta. A busca na BVS utilizando a chave (*equidade*) AND (*políticas públicas*), filtrando resultados por texto completo disponível e com o Brasil como país/região, retorna poucos resultados (92 itens, entre artigos e teses). Desses, a quase totalidade faz análises teóricas a respeito de como promover a equidade. Não foi encontrado um trabalho que fizesse avaliação da equidade após a implementação da política.

No caso da PNSIPN, Faustino (2017) argumenta que os estudos relacionados à raça/etnia encontram resistência no meio acadêmico, desde a existência do tema nas graduações e pós-graduações até sua abordagem em pesquisas e trabalhos. A saúde da população negra, em particular, é considerada, por alguns, tema de pouca relevância, conforme cita o autor. Por si, tal contexto acarreta a baixa visibilidade e a baixa produção científica, e lógica similar pode marcar as outras duas políticas inseridas na mesma categoria. Como evidência, a pesquisa utilizando apenas o nome da PNSIPN como chave de busca, por título, resumo e assunto, na mesma base de dados, retorna somente quinze (15) textos completos disponíveis, contando repetições¹⁴.

Usando a mesma chave na base de dados Scielo, com busca por todos os índices, não há resultados encontrados. Pesquisando pelo descritor indexado, *saúde da população negra*, encontram-se onze artigos, dos quais nenhum apresenta estudo da redução das iniquidades a partir da implementação da política.

Contudo, isso não quer dizer que não haja registros do progresso concretizado com

14 Até 31/10/2018.

políticas que promovam a equidade. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é um dos órgãos a registrar as transformações demográficas e socioeconômicas no país. Os dados obtidos informam que, em 2015, dez anos após a implementação de políticas de ação afirmativa para acesso ao ensino superior, o número de negros (pretos e pardos, segundo o censo) nas universidades mais do que dobrou, passando de 5,5% do total dos jovens entre 18 e 24 anos para 12,8% (IBGE, 2016). O número ainda é a metade do de jovens brancos universitários na mesma faixa etária (26,5%), o que revela a necessidade de seguir ampliando o acesso à educação do segmento que constitui 54% da população total (em dados de 2016). Entretanto, a mudança nas estatísticas mostra haver crescimento na equidade, dentro de uma das medidas propostas pela PNSIPN, fruto de políticas como o Programa Universidade para Todos (ProUni) (IBGE, 2016).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, no período entre 2005 e 2015 a população negra passou de 11,4% a 17,8% dos brasileiros mais ricos, efeito que pode ser associado à maior escolaridade e que abre mais possibilidades ao desenvolvimento desse grupo populacional (IBGE, 2016).

Estudando outras bases de estatísticas demográficas, talvez fossem encontradas informações similares para alguns casos, como a queda na morbimortalidade associada à anemia falciforme; para outros, detectou-se aumento das iniquidades, a exemplo do já citado aumento da mortalidade por causas externas entre não-brancos. Seja como for, não é o objetivo deste trabalho revisá-las. Aponta-se a lacuna na produção acadêmica no tocante à avaliação das políticas de promoção da equidade e da aplicação das medidas sugeridas.

Junto a isso, fazem-se questionamentos quanto à categoria de *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*. Se a equidade, sendo uma das bases do SUS, deve estar presente em todas as políticas, qual a necessidade de restringi-la a um grupo específico de políticas? Isso não deixaria a entender que as demais políticas se poupam desse compromisso?

Além disso, se há uma categoria voltada a segmentos populacionais específicos – entre os quais estão outras minorias sociais, como os indígenas, as pessoas com deficiência e as pessoas em situação de rua –, por que colocar em categoria à parte a população negra, as do campo, da floresta e das águas ou a LGBT? Não seria isso grifar, no âmbito político, uma exclusão existente no meio social?

Diante desses questionamentos, entende-se como mais apropriado que as políticas sob a categoria de promoção da equidade integrem a de *Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos*

Populacionais. Enquanto todas as políticas estimulem a equidade de modo geral, as dessa categoria oferecem atenção particular às necessidades dos grupos de sua responsabilidade.

3.2 EQUIDADE E POLÍTICAS SOCIAIS

O campo em que se encontra maior produção a respeito da promoção da equidade no Brasil é o das políticas sociais, destacando-se os resultados obtidos pelo Programa Bolsa Família (PBF).

As políticas sociais, que se consolidaram com a Constituição Federal de 1988, despontam como o trunfo brasileiro na promoção da equidade. Afirmá-las por meio da Carta Maior mostra um compromisso em sentido contrário ao da tendência global na década de 1980, em que o Estado deixava de assegurar direitos, convertidos em bens e serviços pelo crescente mercado da época (FAUSTINO, 2017).

Seguindo o relato de Paes-Sousa e Vaitsman (2014), o programa de transferência condicionada de renda (TCR) que veio a se tornar o PBF começa em âmbito municipal em 1994, na cidade de Campinas, SP, tendo a frequência escolar por condicionalidade. Em 1995, um programa no mesmo molde foi instituído no Distrito Federal, com o nome de Bolsa Escola. Diante dos resultados, no ano 2000 o então presidente Fernando Henrique Cardoso federalizou o programa e, em 2001, criou mais dois, visando à redução da pobreza. A falta de integração entre os programas, porém, fez com que poucos tivessem acesso aos três benefícios e muitos não acessassem nenhum.

Em 2003, o presidente Luís Inácio Lula da Silva lança o Fome Zero, que abarcou a finalidade de estimular a distribuição de renda e riqueza. Com as dificuldades surgidas na gestão dos programas existentes, os quatro foram unificados na forma do Bolsa Família em 2004. Além da transferência de renda, o objetivo maior do PBF é o rompimento do ciclo de transmissão da pobreza de geração a geração (PAES-SOUSA, VAITSMAN, 2014). Segundo o relatório apresentado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2018), são necessárias nove (9) gerações, no mínimo, para que um brasileiro passe da camada mais baixa de renda ao rendimento médio - o segundo pior resultado entre os trinta (30) países estudados.

Tamanha iniquidade, cujos prejuízos em termos de desenvolvimento humano são

incalculáveis, advoga em favor de mecanismos como a TCR. Em particular, o PBF declara seu objetivo de, com a redistribuição de renda, associada às condicionalidades (sobretudo educação), superar a pobreza em seu aspecto multidimensional, que torna as oportunidades desiguais (PAES-SOUSA, VAITSMAN, 2014). Com isso, a meta passa a ser a plena participação na sociedade pelo exercício dos direitos e deveres pautados, ou seja, o PBF busca também garantir a cidadania aos beneficiários, que ainda a vivem de forma incompleta (MARSHALL, 1964). A garantia da cidadania, refletida na igualdade de oportunidades, é um meio de promoção da equidade.

Diante das limitações na concretização desse objetivo, consequência da amplitude de intervenções necessárias para ultrapassar a multidimensionalidade da pobreza, em 2011 o governo da presidente Dilma Rousseff implementa o Brasil Sem Miséria. Entre seus objetivos, está o de expandir o alcance das transformações incentivadas pelo PBF por meio do fortalecimento do *capital humano* dos beneficiários, enfatizando a inserção no mercado de trabalho com a oferta de qualificações profissionais (PAES-SOUSA, VAITSMAN, 2014).

Em meados de 2013, cerca de 22 milhões de pessoas, inseridas no PBF e contando com as vantagens acrescentadas pelo Brasil Sem Miséria, foram retiradas do limiar da extrema pobreza no Brasil (correspondendo a menos de R\$ 70,00 de renda *per capita* mensal). A distribuição de renda evitou que a pobreza fosse até 50% maior, conforme previsões para o período, representando uma queda inédita (entre 12% e 21%) no coeficiente de Gini (PAIVA, FALCÃO, BARTHOLO, 2013). Entre 2003 e 2011, diminuíram as porcentagens da população extremamente pobre (de 8% para 3%) e pobre (de 16% a 6%) no território nacional, mas aumentou sua concentração nas regiões Norte e Nordeste, passando de 56,9% para 64,9% dos extremamente pobres e de 38,1% a 50,7% dos pobres (SOUZA, OSÓRIO, 2013).

No âmbito da Saúde, a condicionalidade de acompanhamento das famílias junto à atenção primária permitiu traçar melhor panorama do estado nutricional infantil no Brasil, revelando como problemas a baixa estatura (14,5% das crianças acompanhadas) e o excesso de peso (16,4% das crianças). A queda das taxas de desnutrição, de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006/7, tem uma parcela atribuída ao aumento do poder aquisitivo das famílias vindo da transferência de renda. O aumento da cobertura vacinal em crianças de até 7 anos, chegando a 90% no Nordeste e 95% no Sul, também encontra associação com a condicionalidade do PBF (MAGALHÃES JÚNIOR, JAIME, LIMA, 2013). Nos municípios com alta cobertura do PBF, as taxas de mortalidade infantil foram reduzidas em 17% entre 2004 e 2009. Avaliando por causas

específicas, a mortalidade por desnutrição diminuiu 65% e a por diarreia, 53% (RASELLA *et al*, 2013).

A condicionalidade da frequência escolar (de 85% para a faixa de 6 a 15 anos, 75% para 16 e 17 anos) aproximou o número de concluintes do ensino fundamental de até 15 anos, acompanhados pelo PBF, do total nacional - respectivamente, 75,6% e 79,4%. No ensino médio, período de maior tendência à evasão escolar, a taxa de abandono dos estudantes do PBF em âmbito nacional é de 7,4%, enquanto a dos demais estudantes é de 11,3%. Chama atenção que a taxa de abandono, quando observada por região, é sempre menor com os estudantes do PBF, com a maior diferença encontrada no Nordeste: 7,7%, ante 17,5% dos demais estudantes. A taxa de aprovação, em nível federal, também é maior para os alunos do PBF, que contam com 79,7%, ante 75,5% dos alunos em geral. Dividindo por região, os demais alunos apresentam taxas maiores apenas no Sul (76,9%, para 73,2% do PBF) e Sudeste (78,5% ante 78,4% do PBF). O Nordeste mostra a maior diferença, com alunos do PBF tendo 82,6% de aprovação no ensino médio, diante de 72% dos estudantes em geral (INEP, 2012).

Um mito derrubado pelas análises, após uma década de implantação do PBF, é que a renda extra incentivaria a desocupação, levando beneficiários a abandonar o trabalho ou a não procurar emprego. Ainda que as contribuições à empregabilidade sejam heterogêneas, dificultando afirmar se ou como o PBF contribui para a inserção no mercado profissional, pode-se constatar que a transferência de renda não aumentou o desemprego (OLIVEIRA, SOARES, 2013).

A inserção no mercado profissional foi o calcanhar de Aquiles da iniciativa, pois houve dificuldades em tornar a proposta real. Assim, faltaram mecanismos que viabilizassem a saída do programa, os quais estão fortemente baseados na formação de capital humano e na criação de ambiente economicamente favorável, capaz de absorver a força profissional que se forma. Apesar desses entraves, o PBF reforça as evidências de que a produtividade e a economia crescem quando há investimento nas necessidades humanas básicas, confirmando o valor da estratégia de TCR, aliada a outras políticas, na redução das iniquidades socioeconômicas (PAES-SOUSA, VAITSMAN, 2014).

O que certamente pode-se constatar, a partir dos conhecimentos gerados ao longo de sua implantação, é que o Programa Bolsa Família vem contribuindo efetivamente na promoção da equidade, reduzindo a pobreza, fortalecendo a cidadania e a inclusão social.

3.3 COMPLEXIDADE E POLÍTICAS NACIONAIS

Recuperando o exposto anteriormente, afirma-se que as iniquidades sociais em saúde – a falta de acesso ao mínimo necessário para assegurar o pleno desenvolvimento – são as “causas das causas” de um número significativo de problemas de saúde enfrentados atualmente (MARMOT, 2011). As iniquidades socioeconômicas são a principal causa entre essas causas (STRINGHINI *et al*, 2017). Ainda que tais problemas possam ser, em alguma medida, tratados pelos sistemas de saúde, compreende-se cada vez mais que não se restringem ao setor saúde as ações para lidar com os fatores que os geram, presentes nas condições em que as pessoas nascem, vivem e trabalham - como são definidos determinantes sociais da saúde (SOLAR, IRWIN, 2010).

Sanar essas condições implica em medidas que transcendem a esfera da saúde como geralmente é compreendida, demandando ações intersetoriais sobre aspectos como a renda, a educação e o trabalho (HEMERIJCK, 2017; HEMERIJCK, VYDRA, 2017; CAREY *et al*, 2015). Tais ações intersetoriais recebem o nome de políticas sociais: conjuntos de medidas que visam a assegurar direitos de cidadania, melhor redistribuir os recursos entre a população. Com isso, promovem o desenvolvimento ao estimular a ascensão das condições de vida nos estratos na base da pirâmide social (resultando na elevação das condições dos estratos mais altos também). Em suma, as políticas sociais existem com a finalidade de trazer maior equidade à nação.

Os processos de transição causados pelas políticas sociais, devido a complexidade dos fatores a que se dirigem, requerem tempo até gerarem resultados observáveis. Estudos indicam um intervalo de cerca de 20 anos até os efeitos das políticas serem percebidos, causando, de fato, transformações na sociedade (HEMERIJCK, 2017). Portanto, qualquer iniciativa de promoção do desenvolvimento humano, almejando a elevação da sociedade, deve traçar planos de longo prazo (aproximadamente uma geração).

O planejamento dentro de períodos tão longos dá larga margem a imprevistos e incertezas. Quanto maior o intervalo de tempo, menor o grau de previsibilidade e, logicamente, menor a probabilidade de sucesso de uma intervenção que se mantenha a mesma durante todo o período. A esse modelo fixo de intervenção denomina-se *política estática*.

A chave para o sucesso no planejamento em prazos tão longos está na capacidade de contínuo ajustamento das políticas, isto é, de que elas se modifiquem conforme as circunstâncias às quais se dirigem também mudam. Essas políticas são chamadas *políticas adaptativas*, citadas

previamente.

Desde a transição política de 2016, quando aconteceu o impedimento da presidente eleita Dilma Rousseff, a República vivenciou alterações na aplicação de políticas sociais realizada até então. Uma das alterações mais significativas se coloca no sentido contrário ao da proposta de transição oferecida pelas políticas sociais: a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. A EC 95/2016 congela os gastos públicos do Brasil durante 20 anos (BRASIL, 2016), sob o argumento de equilibrar a economia diante da crise.

A EC 95/2016 recebeu críticas de diversos segmentos do poder público diretamente atingidos pela medida, como os setores da saúde, educação e assistência social. Dentre os posicionamentos contrários, o expresso pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) foi um dos que recebeu maior destaque. Em suas críticas, o órgão ressalta que a medida reverte o processo de investimentos sociais, os quais já mostravam crescimento lento, significativamente abaixo do necessário e do possível para estimular o desenvolvimento do país.

Ainda que a oposição à medida não fosse consenso entre os especialistas, um ponto de convergência entre as opiniões era a falta de mecanismos adequados de revisão da EC 95/2016. O texto da legislação prevê revisão dos gastos apenas a partir do seu décimo ano de vigência, com apenas uma alteração a cada mandato presidencial (BRASIL, 2016). Economistas pontuam, considerando os exemplos de outros países, que medidas de austeridade dessa natureza exigem maior flexibilidade para que ofereçam maiores possibilidades de sucesso. O argumento, de forma simplificada, é que se cria uma medida como essa para atender um momento particular da economia nacional; assim que o momento passa e a economia se recupera – como foi o objetivo declarado pelo governo do então presidente Michel Temer para a instauração das suas intervenções – é imprescindível haver mecanismos que permitam encerrar a restrição dos gastos públicos. Estabeleceu-se uma dura política estática no âmbito em que é mais necessária a inteligência da política adaptativa.

Nesse sentido, impor um prazo de 10 anos para uma possível reavaliação é ilógico, pois a economia pode apresentar melhora muito antes disso. Esperar 10 anos causaria inúmeros prejuízos desnecessários ao desenvolvimento nacional. Ao restringir os investimentos no bem-estar da população por duas décadas, arrisca-se, com o retrocesso socioeconômico, sacrificar toda uma geração.

O panorama oferecido neste capítulo apresenta a dimensão política da equidade no país, com suas potencialidades e limitações. As políticas de saúde revelam a dificuldade de conceituar a equidade e, em particular, a ausência de consonância entre as definições quando elas são apresentadas, implicando na incompatibilidade de estratégias e de parâmetros de avaliação. Mesmo com a diferença entre os escopos de cada política, considera-se que seria mais vantajoso a um sistema unificado de saúde compartilhar das mesmas definições. A sequência mostra como o Programa Bolsa Família, uma política de transferência condicionada de renda, vem modificando o perfil socioeconômico do país, removendo milhões de pessoas da pobreza extrema. Combinado a outros programas (que indicam a incorporação de lógica sistêmica) como o Programa Universidade para Todos (ProUni) e o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego (Pronatec), que abrem mais oportunidades para a educação superior e a qualificação profissional, o PBF, mesmo com desafios a superar, vem sendo bem-sucedido na promoção de equidade no Brasil.

Injustiça em algum lugar é uma ameaça à Justiça em todo lugar. Nós estamos ligados a uma inescapável rede de mutualidade, atados a um único tecido do destino. O que afeta a um diretamente afeta a todos indiretamente.

Martin Luther King

4 METODOLOGIA

4.1 OBJETO DO ESTUDO

Este estudo tem por objeto as estratégias de redução da pobreza, resultando em maior equidade socioeconômica e, conseqüentemente, em melhores níveis de saúde à população beneficiada. A finalidade é identificar qual a produção científica a respeito da promoção da justiça, com ênfase nas intervenções práticas, e não teóricas, está disponível nas bases de dados.

Enfatiza-se a prática por já existir significativa produção teórica discutindo os elementos necessários ao fortalecimento da equidade, inclusive em seu aspecto da renda e da riqueza. Por vezes, a produção teórica preceitua conjuntos de ações visando à redução das iniquidades. Porém, dificilmente se identificam estudos da aplicação, em território brasileiro, das estratégias propostas. A exceção conhecida é dos estudos sobre transferência de renda, cujas análises de experiências nacionais e internacionais influenciam o planejamento e a execução de programas como o Bolsa Família.

O problema de pesquisa se definiu pela possibilidade de reduzir as iniquidades socioeconômicas, promovendo, assim, maiores níveis de saúde às pessoas. A pergunta norteadora indaga quais estratégias de intervenção para a promoção da equidade em saúde no aspecto socioeconômico são apresentadas pelo meio acadêmico. Desse modo, o que se busca é conhecer com detalhes as intervenções, seus mecanismos, efeitos gerados, limitações e potencialidades, a fim de compor a perspectiva de um plano de ação para o cenário do Brasil.

4.2 TIPO DO ESTUDO

Caracteriza-se de forma geral, por todos os objetivos, como revisão bibliográfica exploratória. Bibliográfica porque se baseia na produção acadêmica pregressa a respeito do tema, identificando as principais teorias vigentes e as evidências produzidas por elas. Para os objetivos deste trabalho, de compreender a perspectiva acadêmica da promoção da equidade, a pesquisa sustenta-se em artigos científicos (HEERDT, LEONEL, 2007).

É exploratória porque busca apresentar a construção recente em torno do objeto estudado, identificando suas características principais e eventuais lacunas, oportunizando maior

familiaridade com o assunto (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). A combinação das modalidades bibliográfica e exploratória é comum ao se buscar a ampliação do conhecimento de um tema específico, a qual possibilitará futuros aprofundamentos, como na fundamentação de novas hipóteses e no refinamento de conceitos ou métodos.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nas bases de dados BVSalud e PubMed. A escolha dessas bases se justifica por utilizarem um macrodescriptor para categorizar documentos tratando de temas como o que constitui objeto deste estudo. Assim, as chaves de busca utilizadas, respectivamente, foram “*mh:pobreza/prevenção & controle*” e “*poverty/prevention and control [MAJR]*”. Optou-se por não utilizar outros descritores porque o tema da pobreza já se relaciona, diretamente, com o da equidade e da justiça, e porque ambas as bases de dados são da área da saúde, contemplando automaticamente a saúde coletiva/pública. Foram utilizados os filtros de disponibilidade (texto completo gratuito) e de tempo (entre os anos 2008 e 2018). Dos resultados gerados, fez-se a leitura de título e resumo para identificar os textos que atendem os objetivos deste estudo. A leitura dos artigos por completo, como passo seguinte, selecionou os textos que de fato cumprem com os critérios estabelecidos para compor a amostra.

Os critérios de inclusão são artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que relatem acuradamente (*o que* foi feito; *a quem*; *como*; *com quais resultados*) intervenções socioeconômicas que reduzam a pobreza e/ou gerem desfechos positivos em saúde.

Como critério de exclusão, foi utilizado o tipo de texto, retirando da amostra editoriais, livros, teses, dissertações e documentos institucionais. Foram excluídos os artigos que analisavam desfechos em saúde sem descrever os passos da estratégia aplicada. Também foram excluídos os artigos que faziam a avaliação prospectiva de intervenções, sem aplicá-las na prática.

Na base de dados BVS, a pesquisa inicial pelo descritor e com o uso dos filtros resultou em 215 resultados. A leitura de título e resumo reduziu o número para 76 itens. Após a leitura dos artigos na íntegra, chegou-se ao conjunto final de 29 artigos que atendem aos critérios estabelecidos.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados encontrados foi realizada pelo método das matrizes de análise, o que permitiu destacar tanto aspectos quantitativos (por exemplo, as médias do valor monetário em programas de transferência de renda e do tempo de duração dos programas) quanto qualitativos (como as modalidades de intervenção, seus princípios orientadores e efeitos gerados).

O método das matrizes, conforme proposto por Garrard (2011), é, ao mesmo tempo, uma estrutura e um processo para a revisão da literatura, especialmente no campo das ciências da saúde. O método foi constituído com o objetivo de auxiliar profissionais da saúde a pesquisar com maior eficácia, reunindo informações que facilitem a tomada de decisão, as quais se traduzam em melhores práticas de cuidado (KLOPPER, LUBBE, RUGBEER, 2007). No campo da saúde pública, essas práticas são análogas ao planejamento e à implementação de políticas sociais.

O método propõe a criação de tabelas para reunir dados da literatura em estudo, listando em cada linha uma referência e, nas colunas, palavras-chave associadas aos conceitos estudados, com as células das interseções registrando os conteúdos encontrados (GARRARD, 2011). Não há regras fixas quanto à criação das tabelas nem ao uso de palavras-chave. Nas palavras de Kloppe, Lubbe e Rugbeer (2007, p. 9, grifo dos autores, tradução nossa), “[...] não há matrizes *corretas*, apenas matrizes *funcionais*”, as quais se sustentam na originalidade, criatividade e proficiência dos pesquisadores que as utilizam.

As cinco primeiras palavras-chave (*referência; ano; país dos autores; afiliação dos autores; resumo do estudo*) foram escolhidas por facilitarem a organização dos textos, o acesso a eles ao longo do estudo e por oferecerem dados básicos da produção acadêmica em seu contexto.

Estratégia diz respeito ao programa utilizado no estudo como forma de intervenção, e foi escolhida para agrupar intervenções similares, identificando frequências. *Ênfase da intervenção* compreende o(s) objetivo(s) principal(is) de cada estratégia, também permitindo discernir finalidades e se estas têm influência nos estudos. A categoria *país(es) de aplicação*, quando contrastada com a do país de autoria, revela tendências no desenvolvimento das intervenções, quanto aos países que fornecem evidências e aos que as coletam.

Contexto dos beneficiados apresenta o meio em que se deu a intervenção, para averiguar se há predominâncias e o que estas podem representar para os estudos. *Detalhes do contexto*

descreve, quando disponível, elementos específicos de cada cenário de aplicação, permitindo melhores comparações entre intervenções.

As categorias *benefício* e *benefício(s) adicional(is)* descrevem com mais exatidão o que foi oferecido com as intervenções. Respectivamente, compreendem o aspecto principal de cada intervenção e elementos complementares que possam constituí-la. A análise da forma de oferta do benefício pode indicar padrões a serem seguidos, inclusive por sua associação ou não a outros incentivos. *Beneficiados (perfil)* e *beneficiados (nº)* detalham as características das populações que receberam as intervenções e a dimensão de abrangência. As duas categorias possibilitam estimar grupos preferenciais e também a amplitude possível a diferentes modelos de intervenção. *Condições de elegibilidade* fala dos pré-requisitos para a participação nas intervenções e recepção dos benefícios, oferecendo mais uma base de comparação entre os programas desenvolvidos e seus resultados. *A fonte do benefício* descreve de onde vêm os recursos oferecidos, o que pode sugerir parcerias mais viáveis à implementação de cada estratégia. *O tempo de participação* expõe o tempo entre a aplicação das intervenções e a avaliação dos resultados, na maioria dos casos observando um tempo mínimo ou máximo de participação ou um período limitado de duração da intervenção.

Finalizando, *efeitos negativos* e *efeitos positivos* apresentam os desfechos relatados que foram observados em cada estudo. Similarmente, *limitações da intervenção* e *potencialidades da intervenção* destacam pontos fracos e fortes em cada modelo de aplicação, revelando cuidados para evitar desfechos desfavoráveis e/ou ampliar as probabilidades de resultados benéficos.

A partir do conteúdo das matrizes, ganha-se uma visão geral do tema em estudo, a partir da qual pode-se cruzar conceitos, fazer inferências e extrair conclusões (GARRARD, 2011). Estas, bem como sua matriz de origem, serão apresentadas no próximo capítulo.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com a resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece critérios para assegurar a preservação da ética na pesquisa no âmbito das Ciências Humanas e Sociais, em seu artigo primeiro, inciso VI, não é necessário submeter ao Comitê de Ética pesquisas que se baseiem exclusivamente na revisão de textos científicos (BRASIL, 2016). Assim, este trabalho dispensou registro e avaliação do sistema CEP/CONEP.

Se cada um tomasse do mundo para si apenas o necessário, não haveria fome, miséria, analfabetismo ou pobreza.

Mahatma Gandhi

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Com base no conjunto de artigos selecionados, apresentam-se aqui as principais características identificadas quanto às estratégias de promoção da equidade socioeconômica, bem como a reflexão a respeito das implicações que elas trazem.

A começar, pode-se citar elementos quantitativos extraídos da análise da amostra. Em primeiro lugar, comparando a amostra (29 artigos) com o universo original (257 artigos), identifica-se que aproximadamente 11% dos estudos, apenas, se dedicam a analisar intervenções de redução da pobreza descrevendo a estratégia utilizada e seus resultados. A erradicação da pobreza é a primeira meta tanto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio quanto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, ou seja, uma meta estabelecida desde o ano 2000. A pequena produção acadêmica a respeito permite supor que a) ainda não foram elaboradas e testadas estratégias de intervenção o suficiente para maior dedicação científica a elas, ou b) ainda não há interesse suficiente da academia em estudar tais estratégias, ou c) as estratégias de intervenção existentes não estão ao alcance da academia (seja por desconhecimento da existência delas, seja pela inviabilidade de realização dos estudos) para que recebam maior atenção. Independentemente dessas alternativas, ou outras que possam ser sugeridas, considera-se que, passadas quase duas décadas desde a assunção do compromisso global com a equidade, deveria existir maior produção acadêmica.

Em segundo lugar, observa-se o contexto das intervenções, que é no meio rural em 48% dos artigos (14 itens) pertencentes à amostra. 31% dos estudos (9 itens) foram realizados no meio urbano. Estratégias aplicadas tanto em meio urbano quanto rural estavam presentes em 17% dos artigos (5 itens). Nos 3% restantes, não foi especificado o contexto. A proporção pode indicar que o meio rural tem preferência por ser onde a pobreza é mais frequente entre a população; ou, então, que é mais fácil promover a equidade fora dos centros urbanos, dado que comunidades menores geralmente oferecem maior capital social, cujas redes de apoio tornam as intervenções mais viáveis.

O terceiro aspecto a destacar é o das modalidades de intervenção, que terão suas definições e características apresentadas nas subseções seguintes. A significativa maioria, 41% da amostra (12 itens), utilizava a transferência de renda (TR), sob diferentes modalidades, como

forma de reduzir a pobreza¹⁵. Desses, 34% (10 itens) correspondem aos programas de transferência condicionada de renda (TCR) e 7% (2 itens) aos de transferência não-condicionada de renda (TNCR). Cerca de 31% dos estudos (9 itens) enfatizavam o microcrédito como estratégia de intervenção. Análises de como a organização dos sistemas de saúde para a provisão de serviços resultava na redução da pobreza para a população somam 14% (4 itens). Estratégias usando da preservação ambiental estavam presentes em 10% dos artigos (3 itens). A provisão de empregos foi testada em 7% dos estudos (2 itens)¹⁶.

Logicamente, se o problema com que lidamos é a falta de dinheiro em parte da população, a solução mais imediata é providenciar que o dinheiro chegue às mãos dessas pessoas. Isso explica o total de 72% de estudos que utilizam intervenções de repasse financeiro à população na faixa socioeconômica mais baixa. Entendendo que transformações amplas, como a da reorganização dos sistemas de saúde, depende de volumosos capital, interesse e compromisso políticos - mais difíceis de obter -, é mais resolutivo trabalhar dentro da escala realizável de cidadania. Sabe-se que intervenções de cima-para-baixo (ou *top-down*) são mais abrangentes, mas também apelam a um grau de generalização que pode destoar das realidades particulares. Já as intervenções de baixo-para-cima (*bottom-up*) tendem a ser mais restritas em seu alcance, contudo, trazem maior participação comunitária e, com isso, maior apropriação de contextos específicos.

Por um ponto de vista, esse padrão pode ser entendido como transferir aos pobres a responsabilidade exclusiva por sua condição, ignorando as injustiças na organização da sociedade que resultam na escala de pobreza que se presencia. Por outro, quando se tratam de iniciativas não-governamentais, pode ser o reflexo da tomada de responsabilidade por indivíduos e/ou grupos que, na ausência de atitudes macropolíticas de correção das iniquidades, iniciam ações micropolíticas de reforma social. Não se pode descartar que, em alguns casos, se trate de ambos, com movimentos de origem independente do Estado se voltando para o elo errado da corrente. Nem se pode descartar que seja o contrário, com os diferentes programas, governamentais ou não, agindo precisamente sobre o elo certo. A partir da avaliação dos resultados das intervenções será possível averiguar se uma ou mais dessas hipóteses é verdadeira.

Quanto aos aspectos da produção acadêmica, observa-se que em 76% dos artigos (22

¹⁵ Incluem-se os casos em que a transferência de renda não era o elemento principal da estratégia de intervenção

¹⁶ A soma das porcentagens excede 100% porque há um artigo que aborda simultaneamente a provisão de serviços de saúde e de transferência de renda.

itens) a afiliação do primeiro autor é em instituições sediadas nos EUA. Em 21% deles (6 itens), e somente nesses, o país de intervenção nos estudos foram os próprios EUA. Em 59% (17 itens), a intervenção se deu em outros países¹⁷. Em 17% dos artigos (5 itens), a autoria foi compartilhada com autores filiados a instituições de países de renda baixa e média (PRBM; *low- and middle-income countries – LMIC* – em inglês).

Enquanto isso, em 24% dos artigos (7 itens) o primeiro autor tem afiliação em outros países. Desses, 21% (6 itens) são PRBM - Brasil, China, México, Nicarágua e Peru -, que estudaram intervenções em seu próprio território. No total, as intervenções fora do território estadunidense compreendem 83% da amostra (24 itens), em sua maioria investigando estratégias aplicadas em países latino-americanos e africanos.

Os números indicam a predominância do olhar das nações do capitalismo central sobre aquelas do capitalismo periférico. Há de se considerar quais as causas dessa tendência, tendo em mente a diferença entre as condições de vida nos dois grupos de países, sobretudo os EUA. Uma hipótese plausível é a de que, como as iniquidades têm se aprofundado mesmo nos países mais desenvolvidos, analisar as estratégias de outras localidades pode sugerir caminhos para solucionar os problemas no próprio território. Pode-se supor o uso de nações menos desenvolvidas como o laboratório das nações com maior desenvolvimento, assim como deve-se supor que haja o interesse de trazer às primeiras as respostas encontradas pelas segundas. Ao mesmo tempo, chama atenção que haja tão poucos estudos da redução da pobreza vindos dos PRBM. A lacuna talvez indique que ainda não vêm sendo encontradas soluções adequadas ao contexto desses países; que as intervenções se encontrem no âmbito das reestruturações macropolíticas, incluindo as relações internacionais (acompanhando os questionamentos apresentados pela bioética latino-americana), escapando ao escopo deste estudo; ou, ainda, que as intervenções existam mas não cheguem à publicação acadêmica.

5.1 MICROCRÉDITO

Desde meados dos anos 2000, o microcrédito tem ganhado destaque como estratégia de redução da pobreza. O renome adquirido é originário principalmente do trabalho desenvolvido pelo economista Muhammad Yunus com o Banco Grameen em Bangladesh, o que fez dele e da

¹⁷ A soma excede o valor original de 76% porque um dos estudos considerava intervenções em mais de um país, incluindo simultaneamente os EUA e PRBM.

instituição ganhadores do Nobel da Paz em 2006. O reconhecimento ao seu trabalho o torna a principal referência ao se falar dessa modalidade de intervenção atualmente.

Yunus (2007) descreve o microcrédito como o empréstimo de pequenos valores, aqueles abaixo da faixa praticada pelos grandes bancos, com juros e taxas de pagamento menores que o das instituições financeiras tradicionais, para a população de baixa renda, que, via de regra, não teria acesso ao empréstimo formal. Parte do objetivo é gerar oportunidades de trabalho e renda através do crédito: a perspectiva do Banco Grameen é de que os mais pobres têm a disposição e a capacidade de gerar meios para a própria provisão, mas vivem em circunstâncias por demais desfavoráveis - como, por exemplo, a falta de acesso à educação e à saúde - para que possam desenvolver e manifestar seu pleno potencial (YUNUS, 2010). O microcrédito surge, então, como meio de transpor o hiato que separa a população mais pobre das oportunidades de chegar a melhores condições de vida, o que geralmente se traduz na elevação de sua posição social.

Dentro da proposta de Yunus (2007), o microcrédito tem a finalidade de reduzir e, posteriormente, eliminar a pobreza. O serviço é prestado por instituições sem fins lucrativos que, além dos empréstimos, ofertam aos clientes serviços complementares como os de educação financeira, educação para o empreendedorismo, atividades de sensibilização (quanto às relações de gênero, por exemplo) e similares (DUFLO *et al*, 2013). As instituições de microcrédito, portanto, assumem compromisso direto e explícito com a transformação da realidade em que vivem seus clientes, com o objetivo de torná-la mais equânime (YUNUS, 2010).

O conceito de microcrédito de Yunus encontra modificações e adaptações com o passar do tempo. Um dos exemplos é o do microfinanciamento, que se distingue por estar centrado na prestação dos serviços bancários (como abertura de contas, poupanças e empréstimos) aos domicílios de baixa renda, não se restringindo às iniciativas comerciais (CUI *et al*, 2013). Outro caso é o dos microempreendimentos, em que o crédito é destinado à criação de oportunidades de trabalho, seja pelos clientes ou pela instituição em si (AUSTIN, MBEWU, 2009). Há ainda alternativas como as de poupanças pareadas: nelas, os clientes assumem o compromisso de fazer depósitos regulares em suas contas, durante um período mínimo estabelecido, e as instituições complementam depositando valor igual ou maior. O montante final só poderá ser retirado para a utilização em um objetivo pré-definido, como investir na educação do beneficiário ou na criação de um negócio, entre outras possibilidades (BURKE-MILLER *et al*, 2010; SSEWAMALA *et al*, 2012, 2010a, 2010b).

Dos nove artigos selecionados que tratam do microcrédito, apenas três citam a redução da pobreza como um de seus objetivos, reconhecendo-a como associada a outros desfechos em saúde. Austin e Mbewu (2009) visam reduzir a subnutrição de crianças em um distrito sul-africano cujas iniquidades remetem ao período do apartheid. Burke-Miller *et al* (2010) trabalham com a promoção de saúde mental de pacientes com distúrbios psíquicos dos EUA. Blandón *et al* (2017) reconhecem as causas e consequências multidimensionais da pobreza, cuja redução equivale à promoção do desenvolvimento humano e social da região nicaraguense conhecida como Quatro Santos.

Os outros seis estudos declaram suas metas como de redução de desfechos em saúde, apesar de reconhecê-los como associados às iniquidades socioeconômicas. Ssewamala *et al* (2012, 2010a, 2010b) analisam diversos efeitos que o microcrédito pode estimular em jovens que se tornaram órfãos por causa da AIDS em Uganda, da redução da depressão à mudança de comportamentos sexuais que resultam na prevenção de riscos. A prevenção ao HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre mulheres, profissionais do sexo e não-profissionais do sexo, também foi estudada por Cui *et al* (2013) em seis países (Haiti, Índia, África do Sul, Zimbábue, Quênia e EUA). Os efeitos do microcrédito na promoção da saúde da mulher, em sentido amplo, foram estudados por Hamad e Fernald (2015) em Peru e por Hennink e McFarland (2013) em Burkina Faso.

Três das intervenções foram realizadas em meio urbano, quatro delas em meio rural, uma em meio misto e uma não especificou o contexto. Os valores de empréstimo variaram de US\$20 a US\$5 mil, sem correlação com o contexto (tanto o valor mais baixo quanto o mais alto foram encontradas em intervenções no meio rural).

Em oito artigos, o primeiro autor está afiliado a instituições estadunidenses, sendo que em seis a afiliação é exclusivamente estadunidense e em dois desses a intervenção acontece em território dos EUA. Dois são os artigos em que a autoria é compartilhada com pesquisadores de outros países (África do Sul e Cingapura). Seis dos artigos relatavam intervenções em países africanos (Uganda, África do Sul, Quênia, Burkina Faso e Zimbábue). O nono artigo da categoria tem o primeiro autor afiliado a uma instituição nicaraguense, avaliando a intervenção na própria Nicarágua.

O número de beneficiários varia em cada intervenção. A provisão de crédito dentro do molde tradicional de Yunus (2012) estabelece grupos de empréstimo formados por 5 a 10

peessoas. O grupo compartilha entre si a soma oferecida pela instituição financeira e a responsabilidade pelo pagamento dela, de modo que novos empréstimos só são possíveis quando todo o grupo quita as dívidas, o que acontece com pequenos pagamentos semanais ao longo dos meses. Esse empréstimo coletivo aumenta as probabilidades de pagamento, seja por solidariedade ao grupo (para não prejudicar as outras pessoas), seja por pressão dele (para não sofrer sanções).

Entre as intervenções estudadas, o menor grupo de beneficiários é composto de 5 adultos em reabilitação psiquiátrica em Chicago (BURKE-MILLER *et al*, 2010), enquanto o maior é o dos quase 26 mil habitantes de Quatro Santos (BLANDÓN *et al*, 2017). O grupo de Chicago obteve microcrédito por meio das poupanças pareadas, uma modalidade completamente individual, em que os valores obtidos por cada membro não são condicionados às atitudes financeiras dos outros. Quanto aos habitantes de Quatro Santos, é seguro dizer que o empréstimo não foi concedido a cada um dos moradores da região, sendo possível que os interessados no microcrédito tenham de fato se organizado em pequenos grupos para receber e também pagar pelo benefício. No caso, o número expressa o total de beneficiários da intervenção como um todo, a qual terá seus detalhes apresentados adiante.

A partir dos exemplos acima, pode-se indicar a divergência em relação ao modelo original de microcrédito, o que dispõe também a diferentes efeitos com a intervenção. Duflo *et al* (2013) apresentam a avaliação de uma intervenção baseada no microcrédito que, diferente do elaborado por Yunus, é promovido por uma instituição com fins lucrativos, que não oferece serviços complementares nem tem como objetivo a transformação da realidade de seus beneficiários pela redução da pobreza. Em síntese, só o que a instituição oferece são os pequenos valores de empréstimo, sob condições de pagamento acessíveis aos mais pobres. Os resultados são muito diferentes dos habitualmente atribuídos ao microcrédito, com baixíssimas taxas de adesão (cerca de 10% da população elegível ao microcrédito), pouca ou nenhuma alteração nas condições de trabalho (não surgem novos negócios, ou a renda gerada por eles não aumenta), não se observa maior autonomia feminina nem melhorias na saúde familiar em geral, entre outros aspectos.

Com isso, é plausível afirmar ser o conjunto das estratégias construídas por Yunus que estimula as transformações pelas quais o microcrédito obteve fama. A esse exemplo, a intervenção cujos efeitos positivos são menos expressivos, dentre as nove listadas, é justamente aquela que não oferece qualquer benefício adicional à possibilidade do empréstimo (HAMAD, FERNALD, 2015).

Em compensação, a intervenção que ofereceu mais benefícios complementares, em quantidade e em amplitude, gerou resultados tão significativos que algumas de suas estratégias foram depois adotadas como políticas nacionais (BLANDÓN *et al*, 2017). Os efeitos positivos alcançados com a participação comunitária no caso nicaraguense indicam a importância de abordagens de baixo-para-cima, da coleta de dados para monitoramento e avaliação, e de abordagens multidimensionais locais para o sucesso nos processos de desenvolvimento para romper ciclos de pobreza. O uso de valores e princípios norteadores facilitou o processo decisório e fortaleceu a coesão grupal.

O estudo de Austin e Mbewu (2009) corrobora com essa perspectiva, assim como os de Ssewamala *et al* (2010a, 2010b) e de Cui *et al* (2013). A participação comunitária traz vantagens na identificação de problemas e soluções por parte dos membros, e as intervenções são facilitadas por familiaridade com cultura local. Junto a isso, a adaptabilidade das intervenções às necessidades que surgem ao longo do processo (os autores mostram que, por vezes, gerar uma solução evidencia outro problema) amplia as possibilidades de sucesso e os efeitos positivos dos programas de promoção da equidade. O ciclo permanente de ajustes também é defendido por Burke-Miller *et al* (2010).

À exceção da intervenção de Hamad e Fernald (2015), todas chegaram aos objetivos estabelecidos (promoção da saúde da mulher e da saúde infantil, promoção da saúde mental em jovens, redução de comportamentos sexuais de risco, aumento na prevenção à ISTs e redução da pobreza). Blandón *et al* (2017) listam alguns dos resultados mais expressivos com a intervenção realizada na região de Quatro Santos, na Nicarágua. Dos lares listados como extremamente pobres em 2004, 93% haviam deixado essa condição em 2009, assim como 33,4% dos domicílios saíram da condição de pobreza no mesmo período. Cinco delas (AUSTIN, MBEWU, 2009; BLANDÓN *et al*, 2017; BURKE-MILLER *et al*, 2010; CUI *et al*, 2013; HENNINK, MCFARLAND, 2013) obtêm resultados positivos para além dos objetivos inicialmente traçados, incluindo a promoção da saúde materna, o aumento da escolaridade, o fortalecimento da autonomia feminina e da equidade de gênero, e o aumento da coesão social.

No entanto, Cui *et al* (2013), Hennink e McFarland (2013) e Hamad e Fernald (2015) relatam também efeitos negativos. Os três estudos, tendo mulheres como população beneficiária, identificam os reveses causados pelas intervenções. Em primeiro lugar, a violência de gênero praticada por homens explorando a melhor condição financeira em que elas se encontram,

tomando-lhes o dinheiro diretamente ou forçando-as a fazerem empréstimos para que possam tomá-lo. Alguns casos incluem a violência física de fato. Há ainda situações de negligência financeira masculina: quando as mulheres começam a obter renda própria, os parceiros deixam de dar a elas dinheiro, até mesmo parando de contribuir com os gastos familiares, tornando as mulheres as únicas responsáveis pela provisão do lar. Nos países em que é praticada a poligamia, homens aproveitam a renda adicional do lar para assumir uma nova esposa. Similarmente, há mulheres que se veem obrigadas a cumprir dupla ou tripla jornada (nos contextos rurais em que, além dos cuidados com a família, a mulher tem atividades agrícolas a desempenhar), intensificada quando o parceiro decide trabalhar menos e se aproveitar do ganho extra da mulher. A demanda extra de trabalho aumenta o estresse, que também se observa quando as mulheres não são bem sucedidas nos seus empreendimentos e acumulam dívidas. A longa participação em grupos de microcrédito pode ser sinal de que uma mulher está presa no ciclo de dívidas, fazendo novos empréstimos para pagar os anteriores.

Para Hamad e Fernald (2015), o microcrédito pode não assegurar benefícios à saúde se não houver infraestrutura que os sustente, abrangendo as políticas de saúde, os serviços de saúde instituídos por elas, políticas e serviços complementares que assegurem acesso (como de mobilidade urbana) e outros. Conforme Hennink e McFarland (2013), o microcrédito pode ser uma condição necessária para promover melhores desfechos de saúde, mas não é condição suficiente. Os resultados oferecidos pelo microcrédito não são uniformemente positivos, dependendo do contexto e do método de aplicação (DUFLO *et al*, 2013; HAMAD, FERNALD, 2015; CUI *et al*, 2013).

O elemento que aparece como amplificador das possibilidades de sucesso é a intersectorialidade, citada em sete dos estudos como chave para obter efeitos positivos com o microcrédito. O olhar multidimensional para a realidade possibilita reconhecer maior número de recursos necessários para tornar a renda extra provida pelos empréstimos em oportunidades de desenvolvimento. Todas as oito intervenções com efeitos positivos significativos guardam entre si a semelhança de proporcionar, como benefícios adicionais, atividades educativas apropriadas ao contexto de suas populações beneficiárias, o que significa serem processos de educação ancorados na realidade objetiva vivenciada por elas. Em alguns casos, significava também que o processo de aprendizado era mediado por exercícios práticos complementando os aspectos teóricos. As atividades incluíam a educação em saúde, educação financeira, educação para os

negócios e/ou para o empreendedorismo e educação para o desenvolvimento pessoal (como habilidades de relacionamento, de resolução de conflitos e de comunicação). Cinco das intervenções também incluíam atividades de aconselhamento, orientação ou apoio psicossocial.

Pelo raciocínio exposto acima, tanto as atividades educativas quanto as de apoio psicossocial demonstram que parte indispensável ao sucesso do microcrédito como estratégia está no incremento do capital humano e social, como destacado por Burke-Miller *et al* (2010). O fortalecimento desses capitais, por sua vez, corresponde ao desenvolvimento de novos funcionamentos e de novas capacidades que asseguram oportunidades mais equitativas à população em situação de pobreza.

Os grupos de empréstimo geralmente são formados por pessoas que, mesmo quando pobres, possuem algum recurso que pode ser dado como garantia, o que acaba por excluir as pessoas em condições mais extremas de pobreza. A possibilidade de participação por convite de outros integrantes dá garantia por meio do capital social, ao invés do financeiro, aumentando a inclusão e as oportunidades de superação da pobreza. Em mais de 90% das ocasiões, os empréstimos são pagos.

5.2 TRANSFERÊNCIA DE RENDA

A alternativa mais direta para oferecer soluções à iniquidade de renda e riqueza é, sem dúvida, o uso de políticas redistributivas. Há uma variedade de métodos de execução da redistribuição, todos baseados no aumento do acesso a bens e recursos produzidos na sociedade. Observa-se que, mesmo sendo todos aplicáveis por iniciativa do Estado e seus diversos órgãos institucionais, outros são viáveis por instituições não-governamentais ou mesmo pelo setor privado, dentro da esfera da responsabilidade social.

A *transferência condicionada de renda* (TCR) é a modalidade mais comum dessa prática na literatura estudada. Caracteriza-se pelo depósito de pequenos valores mensais aos estratos socioeconômicos mais baixos mediante o cumprimento de condições pré-determinadas pelos programas. Geralmente, o benefício é concedido tendo como foco as famílias, de modo que as exigências são dirigidas a crianças e jovens na forma da frequência escolar e também do acompanhamento continuado em serviços de saúde. Conforme apresentado anteriormente, é a modalidade do Bolsa Família.

Entre as modalidades de *transferência não-condicionada de renda* (TNCR), vem se tornando objeto de estudo cada vez mais frequente a *renda básica universal* (RBU), conhecida também como *renda básica de cidadania* no Brasil. Ela admite diferentes configurações no tocante às formas de pagamento (se em dinheiro ou em *vouchers*, por exemplo), à frequência (variando de mensal a anual) e aos valores (não há um mínimo estabelecido, mas o máximo é entendido como o suficiente para atender às necessidades fundamentais¹⁸). Idealmente, dirige-se a todas as pessoas, porém os programas que vêm testando a implementação da RBU no mundo se restringem a amostras populacionais. Alguns países, no entanto, estudam propostas de aplicação verdadeiramente universal em pequenas regiões.

A proposta da RBU é antiga, remontando a filósofos iluministas do século XVI e, posteriormente, sendo adotada também por personalidades como o presidente estadunidense Franklin Roosevelt, o economista Milton Friedman e a primeira-ministra britânica Margaret Thatcher (ARNOLD, 2018). O apoio por parte de políticos liberais se deve a críticas quanto ao elevado custo financeiro e a alta demanda burocrática comuns aos sistemas de bem-estar social. A RBU, nesse caso, se mostraria mais viável econômica e administrativamente.

Arnold (2018) também relata que, apesar da ênfase recente, estimulada pela crise financeira de 2008, a RBU já foi testada na América do Norte entre os anos 1960 e 1980. O experimento chamado *Mincome*, iniciado no Canadá em 1974, apenas recentemente foi analisado, após sua interrupção prematura em 1978. Revisitando os dados, Forget (2011) demonstra que os jovens das famílias beneficiárias completavam um ano a mais de escolarização, em comparação com outros adolescentes. As taxas de hospitalização no período diminuíram 8,5%, com redução significativa de acidentes e de diagnósticos de adoecimento psíquico. As pesquisas da autora contribuem para desmistificar o argumento de que a transferência de renda estimula a desocupação, mostrando que as taxas de emprego continuaram as mesmas durante o experimento.

Dez dos artigos da categoria (83%) constituem estudos da aplicação da TCR e dois (17%) da TNCR. A segunda modalidade é uma abordagem que ainda divide opiniões, não surpreendendo que haja poucos estudos de seu uso na redução da pobreza.

Em nove dos artigos o(s) autor(es) são afiliados a instituições dos EUA e em três desses nove a autoria é compartilhada com ao menos um PRBM. Os outros três artigos da categoria são

¹⁸ Para o Brasil, um valor aproximado pode ser encontrado a partir do cálculo oferecido pelo DIEESE.

avaliações de autores do Brasil, México e Peru sobre os programas de transferência de renda de seus respectivos países. Duas das intervenções relatadas acontecem no território estadunidense enquanto as outras dez ocorrem em PRBM. Cinco dos programas são direcionados ao meio rural, três ao meio urbano e quatro a ambos.

Sete (58% da categoria) estabeleceram a meta a redução da pobreza, e cinco (42%) observavam desfechos em saúde (dois deles, a prevenção a riscos sexuais com mulheres e com jovens; um visava à promoção da saúde mental infantil; um avaliou a imunização em idosos; um foi utilizado como estratégia de prevenção à violência contra mulher).

Em oito dos estudos, os valores da transferência de renda compunham entre 15% e 30% da renda média familiar mensal da população em situação de pobreza. Para o Brasil, os dados do IBGE (2017) apontam a renda familiar mensal média com o valor de R\$ 387,07, situando mais de 25% da população (isto é, mais de 50 milhões de pessoas) abaixo da linha da pobreza. Seguindo a proporção citada, a renda transferida por um PTR nacional varia de 58 a 116 reais. Para o quantitativo populacional elegível, as transferências mensais somariam entre 2,9 e 5,8 bilhões de reais e as transferências anuais, entre 3,5 e 7 trilhões de reais¹⁹. Com dimensões tão amplas de população e de investimentos, a capacidade de gestão necessária para operacionalizar um PTR geralmente só é encontrada na esfera governamental. Não à toa, dez dos programas avaliados têm o governo como fonte do benefício prestado.

Seis dos PTR analisados ofertam benefícios adicionais. Três deles incentivavam a educação (escolar, em saúde, financeira) e os outros três concediam bônus dentro de critérios adicionais, como transferência de renda extra pelo bom desempenho acadêmico ou o subsídio à educação infantil se os cuidadores trabalhassem. Em todos, o perfil dos atendidos é de lares em situação de pobreza. Nove programas atendem famílias com crianças e/ou adolescentes e três têm como público adultos. A priorização das famílias reflete a intencionalidade dos PTR na redução da pobreza intergeracional - tarefa tão importante quanto desafiadora, a considerar que os 10% mais pobres da população brasileira levariam nove gerações para alcançar a renda média nacional, segundo a OCDE (2018).

Ainda no tocante ao perfil, todos os programas requerem, para a concessão do benefício, o pertencimento ao perfil de risco, sintetizando os critérios de baixa renda e de faixa etária. Dos doze programas, três incluem condições particulares de acordo com cada contexto: no estudo de

¹⁹ O cálculo foi feito pelo autor, considerando a população de 50 milhões. Como os PTR fazem as transferências para os domicílios, o valor real seria menor.

Lesorogol (2009), por exemplo, o domicílio precisa ter perdido parte do rebanho por causa das secas. Quatro programas de TCR usam a frequência escolar como critério, e três desses requisitam também o acompanhamento em saúde. Dois modelos menos usuais de TCR exigem emprego de pelo menos 30h/semana.

Entre os estudos de promoção da equidade socioeconômica, cinco registraram melhora expressiva na condição socioeconômica das famílias beneficiárias, elevando sua posição social. Quatro relataram benefícios à segurança alimentar e nutricional, aumentando a quantidade e a variedade de alimentos consumidos nos domicílios, refletindo em outros ganhos à saúde. Três estudos registraram a promoção da saúde emocional (com melhorias na autoimagem, na autoestima, na autonomia). A avaliação de duas das estratégias mostrou o fortalecimento dos vínculos comunitários e, em consequência, do capital social. Quatro revelaram melhorias no âmbito da educação (aumento das matrículas, da frequência e da participação em atividades extracurriculares; queda na evasão). McLoyd *et al* (2011) mostram um resultado particular em matéria educativa, pois os efeitos benéficos da intervenção, realizada com mães e pais, foram observados nos filhos até cinco anos após o final do programa, quando foi aplicada a avaliação, com indicativos de que se mantiveram por mais algum tempo. Por fim, dois artigos registram fortalecimento da economia local como efeitos adicionais propiciados pela transferência de renda.

Entre os sete artigos analisando a redução da pobreza, Lesorogol (2009) apresenta um programa singular, originário da realidade queniana. Na intervenção, em que os beneficiários eram de comunidades pastorais atingidos pelas secas, causando a perda de rebanhos, os recursos da transferência de renda eram novos animais para compensar as perdas anteriores. A modalidade diferenciada de transferência de renda vai além do suporte financeiro de curto prazo e aborda as causas da pobreza – pois os rebanhos são ao mesmo tempo um recurso e uma atividade laboral – com potencial para tirar domicílios da pobreza sustentavelmente. Com o reestoque, houve duplicação do tamanho dos rebanhos dos beneficiados. Posteriormente, os rebanhos ainda cresceram em média 16%, o dobro do que geralmente é observado em comunidades pastorais da região. O crescimento do rebanho aumentou a produção de leite, melhorando a alimentação das famílias e oferecendo maiores oportunidades de comércio.

Muitos dos animais eram doados pelos pastores mais ricos, com maiores rebanhos, que escolhiam quem receberia quantos dos animais. Devido à tradição que permitia o sistema de

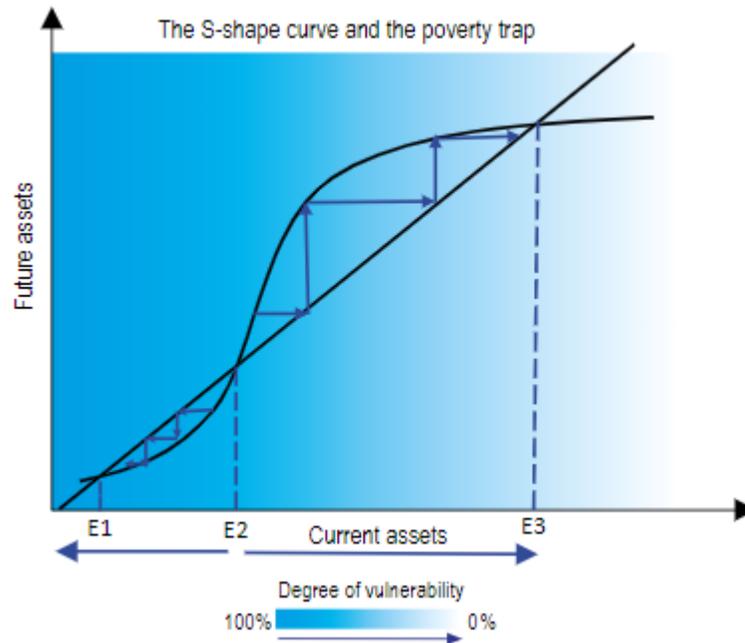
doações, eram criados ou fortalecidos vínculos entre as duas partes, o que contribuiu para consolidar a identidade comunitária. O êxito do caso é o mais difícil de reproduzir, por depender diretamente do contexto local da comunidade queniana. Seu processo de elaboração e aplicação, no entanto, centrados no protagonismo da participação comunitária (os membros da comunidade realizavam a análise, o planejamento e a ação, decidindo até mesmo a distribuição dos recursos, com facilitação dos integrantes do programa), oferecem melhor apreensão da realidade, dos problemas presentes e dos recursos disponíveis. Com isso, promovem maiores níveis de autonomia e autogestão que viabilizam as ações do programa e dão sustentabilidade aos resultados. Ao mesmo tempo em que se alicerçou nas tradições do povo Samburu, o programa possibilitou questioná-las ao dar voz às mulheres e aos jovens, antes excluídos das decisões tomadas pelos anciãos, com o argumento de que esses grupos também eram afetados pelas dificuldades e também contribuiriam para superá-las, o que lhes dava direito de se expressarem e serem ouvidos (LESOROGOL, 2009).

Jansen, Jenzen e Mude (2016) também trabalham com comunidades pastorais do Quênia. A partir da intervenção que estudam, os autores sugerem uma proposta que mescla a transferência de renda (no caso, não-condicionada) ao seguro. O argumento é que programas como a transferência de renda auxiliam na mobilidade social ascendente, removendo a população da pobreza, enquanto os seguros previnem que se caia abaixo da linha de pobreza outra vez²⁰. Ao estudarem a população mais baixa renda e as armadilhas da pobreza²¹ no Quênia, perceberam três pontos de equilíbrio na mobilidade social (Figura 6), situação que originou o argumento de intervenção mista.

²⁰ Os autores chamam o primeiro tipo de *cargo-net* e o segundo de *safety-net*.

²¹ *Poverty traps*, no original.

Figura 6. A curva em S da armadilha da pobreza



Fonte: Janzen, Jensen e Mude (2016)

Armadilhas da pobreza são circunstâncias socioeconômicas que impedem a mobilidade ascendente, prendendo a população no estrato mais baixo. O ponto de “prisão” é E1, o equilíbrio estável baixo. O ponto E3 é o equilíbrio estável alto, com segurança econômica, fora da condição de pobreza. O ponto E2 é de transição, por isso mesmo um equilíbrio instável: em contextos favoráveis, os domicílios nessa posição encontram oportunidades de seguir aumentando seus recursos até alcançar E3; em cenários de riscos (crises econômicas, desemprego, adoecimento, catástrofes etc.) os domicílios caem até E1. Isso quer dizer que uma faixa da população que está logo acima da linha de pobreza, diante de imprevistos negativos, tem dificuldade de manter sua posição e tende a descer abaixo da linha de pobreza (JANZEN, JENSEN, MUDE, 2016). O uso de um seguro, literalmente, apela à mercantilização da saúde, mas é possível considerar iniciativas não-comerciais que cumpram a função. A compreensão dos autores é relevante para a elaboração de programas de promoção da equidade, demonstrando que a população que necessita deles pode estar além do escopo da focalização habitual, pedindo por políticas mais amplas para aumentar as chances de sucesso.

Dos cinco itens voltados aos desfechos em saúde, os dois dedicados à redução de

comportamentos sexuais de risco (início da atividade sexual, frequência da atividade sexual, casamento ou gravidez na adolescência, relações sexuais sem preservativos), chegaram aos resultados propostos. Ambos, com público em idade escolar (adolescentes ou jovens adultos), também registraram melhoria nas atividades acadêmicas (aumento de matrículas e frequência, redução da evasão). O estudo voltado à promoção da saúde mental infantil foi bem-sucedido em promover a redução da agressividade, mas não obteve efeitos na ansiedade nem na depressão. A intervenção com a população idosa aumentou significativamente a imunização, além da TCR contribuir para a autonomia física e econômica dos maiores de 65 anos. O programa estudado por Green *et al* (2015), dedicado à prevenção da violência contra a mulher, dobrou o número de donas de microempresas, dobrou sua renda mensal e aumentou o número de horas de trabalho em atividades não-agriculturais; além disso, tornou mais equânimes as relações de gênero, fortalecendo a autonomia feminina, a influência e o poder decisório da mulher dentro do lar, assim como aumentou a qualidade das relações com os parceiros (receberam mais apoio deles na gestão dos negócios e no cuidado do lar).

Por outro lado, Green *et al.* (2015) reconhecem que, mesmo registrando a duplicação da renda do grupo que recebeu as intervenções, passando de aproximadamente sete a pouco mais de quinze dólares estadunidenses mensais, com esses valores a população estudada continua pobre. Porém, dada a simplicidade da intervenção, é um resultado significativo e que sugere potenciais efeitos ainda maiores. No entanto, as mulheres também relataram aumento nas horas semanais de atividades domésticas. Durante a realização da intervenção, houve maior número de relatos de controle marital, em que os parceiros tomavam o dinheiro das mulheres. Não houve redução expressiva nos casos de violência, física, emocional ou sexual, dentro do relacionamento.

Os efeitos negativos relacionados ao gênero também foram detectados no estudo de Rosenberg *et al* (2013). A renda extra aumentou a frequência com que homens mais velhos praticavam o sexo transacional e diminuiu o número de casamentos de homens mais novos, o que também pode ser consequência do aumento do sexo transacional.

Holtyn, Jarvis e Silverman (2017) revisam oito PTR, seis dos quais com a condicionalidade de trabalho (30h semanais, no mínimo). Contrariamente às expectativas, o requisito induziu os beneficiados a aceitar empregos instáveis e com baixos salários. Ante as circunstâncias, uma das críticas feitas pelos autores é que os seis programas, como tantos outros com resultados controversos ou abaixo do esperado, construíram uma imagem equivocada dos

mais pobres, tentando induzi-los a comportamentos pouco compatíveis com sua realidade.

Santos, Pasquim e Santos (2011) identificam atitude aproximada entre as falhas de programas de distribuição de renda no Brasil (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação). As autoras apontam que a postura adotada nos processos de avaliação para concessão dos benefícios infantilizava os pobres ao tentar privá-los da autonomia na forma de vivenciar seus direitos; reforçava iniquidades já existentes com as exigências para a participação, reafirmando a exclusão social; e impunha estereótipos preconceituosos. No âmbito da gestão dos programas, a má administração pública ao longo da implementação, além de prejudicar sua eficácia, deu margem ao uso clientelista dos recursos.

Uma limitação que se repetiu ao longo dos estudos foi que a exigência de frequência escolar dos PTR não alterou os resultados acadêmicos, como as notas (ANDERSEN *et al*, 2015; MCLOYD *et al*, 2011; BAIRD *et al*, 2010). Entende-se que estar na escola não melhorou o aprendizado nem contribuiu para elevar a escolaridade da forma condizente com o objetivo de romper a pobreza intergeracional. O resultado em questão traz ao questionamento da qualidade dos sistemas escolares em que se cumpre a frequência exigida. Novamente, destaca-se o papel indispensável da intersetorialidade para a efetiva redução da pobreza.

5.3 SERVIÇOS DE SAÚDE

Quatro artigos estudam as contribuições que a organização de serviços de saúde oferece para a redução da pobreza. Três deles são de autores filiados a instituições estadunidenses, um dos quais em parceria com autor de afiliação queniana; o quarto estudo traz uma parceria entre China e Austrália. As intervenções analisadas tiveram aplicação nos EUA, no Quênia, na China e, no programa mais amplo, uma combinação de países africanos e latino-americanos. Um ocorreu no ambiente urbano e três no rural.

Três dos estudos relatam intervenções utilizando seguros de saúde e um apresenta a organização de um sistema de saúde. Para os seguros, os critérios de elegibilidade, além da condição inicial de baixa renda, incluem copagamento, adscrição ao território, perfil demográfico (ser pessoa com deficiência, menor/idoso, gestante). A intervenção provendo um sistema de saúde não estabelecia condições prévias, apenas priorizava as zonas e as pessoas em situação de maior risco. Como todos lidam com grandes segmentos populacionais – mais comum em

intervenções governamentais como as dos quatro estudos, que permitem escalas mais largas de abrangência das intervenções –, o perfil populacional é bastante diversificado. Predomina o contexto familiar entre os beneficiados (intervenções frequentemente citam o domicílio como unidade de análise).

Somente a intervenção constituindo o sistema de tratamento para a doença tropical negligenciada (DTN) oncocercose (DUNN *et al*, 2015) ofereceu benefícios adicionais, o que pode ser entendido como característica de sistemas universais, mais aptos do que os modelos de cobertura universal a realizar práticas intersetoriais (GIOVANELLA *et al*, 2018). Esses consistem na rede comunitária de tratamento com ivermectina (*community directed treatment with ivermectin - CDTI*, no original), constituída e organizada por membros da comunidade em lógica similar à dos Agentes Comunitários de Saúde do Brasil, ampliando as capacidades de avaliação e mapeamento de doenças. A rede oportunizou a realização de outros treze tratamentos de saúde, distribuindo mais de 47 milhões de tratamentos e produtos apenas no ano de 2012. O programa de distribuição de ivermectina para o tratamento da oncocercose é reconhecido mundialmente como um dos mais bem sucedidos, por alcançar amplamente a população e obter efeitos rápidos, contribuindo para a erradicação da doença (DUNN *et al*, 2015). O tratamento permitiu melhorar o bem-estar físico, psicológico, social e econômico, trazendo resultados à saúde infantil (ganho de peso e altura, aumento da frequência escolar), ao meio ambiente (recuperação de 25 milhões de hectares), ao trabalho (cada dólar investido adicionou 27 dias úteis produtivos), entre outros.

Os modelos de plano de saúde apresentados por Yang *et al* (2016) e por Sommers e Oellerich (2013) diminuíram significativamente os gastos domiciliares em saúde, evitando que a renda dos domicílios beneficiados caísse abaixo da linha da pobreza. O Medicaid, que mensura o efeito populacional, estima ter evitado a pobreza de 2,6 a 3,4 milhões de pessoas, diminuindo em 57% os gastos domiciliares em saúde. Demonstram, assim, a potencialidade dos sistemas de saúde na redução das iniquidades. Ambos apresentam serviços que seguem o modelo da cobertura universal em saúde, que, entre outras características, priorizam os benefícios econômicos ao invés dos sanitários (GIOVANELLA *et al*, 2018). Sistemas universais de saúde, contudo, dispõem desse mesmo efeito de proteção financeira e, com uma cesta mais ampla de serviços, oferecidos dentro de princípios de universalidade e integralidade, o efeito pode ser significativamente maior. Considerando o papel do Medicaid no contexto da saúde pública dos

EUA, a conclusão que se extrai do estudo de Sommers e Oellerich (2013) é de que sistemas de saúde mais inclusivos e abrangentes evitam a pobreza, o que gera diversos ganhos sociais e econômicos para toda a sociedade.

5.4 PRESERVAÇÃO AMBIENTAL

As intervenções utilizando a preservação ambiental foram realizadas no contexto rural, presumivelmente, mas há casos em que áreas preservadas são vizinhas a regiões urbanas. Dois deles, originários dos EUA, investigam os efeitos da conservação na Costa Rica e na Tailândia; o terceiro é um estudo chinês realizado no próprio território.

Dos três estudos, o de Cao *et al* (2009) faz ênfase distinta dos demais com relação a redução da pobreza. Dão mais atenção à população residente, entre as suas necessidades e os mecanismos propostos para a adaptação, do que à condição ambiental em si, mensurando o efeito das medidas na melhoria da qualidade de vida dos residentes locais.

Andam *et al* (2010) investigam a correlação entre a preservação do meio ambiente e a distribuição de renda ao longo dos anos, constatando que a conservação de fato reduz a disparidade econômica em mais de 10%, mas sem especificar como se dá a interação. Ferraro e Hanauer (2014) complementam o estudo identificando as variáveis correlacionadas à redução da pobreza, entre as quais o turismo é responsável por 70% da promoção da equidade na Costa Rica.

Andam *et al* (2010) e Ferraro e Hanauer (2014) usam como critério de seleção o tempo de preservação legal das áreas, estabelecendo o mínimo de 15 anos, e as condições em que as áreas estão no tocante à qualidade do solo, das águas, biodiversidade etc. Percebe-se que seu olhar é dirigido às circunstâncias ecológicas em que se encontram os terrenos, com pouca menção às pessoas que os ocupam.

Cao *et al* (2009), também partem da avaliação ecológica, enquanto mantêm em perspectiva a interação das populações locais com o meio em que vivem. Talvez por isso sua intervenção seja a única das três a oferecer mais do que as atividades de conservação. O programa conta com subsídios financeiros para cada uma das seis práticas sustentáveis incentivadas que for adotada pelos moradores das áreas de conservação.

Os três programas evidenciam a capacidade de restauração dos ecossistemas locais (conservação do solo, reflorestamento, aumento da biodiversidade), associada à redução da

pobreza nas áreas conservadas e também em áreas vizinhas a essas. Evidencia-se a redução da pobreza pela geração de emprego e renda com atividades ambientais (ecoturismo, produção agroecológica).

Cao *et al* (2009), em particular, destacam a criação de estruturas sustentáveis para a preservação (pomares, viveiros de animais, geradores de biogás), significando que essas continuarão a gerar benefícios aos residentes mesmo que o governo encerre os programas de subsídio. A falta de sustentabilidade nos benefícios das intervenções é limitação característica de programas governamentais (que tendem a usar a modalidade de cima-para-baixo ou *top-down*). A durabilidade dos efeitos é melhor assegurada quando existe o trabalho de mudar a cultura de práticas locais oferecendo recursos autogestionáveis (a modalidade de baixo-para-cima ou *bottom-up*). Na intervenção relatada por Cao *et al* (2009), isso inclui a formação de capital humano (por exemplo, com o treinamento da população local como construtores de biodigestores) e social (com redes comerciais locais: os construtores de biodigestores são contratados pelos residentes das áreas de conservação).

As intervenções também encontraram dificuldades com efeitos adversos: a instalação de áreas de conservação ambiental restringiu a atividade agrícola. Quando não acompanhada do incentivo a práticas alternativas de utilização dos recursos, a instalação de áreas de preservação resulta no prejuízo da subsistência da população local. Por sua vez, a necessidade de sobrevivência, associada à restrição das atividades, pode levar à exploração dos recursos ambientais (extração de madeira para a produção de lenha, por exemplo), agravando os danos ambientais. O mesmo ocorre se as intervenções não têm durabilidade de longo prazo, com a população voltando às atividades de exploração quando é encerrada a concessão de benefícios. Ao ciclo de realimentação entre pobreza e degradação ambiental, chama-se de “armadilha da pobreza”. Segundo Cao *et al* (2009), as armadilhas da pobreza são exacerbadas pela falta de capital, tanto físico (recursos financeiros e/ou tecnológicos), quanto humano (falta de conhecimento técnico ou outros saberes necessários ao desenvolvimento) e social (baixa governança). Escapar dessas armadilhas requer a parceria de trabalho local (organização e atuação dos residentes) e externa (fornecimento dos capitais ausentes).

Andam *et al* (2010) mencionam a interpretação de diversos estudos que afirmam serem os benefícios da preservação ambiental colhidos pela população mais rica e urbanizada, enquanto os custos são vivenciados pela população pobre e rural. A afirmação não é posta em questionamento

por eles, porém, Ferraro e Hanauer (2014) identificam que reduções na pobreza pela criação de áreas de preservação eram maiores nas distâncias intermediárias das cidades, onde se encontram os parques nacionais que recebem mais turistas. Os autores também declaram que trabalhadores próximos a entradas de parques têm trabalhos não-agrícolas e com melhores rendimentos quando comparados com trabalhadores em comunidades distantes das entradas dos parques. O ecoturismo tornou-se rentável, segundo eles, porque a Costa Rica possui um governo estável, sendo um destino convidativo, cujo sistema de proteção ambiental é efetivo na preservação da biodiversidade que atrai turistas.

Se a afirmação apresentada por Andam *et al* (2010) é verdadeira, indica que a modalidade proposta por Cao *et al* (2009) – em que se gera riqueza pela transformação direta do modo de vida da população mais pobre – pode ser mais válida para reduzir a pobreza com a preservação ambiental.

5.5 EMPREGO

Os dois programas de geração de empregos foram realizados em meio urbano. Lee *et al* (2010) acompanham um programa de treinamento em hotelaria voltado à prevenção de riscos sexuais em mulheres cambojanas trabalhando como vendedoras de bebidas alcoólicas em restaurantes noturnos. Já Boyd, Kamaka e Braun (2015) com vistas à redução da pobreza e promoção da saúde em nativos havaianos, avaliam os resultados de um programa de treinamento em enfermagem baseado na cultura e valores tradicionais havaianos.

Os dois programas contaram com benefícios adicionais como auxílio financeiro na forma de assistência estudantil, práticas de aconselhamento e acompanhamento contínuo oferecendo orientação psicossocial. A intervenção cambojana contou também com atividades de educação em saúde (saúde sexual e reprodutiva), educação acadêmica (aulas de inglês e khmer) e desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais (comunicação, expressão). O programa havaiano trouxe aos estudantes orientação acadêmica e de carreira, mentoria e tutoria e encaminhamento ao mercado de trabalho ao final do programa.

Para participar do programa de hotelaria, era preciso ser vendedora de bebidas alcoólicas em restaurantes noturnos, além de obter aprovação em entrevista com um dos os gerentes de hotéis que colaboram com o programa (LEE *et al*, 2010). Os nativos havaianos precisavam

prestar compromisso em cumprir com as três etapas do programa (formação, avaliação e trabalho ou estudo), além de realizar trabalho voluntário (16 horas mensais) durante e após graduação, e aqueles que quisessem dar sequência aos estudos deveriam oferecer mentoria às novas turmas do programa.

Lee *et al* (2010) descrevem que a intervenção gerou a redução dos riscos em saúde e mudança de comportamentos (abstinência do álcool e do cigarro), ganhos psicossociais (melhor autoestima e autoimagem), aumento na literacia em saúde (sobretudo HIV/AIDS), aumento na escolaridade e o desenvolvimento das habilidades profissionais relativas às funções de hotelaria. Os ganhos educacionais e psicossociais aumentaram as oportunidades de trabalho e a qualidade de vida, segundo relato das participantes (perceberam maiores possibilidades de escolha: alternativas para evitar riscos, cultivar esperanças quanto ao futuro e construir novos planos de vida). Nenhuma participante que teve dificuldades econômicas após o programa voltou à venda de bebidas ou aos serviços sexuais indiretos que resultavam desse comércio. Apesar disso, não houve melhoras na prevenção por uso de preservativos, mesmo com maior conhecimento a respeito do HIV/AIDS; em parte, porque participantes tentavam engravidar uma vez que sua melhor condição financeira e estabilidade no emprego as permitia formar uma família.

O programa para os nativos havaianos também gerou resultados positivos, atendendo a meta proposta e mais. Nos primeiros 3,5 anos, 150 estudantes se matricularam; 135 deles (90%) obtiveram certificação. Dos 135, 77 (57%) buscaram educação superior e 79 (59%) obtiveram empregos com planos de saúde (20% estavam em ambos os grupos). Dos 77 que seguiram os estudos, 33 (43%) buscaram graduação em Enfermagem. 16 (48%) dos 33 foram aceitos no curso, e 4 deles (25%) concluíram. Estudantes relataram aumento na autoestima pessoal e cultural, demonstraram aumentos do conhecimento em saúde, e aumentaram suas habilidades e sua autoconfiança quando se tornaram responsáveis pelo programa, pelos participantes e pelo próprio aprendizado.

Os dois programas mostraram características comuns que facilitaram a sua realização e estimularam os efeitos positivos. Por exemplo, a constante adaptabilidade dos programas: avaliações periódicas (fossem formais, com a revisão dos dados, ou informais, pela manifestação da opinião dos estudantes) indicavam pontos limitantes que eram rapidamente abordados pelos proponentes do programa. Diante de dificuldades de aprendizado em relação a temas específicos, por exemplo, eram fornecidas aulas extras ou em novo formato, aumentando as chances dos

estudantes. Outra característica é o envolvimento das partes interessadas (*stakeholders*, em inglês) ao longo dos programas, em diferentes graus em cada estudo. Membros da comunidade participavam das decisões quanto à operação dos programas, avaliando, estabelecendo objetivos e metodologias, e captando recursos diversos. Dito de outra forma, as intervenções contavam com o capital social comunitário para incentivar a formação de capital humano, que, por sua vez, disporia à redução da pobreza.

Mais especificamente, Lee *et al* (2010) destacam que certos treinamentos (como caixa, cozinheira ou recepcionista) geravam também melhores oportunidades fora do programa, ampliando ainda mais as possibilidades das mulheres participantes.

Boyd, Kamaka e Braun (2015) ressaltam a importância de incorporar os valores e a cultura locais à intervenção (em termos mais práticos, adotar esses valores no programa construído), ao mesmo tempo reforçando e sendo reforçados pela participação comunitária. A postura favorece a identificação cultural com a proposta, com melhor aproximação e adoção pelo público, pois as crenças e valores do grupo participam na geração de coesão social e de capital social e humano. Com a participação comunitária bem desempenhada, fortalece-se a apropriação dos programas pelas comunidades locais, incentivando a autonomia, a autogestão e também o efeito de fortalecimento da autoestima dos envolvidos, que se sentem reconhecidos.

5.6 SUBINDO EM OMBROS DE GIGANTES

A proposta deste trabalho, como dito anteriormente, é analisar estratégias de redução da pobreza e, a partir da revisão delas, elaborar um plano de ação, agregando as diferentes potencialidades. Muitos estudos vem relatando intervenções em nível macro, propondo ampla reorganização da sociedade. As propostas convergem para ações como o aumento dos impostos sobre os extremamente ricos, redistribuindo a riqueza na sociedade, acompanhando o fortalecimento de instâncias de transparência e de governança para combater a corrupção e assegurar o uso adequado dos recursos obtidos para a provisão de serviços públicos (especialmente de educação e de saúde) de qualidade, os quais contribuem largamente na promoção da equidade (OCDE, 2018; OXFAM, 2019; WORLD INEQUALITY LAB, 2018). Porém, concretizar tais propostas exige grande poder político – diretamente proporcional à grande acumulação de capital financeiro.

Na ausência dessa dimensão de poder político, a possibilidade está nas intervenções de nível micro, predominantes na amostra estudada. A análise dos artigos indica que as estratégias relatadas (assim como, possivelmente, outras estratégias existentes mas ausentes na amostra) são como ferramentas disponíveis para a realização do trabalho de reduzir a pobreza e promover a equidade.

Contudo, estratégias similares apresentaram resultados particularmente diferentes. Os usos do modelo mais frequente na amostra, de programas de transferência de renda, mesmo com estrutura relativamente comum – quanto ao público ao qual se dirigiam, às condicionalidades propostas e aos valores repassados – não tiveram resultados homogêneos. A maioria não demonstra consistência na redução da pobreza mesmo ao aumentar a renda. Similar ao Bolsa Família, mostram limitações em termos do rompimento do ciclo intergeracional da pobreza, na inserção de beneficiários no mercado de trabalho e, portanto, na sustentabilidade das intervenções. Apesar disso, trazem melhoras significativas à qualidade de vida dos participantes (ganhos nutricionais e psicossociais, por exemplo) e estimulam comportamentos (como o acesso frequente a serviços de saúde e de educação) que podem resultar na diminuição da pobreza e agravos relacionados. Os resultados do PBF, assim como de outros PTRs, mostram redução na pobreza extrema. Entretanto, conforme apresentado anteriormente, a emancipação desses programas se deu da extrema pobreza para a pobreza, com os níveis de iniquidade nos PRBM se mantendo estáveis ao longo das décadas. Houve, de fato, redução da pobreza, mas baixa mobilidade social ascendente.

Ainda no âmbito dos PTRs, o estudo de Lesorogol (2009) se distingue por possuir as qualidades que faltaram aos outros: promoveu a efetiva redução da pobreza de modo sustentável entre comunidades de pastores no Quênia. Medida pelo tamanho do rebanho, 91% dos beneficiados decuplicou sua riqueza (passando da média de 3 animais para a média de 31) e os outros 9% (pastores com 15 animais, em média) no mínimo a dobraram. A autora não oferece dados a respeito do tamanho médio do rebanho dos não beneficiários, mas das informações apresentadas por ela a respeito do sistema de reestocagem se deduz que o tamanho médio final dos rebanhos de beneficiários não apresenta diferenças tão significativas; do contrário, os pastores continuariam recebendo as doações de animais. A percepção dos beneficiários da recuperação de seu papel e seu status na comunidade corrobora o entendimento de que foram retirados da situação de pobreza, sem ignorar que os não-beneficiários talvez tenham rebanhos

maiores, com os mais ricos possuindo centenas de animais.

Intervenções como a de Lesorogol (2009), Austin e Mbewu (2009), Blandón *et al* (2017), Boyd, Kamaka e Braun (2015), Cao *et al* (2009), Dunn *et al* (2015), Lee *et al* (2010), McLoyd *et al* (2011) e de Ssewamala *et al* (2010a), mesmo com as limitações que lhes competem, apresentam resultados distintos na redução da pobreza. Com isso, demonstram que *o que* se faz é secundário ao *como* se faz. A chave, na promoção da equidade, não são as ferramentas, mas a forma de usá-las.

Número relevante de artigos na amostra indica a complexidade como a perspectiva mais necessária para alcançar resultados positivos na promoção da equidade. Nem todos os artigos a citam diretamente, mas utilizam argumentos e termos que retratam precisamente o paradigma que a complexidade propõe.

Nas circunstâncias em que é usado o termo *complexidade*, ele significa, como apresentado antes, que a intervenção deve prestar atenção ao contexto inicial em que se desenvolve, pois essas características influenciarão o sistema, ou seja, como a intervenção se desenvolve. Quer dizer também que é necessária a capacidade de contínua adaptação às condições mutantes em que se trabalha, tornando os resultados imprevisíveis. Não se pode pressupor que a mesma trajetória de aplicação seja válida em dois contextos; longe de minar a cientificidade ou as possibilidades de sucesso, essa afirmação implica que as pessoas envolvidas na intervenção devem manter a postura de estar aprendendo com o sistema. Pelo próprio paradigma da complexidade, não é possível pensar num único roteiro estratégico que atenda a qualquer realidade, cada um deve ser construído para o local de seu desenvolvimento. A intervenção nunca está “pronta”, em termos de plano de trabalho: mesmo com diretrizes iniciais, ela se molda a cada contexto, e se remodela continuamente para superar as dificuldades e/ou incentivar as potencialidades que surgirem ao longo da aplicação. Uma forma de fazê-lo é instaurar aspectos diferenciados de operação da estratégia conforme o gênero, a idade, a situação de saúde ou outras características. Yunus (2012), narrando o processo de formação dos grupos de microcrédito em Bangladesh, mostra que incluiu a sensibilidade às condições iniciais, redefinindo o modelo diante de cada falha que surgia, aperfeiçoando-o a cada novo passo. É provável que parte significativa do sucesso venha do processo de apropriação ao contexto, que é o que outras iniciativas devem replicar (ao invés de tentar reproduzir a fórmula final proposta por ele, uma fórmula que talvez só caiba a Bangladesh).

Em outros casos, é usado o termo *intersectorialidade*, explicando que a redução da pobreza não depende só do campo de conhecimento da economia nem da saúde pública, ou dos órgãos e instituições que os compõem. Em casos citados nos artigos da amostra, mesmo quando há a provisão de serviços da saúde, se há falta de infraestrutura para o acesso a eles - como transporte público -, não gerarão os benefícios esperados. A intervenção deve associar diferentes áreas de atuação, prestando atenção nos recursos presentes (potenciais a aproveitar) e ausentes (limitações a superar) em cada contexto.

Usa-se o termo *multidimensionalidade*, ao falar da pobreza, da equidade e da saúde, para dizer que todos esses elementos influenciam e são influenciados por âmbitos além daquele em que se encontram. A pobreza, por exemplo, não compreende só os valores monetários objetivos, mas as possibilidades de ação, a qualidade de vida, as estruturas da sociedade que mediam o acesso ou não a recursos que podem prejudicar ou melhorar a saúde. A multidimensionalidade da saúde é mais familiar pelo estudo dos DSS, portanto sabe-se que ela tem correlações com o trabalho, a renda, a educação, o lazer, e outros mais. A intervenção precisa considerar causas e consequências além da dimensão financeira, como efeitos psicossociais da pobreza e da riqueza. O aumento da violência associado ao aumento da iniquidade exemplifica a ligação entre dimensões.

Outro modo de expressar as características anteriores diz respeito ao conteúdo dos benefícios gerados com as intervenções. A análise de cada estratégia mostra que algumas das atividades com resultados mais expressivos ofereciam uma diversidade de ganhos, voltados a mais de uma necessidade ou mais de um campo de conhecimento. Dito de outra forma, ofereciam a possibilidade de formação de mais de um recurso - financeiro, acadêmico, sanitário, psicossocial. Ao construir um ou mais desses recursos, busca-se desenvolver o capital humano, gerar novos funcionamentos e capacidades para que os ganhos se tornem sustentáveis. A intervenção deve utilizar a promoção do capital humano e social para tornar os beneficiários independentes dela mesma, promovendo sua capacidade de autonomia e autogestão. O exemplo mais direto da sustentabilidade é o expresso por Cao *et al* (2009), de um programa objetivando benefícios que persistem mesmo após o fim do apoio que lhes deu origem e, além disso, continuam sendo multiplicados pelos beneficiários originais. O sucesso não está na difusão da estratégia, mas sim em torná-la progressivamente desnecessária. A experiência relatada nos artigos mostra os efeitos positivos obtidos pelo uso e fortalecimento do capital humano e social

existente nos locais de intervenção, pela aposta na capacidade das comunidades de resolverem seus próprios problemas.

Vale lembrar que a sensibilidade dos sistemas às menores alterações, dentro dos princípios da complexidade, significa que mesmo pequenos incrementos em qualquer tipo de capital podem prover grandes efeitos. Assim foi com Blandón *et al* (2017) com os cafés da manhã escolares - uma medida incrivelmente simples que, de tão bem-sucedida no aumento da frequência escolar, passou a ser adotada em todo o país. A tendência, porém, é que quanto menores as variações, maior o intervalo de tempo até que seus efeitos sejam percebidos.

Entrelaçada a esses princípios está a participação comunitária. Os membros da comunidade são os maiores especialistas a respeito da realidade em que vivem, quais os problemas que enfrentam e quais as possíveis soluções. Parte do sucesso da intervenção narrada por Lesorogol (2009) foi contar com os recursos oferecidos pela estrutura de capital social preexistente ao programa. A constituição de redes de agentes comunitários também é descrita por Dunn *et al* (2015) e Austin e Mbewu (2009); outras descrições de participação comunitária são encontradas em Blandón *et al* (2017), Boyd, Kamaka e Braun (2015) e Ssewamala *et al* (2012). Baseando-se nisso, o início de uma intervenção encontra atores locais e com eles “mapeia” o capital social - incluindo as normas, obrigações e sanções -, identificando os principais agentes. Com esses se começa a mobilização comunitária. Ao mesmo tempo, traz-se a participação dos tradicionalmente omissos, aptos a apresentar percepções ignoradas pelos demais, para complementar a perspectiva da realidade local. Outra contribuição desses estudos é do entendimento das crenças e valores do grupo e como elas participam na geração de coesão social e capital social ou humano. A intervenção pode depender de questionar (como no caso dos pastores quenianos, com mulheres e jovens participando das decisões) ou aplicar a cultura local para funcionar.

A participação comunitária é imprescindível para o nível micro caracterizado pelas políticas de baixo-para-cima, ainda mais quando se tem por meta algum grau de reforma social. Quantos aos meios de obter essa participação, os artigos sugerem possibilidades. Austin e Mbewu (2009) citam um sistema menos formal de participação no planejamento das ações: há contato com a comunidade e atenção às suas demandas, mas essas são identificadas principalmente a partir dos dados epidemiológicos obtidos. A participação comunitária teve mais ênfase na realização das ações propostas, com membros da comunidade sendo treinados e contratados para

executá-las, o que dá à comunidade o pertencimento do programa.

Lesorogol (2009) traz um relato de ainda maior apropriação do programa, efetivamente construído pela comunidade e apenas facilitado por especialistas, em três etapas. A primeira fase consistiu na análise, que detectou os problemas enfrentados, quais as pessoas atingidas, como elas eram prejudicadas; estabeleceu as prioridades a serem atendidas para trazer melhor condição a todos; e promoveu a discussão das soluções possíveis, construídas com base nos recursos (materiais, humanos e sociais) disponíveis na comunidade. Decididas as ações, iniciou a fase de planejamento, que verificou a viabilidade das ações, definiu as metas e os passos de realização e distribuiu responsabilidades entre os membros da comunidade. Por fim, chegou-se à fase da ação propriamente dita, que contou também com o monitoramento e avaliação de cada passo dado e dos resultados obtidos por eles. A fase da ação incluiu o mapeamento da situação financeira das famílias, a priorização de recursos a serem transferidos a cada domicílio e a entrega dos recursos (os quais também foram reunidos e distribuídos por grupos de membros da comunidade).

Blandón *et al* (2017) utilizam o método de decodificação da realidade, que também traz à comunidade o pertencimento do programa desenvolvido com o auxílio de especialistas. O método começa com a revisão do passado e do presente, reconhecendo tanto os problemas que afetam a comunidade quanto os sucessos já obtidos ao longo do tempo, buscando especificar quando, como e onde surgiram, a quem influenciam, que atitudes permitem e afins. O segundo passo é de contribuição teórica e técnica, em que se indicam possíveis soluções baseadas em evidências, incentivando reflexões nos membros da comunidade que, posteriormente, estimulem a iniciativa à ação. O terceiro passo é a criação da lista de desejos, em que os participantes elencam as alternativas possíveis para melhorar suas vidas (até 20), com base nos aprendizados dos passos anteriores. Por fim, se faz a seleção de prioridades das ações possíveis, formando pequenas listas de atividades (cerca de três) realizáveis em curto-prazo, definindo responsabilidades, objetivos e prazos para cada membro.

De forma mais pontual, Boyd, Kamaka e Braun (2012) fazem uso de um conselho consultivo com alunos, ex-alunos e membros da comunidade que periodicamente reavaliam o programa, pontuando falhas e sucessos para orientar reformulações de certos pontos e a preservação de outros. As opiniões de participantes, ex-participantes e partes interessadas também são utilizadas por Lee *et al* (2010) para monitorar os resultados do programa e corrigir falhas. Ssewamala *et al* (2010b) oferecem participação comunitária de modo mais restrito,

trazendo membros da comunidade (jovens universitários, no caso, cujo perfil é mais próximo dos beneficiários) para ministrar oficinas aos participantes da intervenção.

Quanto a *o que* fazer, as possibilidades dependem do lugar do agente. Uma estratégia de transferência de renda, condicionada ou não, depende de uma fonte contínua de recurso financeiro. Como citado na subseção em questão, o Estado ocupa uma posição mais vantajosa para operacionalizar um PTR que, como política redistributiva, é suprido por valores dos impostos. De uma posição governamental, também se pode atender maior número de pessoas. Dado o sistema político brasileiro, não há garantias de se poder alcançar tal posição, dificultando a viabilidade da estratégia. Na hipótese de obter doações que possam sustentar a intervenção, essas, se de longo prazo, dificilmente atenderão a um número mais amplo de beneficiários.

A provisão de serviços de saúde encontra lógica análoga: seguindo os parâmetros da saúde pública, seria preciso a autoridade governamental, em alguma instância, para se desenvolver a intervenção. Nesse quesito, inclusive, já constituiria intervenção o suficiente promover a implementação efetiva do SUS, vencendo seu histórico subfinanciamento, o que nos permitiria compreender qual seu real efeito na prevenção das situações de pobreza causadas por gastos domiciliares em saúde ou outras perdas causadas pelo adoecimento.

O microcrédito é, nesse aspecto, mais independente, a partir do ponto em que os empréstimos são pagos. Não é indispensável ocupar uma posição governamental para o exercício da intervenção, ainda que, é claro, legislações pertinentes se apliquem. Seguindo os exemplos retratados na respectiva subseção, abre-se a possibilidade de conceder benefícios adicionais que, adequados ao contexto, podem ir além das transações financeiras oferecendo outras formas de desenvolvimento.

Uma dessas formas é a própria geração de emprego. Com base nos exemplos constantes dessa categoria, um benefício adicional oferecido pela instituição de microcrédito seja um curso de formação para uma área/função relevante em termos de empregabilidade e salário. Nitidamente, o curso seria elaborado conforme as disponibilidades do contexto de cada intervenção, envolvendo as partes interessadas (tanto a comunidade quanto os empregadores). Uma modalidade de geração de emprego próxima do microcrédito, desenvolvida pelo próprio Yunus (2012), são os negócios sociais. Nesse modelo de negócio, não há fins lucrativos, com toda a renda sendo utilizada para preservar a sustentabilidade financeira do empreendimento e também para reinvestir nas comunidades locais, provendo-as com melhores condições de

superação das iniquidades. Os negócios sociais poderiam até mesmo auxiliar a constituir o caminho para a “graduação” no Bolsa Família. Assim como o Banco Grameen deu origem a diversas outras empresas nos mais variados segmentos (moda, eletrônicos, telefonia e internet etc.), podem ser criados negócios que gradualmente direcionem os beneficiários à emancipação do BF, por exemplo contratando-os com um salário que torne a TCR desnecessária, oferecendo benefícios paliativos ao longo do tempo. Outra possibilidade, acompanhando essa linha de pensamento, é na atividade de formação do microcrédito orientar à criação de seus próprios negócios sociais.

Blandón *et al* (2017) relatam o uso de condicionalidades para participar do programa de microcrédito, no caso, a frequência escolar dos filhos dos interessados em receber empréstimos. O mesmo princípio é válido para implementar outros benefícios. Usando a modalidade de empréstimos grupais, as reuniões podem passar a incluir inúmeros tipos processos educativos. As propostas mais convencionais, de literacia financeira – educar para a administração do orçamento domiciliar, poupar para aquisições futuras ou para o investimento em micronegócios – podem ser expandidas para abarcar a “pedagogia da economia” proposta por Dowbor (2018), por exemplo – educar a respeito do sistema financeiro, das iniquidades que ele alimenta, e como articular novos modelos econômicos em que prevaleça o crescimento das comunidades. Desse processo, pode se formar o capital humano e social necessário para estabelecer algum dos novos modelos, como os bancos de desenvolvimento social ou bancos éticos²².

Analogamente, com os grupos pode-se viabilizar processos de educação para a cidadania ativa: os deveres e direitos individuais e coletivos, os meios para cumpri-los, a organização e o funcionamento do sistema político brasileiro, entre outros elementos pertinentes.

A partir de Ozer *et al* (2009) e McLoyd *et al* (2011), é interessante pensar em benefícios que incentivem a participação em atividades culturais, esportivas e afins, dado o efeito positivo e de longo prazo que as atividades extracurriculares têm nas crianças e nos jovens. Portanto, o espaço dos grupos de microcrédito pode ser usado para promover a cultura, o desporto e o lazer ou, igualmente, ter estes três constando entre suas condicionalidades.

É importante citar, ainda, que o uso de uma estratégia em particular não restringe o uso de outras, como no exemplo que combina microcrédito, condicionalidades de PTRs e negócios

22 Bancos éticos, bancos comunitários ou bancos de desenvolvimento, entre outros nomes, são instituições financeiras que operam sem fins lucrativos, com o objetivo de atender demandas sociais locais, sendo geridos pela comunidade à qual se dedicam.

sociais (BLANDÓN *et al*, 2017). Dentro do paradigma da complexidade, mais de uma alternativa é simultaneamente possível, oferecendo extenso leque de ferramentas de trabalho e, conseqüentemente, amplas possibilidades de ação em prol da equidade e da justiça.

As intervenções estudadas abordam os aspectos da teoria de Sen (2006), ao relacionarmos o desenvolvimento das capacidades com o desenvolvimento do capital humano fomentado pelas diferentes estratégias de redução da pobreza. Diversas delas tangenciam, também, a busca pela igualdade de oportunidades rawlsiana, ao propor que as capacidades geradas abrem aos beneficiados novas e melhores alternativas de trajetórias de vida. Contudo, nem de forma indireta ou subliminar as intervenções emprestam o conceito de justiça na apresentação teórica - ainda que qualquer iniciativa de promoção da equidade se sirva dele. A considerável atenção dada por Rawls (1997) às formas de operacionalizar a justiça, como o véu de ignorância e a posição original, não é espelhada pelos autores dos 29 artigos. Talvez porque, como diz Pessina (2013), o tema é demasiado metafísico para as tendências da ciência convencional que, para as publicações científicas, mostra preferência pelas descrições de métodos e estatísticas. Ou, conforme os autores da bioética latino-americana (GARRAFA, 2012; SÁNCHEZ, JUVIÑÁ, 2013), porque não há o mesmo interesse como o que teve Rawls em transformar a estrutura básica da sociedade para torná-la mais justa.

Esse silêncio é particularmente chamativo nas intervenções utilizando o microcrédito porque Yunus (2012) mostra-se ávido tanto na crítica das estruturas atuais, produtoras de iniquidades, como no chamado à transformação dessas estruturas para a construção de um mundo mais equitativo. Ele afirma que a pobreza não tem qualquer raiz numa incapacidade dos mais pobres, e sim no sistema social e econômico que decidimos construir, nas incapacidades de nossas instituições.

O silêncio alude ao desinteresse ético, manifesto como a decrescida importância do senso de responsabilidade e dever, seja pela organização social que defende Rawls (1997), seja pelo progresso ontológico humano (PESSINA, 2013). Relembrando o pensamento aristotélico de que a ética precede a política (ALARCÓN, MONTAGNER, 2017) como falar em políticas, nomeadamente as políticas públicas, sem falar também (e antes) na ética que desperta ao zelo pela *res publica*, melhor servida pelo esforço em nome da justiça?

Observa-se nos artigos a prevalência das micropolíticas sobre as macropolíticas. O caminho que de fato promoveria equidade em maior amplitude e velocidade é, sem dúvida, o que

passa pela reorganização administrativa político-econômica em nível federal. Porém, isso depende da superação de entraves, em especial os interesses partidários, que tem conflitos entre si e com o verdadeiro bem-estar da população.

Um caminho viável, então, é o de estimular a reorganização desde a base, tendo por meta que esse processo de reordenamento venha chegar ao topo, de onde poderá efetivar maiores transformações para construir uma sociedade justa. Há de se considerar, é claro, que o movimento micropolítico que ganha força possa enfrentar a resistência do movimento macropolítico interessado em manter a homeostase do sistema social, como aconteceu em mais de uma ocasião na história mundial²³. Como contra-medida diante desse cenário hipotético, os movimentos micropolíticos precisarão contar com destacada capacidade adaptativa, valendo-se continuamente da criatividade para encontrar meios de preservar sua iniciativa. Contudo, a ênfase na micropolítica também pode resultar de transferir aos mais pobres a responsabilidade por sair da pobreza, “puxando a si mesmos pelos cabelos para sair do buraco”, criticam Banerjee e Duflo (2008). A dupla enfatiza que os programas que demandam dos mais pobres a solução dos problemas parte do estereótipo inadequado de que os pobres são naturalmente empreendedores, intensamente aptos e motivados a criar negócios e modificar a realidade em que vivem (enquanto a responsabilidade dos extremamente ricos na realidade em questão é deixada à parte). Holtyn, Jarvis e Silverman (2010) fazem comentário de mesma ordem, pontuando a concepção equivocada do comportamento dos mais pobres que resulta na ineficiência de diversos programas. Os autores, por esse motivo, citam metodologias de trabalho que ao mesmo tempo se adaptam às necessidades dos mais pobres e estimulam novos comportamentos, próximos da mentalidade de programas sociais. Para um PTR, por exemplo, a metodologia incentiva a transferência de renda em intervalos menores e por condições mais evidentes, agindo como mecanismo de reforço comportamental.

As avaliações de intervenções relacionadas às PTR, revelam que o significativo incremento da atividade escolar (frequências e matrículas) produzido não é acompanhado por aumento das notas e das aprovações. Portanto, uma forma de tratar a causa assim como o sintoma, de cumprir com a responsabilidade cidadã trazida pelo dever ético, é trabalhar pela melhoria da qualidade da educação, que então se tornará de fato um dos caminhos para romper o ciclo intergeracional de pobreza.

23 Podemos citar os casos de Mahatma Gandhi, Mandela, Marielle e uma infinidade de outros exemplos.

Relembrando o exemplo utilizado para o modelo mental de DCC no capítulo 2.2, a proposta para o desenvolvimento do civismo é promover os aspectos positivos²⁴ do capital social como ferramenta de fortalecimento da equidade funciona em duas vias: por um lado, criar as condições para que mais pessoas desenvolvam seu capital humano (o efeito colateral do modelo); por outro, desenvolver naquelas que tem o capital (que sabem pescar) o senso de responsabilidade em utilizá-lo (dar peixes aos famintos) e também compartilhá-lo (ensiná-los a pescar).

É importante destacar que, no tocante às soluções, uma não necessariamente exclui a outra. É uma característica do pensamento complexo que duas - ou mais - variáveis sejam simultaneamente verdadeiras (HAWKINS, 2017). A solução sintomática pode ser necessária no curto prazo, mas não é suficiente no longo; solução fundamental é suficiente no longo prazo, mas pode não ser a mais necessária no curto. Um homem em processo de inanição, por exemplo, talvez morra de fome antes de aprender a pescar, sem falar que sua capacidade como pescador decai com a subnutrição. E muitos outros exemplos se encaixam no contexto: que dizer dos inúmeros casos de refugiados atravessando todos os tipos de necessidades? Deveríamos, para atender a solução fundamental, deixar que passassem fome e frio até que “aprendessem a pescar” para dar conta de si mesmos?

Percebe-se que o sistema do provérbio representa apenas a relação entre as duas pessoas citadas e o sintoma que influencia somente a uma. Ampliando a perspectiva, veremos que esse é um sistema isolado, dentro de um sistema muito maior que é o sistema social, onde a história proverbial se repete várias vezes de diferentes formas - isto é, o mesmo modelo atende diversas situações, por isso ele também é chamado de *arquetipo* (PETERS, 2014). Na escala individual, a solução fundamental é fazer uso da capacidade de transmissão do capital social para suprir a necessidade real de capital humano.

A escala coletiva também apresenta sintomas do desequilíbrio como a pobreza, para a qual a solução sintomática mais comum é dos programas que transferem de volta aos mais pobres a responsabilidade pela condição socioeconômica em que estão e por saírem dela, como o microcrédito e algumas modalidades de transferência de renda (BANERJEE, DUFLO, 2008). A solução fundamental, conforme o exposto, está em trabalhar pela equidade das estruturas que

²⁴ Como toda forma de capital, também há expressões negativas: a rede social pode ser utilizada para privar de recursos os não-membros (ex: elites concentrando privilégios) ou para impor poder dos membros (o crime organizado é uma rede com intenso capital social).

Este capítulo debruçou-se sobre os artigos selecionados e as intervenções que propõem, pinçando as principais informações quanto à natureza da estratégia que utilizam, com quais objetivos, por quais meios, para quais pessoas, chegando a quais resultados. A partir dessa análise e revisão, procurou-se destacar os pontos principais que caracterizam cada caso apresentado, em seus princípios teóricos, métodos, limitações e potencialidades, buscando importantes semelhanças ou contraposições. Dentro da revisão das informações de cada categoria, construiu-se uma linha narrativa ligando os elos trazidos com cada análise.

Em primeiro lugar, vê-se a unidade e disparidade compondo cada categoria. Há formas muito próximas, ainda que não idênticas, de compreender no que consiste cada estratégia, enquanto sua aplicação como ferramenta para a promoção da equidade revela múltiplas formas de uso. O melhor exemplo a citar está entre os programas de transferência de renda, com o programa de restocagem dos rebanhos nas comunidades pastorais dos Samburu, no Quênia, por utilizar os animais como o recurso transferido, pelo recurso ser disponibilizado pela própria comunidade, pelo resgate de uma tradição e dos vínculos comunitários ao fazê-lo, e por todos esses resultarem das decisões da própria comunidade. Percebe-se que, uma vez de posse da base conceitual da estratégia, ela pôde ser flexibilizada de modo a atender um contexto em que originalmente talvez não se encaixasse. Entretanto, convém evitar flexibilizações que resultem em distorções do propósito da ferramenta, como é com o microcrédito, em algumas circunstâncias reduzido à oferta de serviços bancários para os mais pobres, ao invés de ser usado como instrumento de emancipação das estruturas sociais que promovem a pobreza. Ou, ainda, de usá-las como artifício para transferir aos que sentem os efeitos da injustiça das estruturas a responsabilidade por serem injustiçados e, igualmente, de promover a justiça.

Em segundo lugar, chama-se atenção para a heterogeneidade dos resultados. Os estudos apresentados, bem como suas respectivas sugestões, indicam que *o que* é feito, como intervenção para a promoção da equidade, é secundário ao *como* é feito. Iniciativas dentro de uma mesma categoria, com propostas quase idênticas, variam nas realizações dependendo do modo como são usados seus recursos e do contexto em que se encontram. Não há estratégias melhores, e sim melhores usos das estratégias.

Em terceiro lugar, percebe-se a lacuna no estudo dos aspectos éticos dos quais emergem os princípios de justiça que conduzem à operacionalização da equidade, nem mesmo

indiretamente abordados. Como requisito para tornar reais e efetivas políticas que promovam uma estrutura social equitativa, seu desenvolvimento é mais fundamental do que o tipo de estratégia ou seu modo de implementação.

*O verdadeiro sentido da vida é plantar árvores, sob cujas sombras
você não espera sentar.*

Nelson Henderson

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revisitando as teorias de justiça, recupera-se seus principais aspectos e traça-se um percurso relacionando-as.

Por suas convergências, as três teorias estão interligadas. Sen retrata o desenvolvimento de aptidões pessoais como indicador da equidade no acesso aos bens e recursos oferecidos pela sociedade. No mesmo rumo, a bioética enfatiza a evolução moral individual, incentivando à correção e ao aprimoramento do caráter individual na direção de aplicar a equidade ao coletivo, cumprindo com o dever político. As pessoas lapidadas conforme a prática virtuosa motivada pela bioética terão mais facilidade em assumir a posição original rawlsiana, da qual poderão gerir a estrutura básica da sociedade trazendo o máximo de benefícios a todos. E, com melhor gestão das obrigações e das vantagens da sociedade, um número maior de pessoas terá maiores condições de ampliar seus funcionamentos e capacidades.

Os três ramos teóricos concordam que as injustiças na estrutura da sociedade sustentam prejuízos persistentes na população, entre os quais estão o adoecimento e a pobreza. Mais importante ainda, os três ramos destacam a conexão entre as duas formas de prejuízo, se reforçando mutuamente com o passar de anos e de décadas: a pobreza gera adoecimento, e o adoecimento gera pobreza. As condições de saúde não estão sob plena influência da forma de organização da sociedade, dependendo também da genética e das escolhas individuais. As circunstâncias socioeconômicas, por outro lado, pertencem integralmente à opção de estrutura da sociedade. Portanto, configuram o principal elo na corrente dos DSS ao qual dedicar atenção, sem descuidar dos demais. O olhar dedicado a esse elo – assim como aos outros – é o que inicia do ponto de vista da justiça, contempla a distribuição de direitos e deveres entre os membros da sociedade, e passa pela lente da responsabilidade ética em corrigir as distorções percebidas na divisão dos recursos com foco em promover a equidade.

A perspectiva trazida pelo campo da saúde pública corrobora a equidade como um valor ético que descreve o compromisso com a justiça. Concorda, ainda, que os agravos à saúde tem na raiz a distribuição injusta dos DSS. A diversidade de significados dados à equidade, no entanto, também dispõe diferentes formas de medi-la, o que instala obstáculos à aplicação prática do conceito na correção de injustiças. Usar a lógica inversa, detectar as disparidades e a forma como se distribuem, em indivíduos e em grupos, para delimitar quais se mostram injustas, oferece

facilidades na operacionalização das correções. Começa-se pela realidade concreta para chegar ao princípio abstrato.

Objetivamente, as condições de renda e riqueza estão no cerne das iniquidades sociais em saúde, conforme demonstrado por diversos estudos associando elevada morbimortalidade e baixa renda. A pobreza contém aspectos multidimensionais que a caracterizam como sistema complexo, como são os sistemas humanos em geral. O mesmo pode ser dito da saúde, especialmente a saúde pública, que, pelo próprio conceito dos DSS, é resultante da interação de diferentes elementos. Dessa forma, é necessário um paradigma também complexo, transdisciplinar, para mais efetivamente trabalhar pela promoção da equidade em saúde. O paradigma prioriza modelos flexíveis, adaptativos, ao invés de lineares e estáticos, revelando abertura às transformações e atenção às interações entre as diversas partes que formam o todo. Como os sistemas humanos se encaixam nesse paradigma, outros elementos das interações sociais são colocados em evidência além do capital financeiro. Exemplos são o capital humano (conjunto de saberes possuídos, similar às capacidades de Sen) e o capital social (redes de vínculos por onde se distribuem os capitais). Os vários tipos de capital são relevantes para as políticas públicas na promoção da saúde e da equidade, estimulando a participação social e o senso de responsabilidade compartilhada pertinentes à cidadania.

Seguindo as bases descritas acima, a equidade em saúde é inseparável da equidade socioeconômica: as injustiças estão associadas tanto à extrema pobreza quanto à extrema riqueza. Os extremos de renda e riqueza, de modo correspondente, são inseparáveis, os mesmos mecanismos econômicos que dão margem a um permitem o outro. Reduzir a extrema pobreza conduz obrigatoriamente a reduzir a extrema riqueza. Reafirma-se que este trabalho não condena a riqueza nem defende a renda igual para toda a população. Novamente, a crítica é dirigida à *iniquidade*, não à *desigualdade*, ou seja, aos regulamentos sociais que dão à luz as gêmeas da privação e da concentração de renda. Regulamentos que não são inatos à economia, nem inevitáveis ao seu funcionamento, e sim escolhas políticas. Relembrando Aristóteles, por meio da política aplica-se a ética à sociedade, fomentando o desenvolvimento moral coletivo. A ação política está na causa do problema, e é também ferramenta para a solução.

Os resultados das políticas brasileiras são duais. A promoção da equidade em saúde continuou marcada pela indefinição do conceito, mesmo quando as políticas são originárias do mesmo órgão – no caso, o SUS. A divergência é ainda mais chamativa ao considerar que a

equidade é um dos princípios basilares do sistema de saúde brasileiro, a nortear, ao menos em teoria, todos os serviços prestados. Se o valor fundamental do sistema encontra dissonância nos programas que oferece, a sua efetividade e das suas políticas na concretização do objetivo entra em questionamento.

Exemplo está em constatar que o Ministério da Saúde possui uma categoria específica para as políticas de promoção da equidade, revelando uso de um sentido estrito do conceito, pouquíssimo compatível com os princípios de universalidade e integralidade do SUS. Junto à estreiteza conceitual (ou, supõe-se, por causa dela), identifica-se uma lacuna na produção acadêmica quanto aos resultados obtidos com as políticas nacionais de promoção da equidade. O âmbito das políticas sociais conta com melhores registros, nomeadamente no caso do PBF, cujos dados indicam o sucesso na redução da pobreza e da pobreza extrema, melhoras significativas na saúde infantil e na escolaridade de crianças e adolescentes, em todo o país. Ainda que não tenha se mostrado bem-sucedido no objetivo de inserir beneficiários no mercado de trabalho, rota de emancipação do programa, o PBF derrubou a acusação de que a transferência de renda induziria à desocupação. As pesquisas mostram que, mesmo com suas limitações, além de contribuir com o crescimento econômico, o PBF fortaleceu a inclusão social, a cidadania e a equidade.

O panorama nacional expõe pontos fracos e fortes na promoção da equidade. A dificuldade em harmonizar definições e métricas restringiu os resultados, mesmo com sucessos a contabilizar. Com a persistência do problema da iniquidade em saúde, atrelado à pobreza, ainda são necessárias estratégias capazes de gerar melhores condições socioeconômicas. Este trabalho se constituiu em torno do objetivo de pesquisar tais estratégias para, a partir da análise de seus resultados, compreender quais as vias possíveis para a promoção efetiva da equidade e da justiça.

A pesquisa identifica modalidades de intervenção utilizadas para reduzir a pobreza. Os resultados demonstram que o tipo de estratégia não é determinante de efeitos positivos, pois intervenções diferentes na mesma modalidade chegam a resultados distintos, uns aquém e outros além de suas metas originais. Por outro lado, entre as que reúnem maiores sucessos, há importantes similaridades na linha de desenvolvimento, ainda que estas intervenções consistam em modalidades diferentes. A análise dessas informações indica que a redução da pobreza e a promoção da equidade não dependem do tipo de intervenção, e sim do modo de intervir – o qual está fortemente calcado no paradigma da complexidade e na busca pela autonomia das comunidades, ao estimular a formação de capital financeiro, humano e social.

A análise também aponta o vazio no tocante à formação de “capital moral” que dê sustentação aos princípios para a proposição de estrutura social verdadeiramente justa. O desenvolvimento ético, do juízo para discernir entre o mal que se deve evitar e o bem que se deve praticar nas ações humanas, está ausente das discussões propostas pelos artigos estudados. Como a equidade pertence ao campo da filosofia moral, porém, não há como escapar ao debate ético. O debate é necessário pois, tendo claro o que o ser humano deve se tornar, podemos afirmar *o que* queremos igualar e *para quem*. (PESSINA, 2013; SÁNCHEZ, JUVIÑÁ, 2017; GARRAFA, 2012; SEN, 2006). A questão que permanece é: como formar pessoas mais éticas? Como reformar, coletivamente, a sociedade? Apesar de não haver uma resposta definitiva, a história demonstra que ações pequenas na sua dimensão e grandes na sua relevância são capazes de gerar uma corrente de efeitos que resulta na transformação. Não é preciso um grande número de pessoas plenamente éticas, apenas um número suficiente dessas que, imbuídas do senso do dever e da responsabilidade, consigam despertar o valor moral residente em outras, pelo tempo e com a intensidade suficientes para produzir novas estruturas de vida.

Enquanto essas pessoas não surgem para ocupar os lugares necessários e incentivar o movimento de uma sociedade mais equilibrada, é um alento identificar que há meios de reduzir os prejuízos do desequilíbrio. Se ainda não existem condições de transformar as causas, está evidenciado que existem formas de atenuar os sintomas. Os meios de promover a equidade existem, são efetivos e, mais importante, são necessários; temos, portanto, o dever de usá-los. Há um número significativo de gigantes a deixar esse exemplo marcado em suas pegadas. A nós, cabe aprender a subir em seus ombros.

Se eu vi mais longe, foi por estar de pé sobre os ombros de gigantes.

Sir Isaac Newton

REFERÊNCIAS

ACHARYA, K. et al. **How can Systems Thinking, Social Capital and Social Network Analysis help Programmes Achieve Impact at Scale?** Results of a Demonstration Project in the Kenyan Dairy Sector. ICRAF Working Paper no. 116. Nairobi, Kenya: World Agroforestry Centre, 2010. Disponível em: <<http://www.worldagroforestry.org/downloads/Publications/PDFS/WP16774.pdf>>. Acesso em: 31 jan 2019.

AGYEPONG, Irene Akua et al. When ‘solutions of yesterday become problems of today’: crisis-ridden decision making in a complex adaptive system (CAS)—the Additional Duty Hours Allowance in Ghana. **Health Policy and Planning**, [s. l.], v. 27, n. suppl_4, p. iv20–iv31, 2012. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/27/suppl_4/iv20/619254>. Acesso em: 9 dez 2018.

ALARCÓN, García; HERNÁN, Rodrigo. La Bioética en perspectiva Latinoamericana, su relación con los Derechos Humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales. **Revista Latinoamericana de Bioética**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 44–51, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-47022012000200005&script=sci_abstract>. Acesso em: 18 fev 2019.

ALARCÓN, Rodrigo Hernán García; MONTAGNER, Miguel Angelo. Epistemología de la bioética: extensión a partir de la perspectiva latinoamericana. **Revista Latinoamericana de Bioética**, [s. l.], v. 17, n. 33–2, p. 107–122, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v17n2/1657-4702-rlb-17-02-00107.pdf>>. Acesso em: 17 fev 2019.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALONGE, O.; PETERS, D. H. Utility and limitations of measures of health inequities: a theoretical perspective. **Global health action**, 2015. v. 8, p. 27591. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4565845/>>. Acesso em: 14 fev 2018.

ANDAM, Kwaw S. et al. Protected areas reduced poverty in Costa Rica and Thailand. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [s. l.], v. 107, n. 22, p. 9996–10001, 2010.

ANDERSEN, Christopher T. et al. Participation in the Juntos Conditional Cash Transfer Program in Peru Is Associated with Changes in Child Anthropometric Status but Not Language Development or School Achievement. **The Journal of nutrition**, [s. l.], v. 145, n. 10, p. 2396–2405, 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jn/article/145/10/2396/4590092>>. Acesso em: 27 nov 2018.

ARNOLD, Carrie. Money for nothing: the truth about universal basic income. **Nature**, [s. l.], v. 557, n. 7707, p. 626–628, 2018. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/d41586-018-05259-x>>. Acesso em: 27 nov 2018.

ASADA, Yukiko. A framework for measuring health inequity. **Journal of epidemiology and community health**, [s. l.], v. 59, n. 8, p. 700–705, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733117/>>. Acesso em: 20 abr 2018.

AUSTIN, Sandra A.; MBEWU, Nokwanele. Philani program: a case study of an integrative approach of empowerment and social and economic development. **Soc Work Public Health**, [s. l.], v. 24, n. 1–2, p. 148–60, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19229780>>. Acesso em: 27 nov 2018.

BAIRD, Sarah et al. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. **Health Econ**, [s. l.], v. 19 Suppl, p. 55–68, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.1569/abstract>>.

BANCO MUNDIAL. **Gini Index** (World Bank estimate). 2013. Disponível em: <<https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

BANERJEE, Abhijit V.; DUFLO, Esther. Mandated empowerment: handing antipoverty policy back to the poor? **Ann N Y Acad Sci**, [s. l.], v. 1136, p. 333–41, 2008.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 148, 2016.

BERMUDEZ, Jorge. A Política de Inovação em Saúde no Mundo: A Proposta da OMS Brasil: Onde Estamos e para Onde Vai a Fiocruz? In: BORTOL, Martsa Carla de et al. **Inovação em Saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/temas_em_sc_15.pdf>. Acesso em: 24 set 2016.

BLANDÓN, Elmer Zelaya et al. Breaking the cycles of poverty: Strategies, achievements, and lessons learned in Los Cuatro Santos, Nicaragua, 1990-2014. **Global Health Action**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1272884, 2017.

BOEING, Geoff. Visual Analysis of Nonlinear Dynamical Systems: Chaos, Fractals, Self-Similarity and the Limits of Prediction. **Systems**, v. 4, p. 37, 13 nov. 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/306226253_Visual_Analysis_of_Nonlinear_Dynamical_Systems_Chaos_Fractals_Self-Similarity_and_the_Limits_of_Prediction>. Acesso em: 4 fev.

2018.

_____. **Chaos theory and the logistic map**. 2015. Disponível em: <<http://geoffboeing.com/2015/03/chaos-theory-logistic-map/>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

BOYD, Jamie Kmailani; KUULEIALOHA KAMAKA, Sharmayne A.; BRAUN, Kathryn L. Pathway out of poverty: a values-based college-community partnership to improve long-term outcomes of underrepresented students. **Prog Community Health Partnersh**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 25–31, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Políticas nacionais**. 2018. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>>. Acesso em: 31 out 2018.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510**. Brasília, DF: 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2018.

_____. **Lei orgânica da saúde: lei nº 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, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 set 2016.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 set 2016.

BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of epidemiology and community health**, [s. l.], v. 57, n. 4, p. 254–258, 2003.

BURKE-MILLER, Jane K. et al. Promoting self-determination and financial security through innovative asset building approaches. **Psychiatr Rehabil J**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 104–12, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2017.

CAO, Shixiong et al. Development and testing of a sustainable environmental restoration policy on eradicating the poverty trap in China's Changting County. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [s. l.], v. 106, n. 26, p. 10712–6, 2009.

CAREY, G. et al. Adaptive Policies for Reducing Inequalities in the Social Determinants of Health. **International Journal of Health Policy and Management**, 2015, v. 4, n. 11, p. 763–767. Disponível em: <http://www.ijhpm.com/article_3097_0.html>. Acesso em: 10 Mar. 2018.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.) et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CAVERO-ARGUEDAS, Denice; CRUZADO DE LA VEGA, Viviana; CUADRA-CARRASCO, Gabriela. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: Evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 528–537, 2017.

COCKERHAM, William C. Health and social capital. In: _____. **Social causes of health and disease**. Cambridge: Polity Press, 2015.

COLEMAN, James S. Social capital in the creation of human capital. **American Journal of Sociology**, vol. 94, Chicago: University of Chicago Press, 1988. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/2780243>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **Closing the gap in a generation**. Genebra, World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CORDEIRO, Tiago Gomes. Política social e direito social: uma abordagem histórico-conceitual. In: **6º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais**, UNIOESTE, Toledo - PR, 2014.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant’Anna De. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 431–441, 2016.

CUI, Rosa R. et al. Microenterprise development interventions for sexual risk reduction: a systematic review. **AIDS Behav**, [s. l.], v. 17, n. 9, p. 2864–77, 2013.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies, Arbetsrapport, 1991. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/5095964_Policies_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health_Background_document_to_WHO_-_Strategy_paper_for_Europe>. Acesso em: 17 nov. 2017.

DEATON, Angus. **A grande saída: saúde, riqueza e as origens da desigualdade**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2017.

DECS – DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. 20^a ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2018. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 22 de jun. 2018.

DIZIKES, Peter. **When the butterfly effect took flight**. 2011. Disponível em: <<https://www.technologyreview.com/s/422809/when-the-butterfly-effect-took-flight/>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

DOWBOR, Ladislau. **Pedagogia da economia: educando para o mundo real**. [S. l.], agosto 2018. Disponível em: <http://dowbor.org/2018/08/curso-pedagogia-da-economia-com-ladislau-dowbor-instituto-paulo-freire-2018-15-aulas.html/>. Acesso em: 31 jan. 2019.

DUFLO, Esther et al. The Miracle of Microfinance? Evidence from a Randomized Evaluation. [s.l.]: **National Bureau of Economic Research**, 2013. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w18950>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

DUNN, Caitlin et al. The Contributions of Onchocerciasis Control and Elimination Programs toward the Achievement of the Millennium Development Goals. **PLoS Negl Trop Dis**, [s. l.], v. 9, n. 5, p. e0003703–e0003703, 2015.

FARLEY, Elise et al. Risk factors for diagnosed noma in northwest Nigeria: A case-control study, 2017. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. e0006631, 2018.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3831-3840, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021203831&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

FERRAREZI, E. Capital social: conceitos e contribuições às políticas públicas. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**, Brasília: ENAP, ano 54, n.4, Out-Dez, 2003.

FERRARO, Paul J.; HANAUER, Merlin M. Quantifying causal mechanisms to determine how protected areas affect poverty through changes in ecosystem services and infrastructure. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [s. l.], v. 111, n. 11, p. 4332–4337, 2014.

FONTES, Breno Augusto Souto-Maior; EICHNER, Klaus. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. **Redes. Revista hispana para el análisis de redes sociales**, [S.l.], v. 7, n. 3, oct. 2004. ISSN 1579-0185. Disponível em: <<https://revistes.uab.cat/redes/article/view/v7-n3-souto-maior-eichner>>. Acesso em: 19 fev. 2019

FORGET, Evelyn L. The Town with No Poverty: The Health Effects of a Canadian Guaranteed Annual Income Field Experiment. **Canadian Public Policy**, [s. l.], v. 37, n. 3, p. 283–305, 2011.

GARCÍA-MORO, M. et al. La enfermedad de Noma/cancrum oris: una enfermedad olvidada. **Revista Española de Quimioterapia**, [s. l.], v. 28, n. 5, p. 225–234, 2015.

GARRAFA, Volnei. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 20, n. 1, 2012. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/711>. Acesso em: 18 fev. 2019.

GARRARD, Judith. **Health sciences literature review made easy: the matrix method**. Sudbury: Jones & Bartlett Learning, 2011.

GIDDENS, Anthony; SUTTON, Philip W. **Conceitos essenciais de sociologia**. São Paulo: Editora UNESP, 2016

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1763-1776. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>>. Acesso em: 20 fev 2019.

GOMES, Lauren Beltrão et al . As origens do pensamento sistêmico: das partes para o todo. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 3-16, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2018.

GREEN, Eric P. et al. Women’s entrepreneurship and intimate partner violence: A cluster randomized trial of microenterprise assistance and partner participation in post-conflict Uganda (SSM-D-14-01580R1). **Soc Sci Med**, [s. l.], v. 133, p. 177–88, 2015.

GRIGGS, David et al. Policy: Sustainable development goals for people and planet. **Nature**, v. 495, n. 7441, p. 305-307, 2013. Disponível em: <<https://keio.pure.elsevier.com/en/publications/policy-sustainable-development-goals-for-people-and-planet>>. Acesso em: 10 Mar. 2018.

HAMAD, Rita; FERNALD, Lia C. H. Microcredit participation and women’s health: results from a cross-sectional study in Peru. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 14, p. 62, 2015.

HAWKINGS, J. D. **The Chaonomicon: quintessential chaos for the serious magician**. Chaos Monkey Press, 2017.

HEERDT, Mauri Luiz; LEONEL, Vilson. **Metodologia científica e da pesquisa: livro didático**. Palhoça: UnisulVirtual, 2007. Disponível em: <http://www.fatecead.com.br/mpc/aula01_ebook_unisulvirtual.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2019.

HEMERIJCK, A. A revolução silenciosa do paradigma de investimento social na União Europeia. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S., Org(s). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: CEBES; São Paulo: Hucitec; 2017, p. 25-59.

HEMERIJCK, A.; VYDRA, S. Navegando na análise da política de investimento social. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S., Org(s). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: CEBES; São Paulo: Hucitec; 2017, p. 61-79.

HENNINK, Monique; MCFARLAND, Deborah A. A delicate web: household changes in health behaviour enabled by microcredit in Burkina Faso. **Glob Public Health**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 144–58, 2013.

HOLTYN, August F.; JARVIS, Brantley P.; SILVERMAN, Kenneth. Behavior analysts in the war on poverty: A review of the use of financial incentives to promote education and employment. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, [s. l.], v. 107, n. 1, p. 9–20, 2017.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298965>>. Acesso em: 1 fev. 2019.

INEP. **Censo Escolar 2012**. Brasília: INEP, 2012. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

IPEA, FBSP. **Atlas da Violência 2018**. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=33410&Itemid=432>. Acesso em: 3 nov. 2018.

IPEA. **Os impactos do Novo Regime Fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Nota técnica 28. 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=28589>. Acesso em: 18 fev 2019.

JAIN, Anuj; RANKA, Rajul. The real face of “face of poverty”: an insight on noma. **Hospice & Palliative Medicine International Journal**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 1–0, 2017.

JANZEN, S. A.; JENSEN, N. D.; MUDE, A. G. Targeted social protection in a pastoralist economy: case study from Kenya. **Rev Sci Tech**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 587–596, 2016.

JUNG, Carl Gustav. Alma e morte. In: _____. **A dinâmica do inconsciente**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1991 (Obras Completas de C. G. Jung; 8).

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **Journal of epidemiology and community health**, set. 2002. v. 56, n. 9, p. 647–652. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/56/9/647>>. Acesso em: 27 out. 2017.

KLOPPER, Rembrandt; LUBBE, Sam; RUGBEER, Hemduth. The matrix method of literature review. *Alternation*, vol. 14, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://alternation.ukzn.ac.za/Files/docs/14.1/12%20Klopper%20.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

LEE, Helen et al. Creating new career pathways to reduce poverty, illiteracy and health risks, while transforming and empowering Cambodian women’s lives. **J Health Psychol**, [s. l.], v. 15, n. 7, p. 982–92, 2010.

LESOROGOL, Carolyn K. Asset building through community participation: restocking pastoralists following drought in northern Kenya. **Social Work in Public Health**, [s. l.], v. 24, n. 1–2, p. 178–86, 2009.

LORENZ, Edward N. **Predictability**: does the flap of a butterfly’s wings in Brazil set off a tornado in Texas? Washington, DC: American Association for the Advancement of Science, 1972. Disponível em: <<https://anyflip.com/pgwl/rmlo/basic>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

_____. Deterministic Nonperiodic Flow. **Journal of the Atmospheric Sciences**, v. 20, n. 2, p. 130–141, 1 mar. 1963. Disponível em: <<https://journals.ametsoc.org/doi/abs/10.1175/1520-0469%281963%29020%3C0130:DNF%3E2.0.CO;2>>. Acesso em: 3 fev. 2018.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; JAIME, Patrícia Constante; LIMA, Ana Maria Cavalcante de. O papel do setor saúde no Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro-Programa_Bolsa_Familia-uma_d%C3%A9cada_de_inclus%C3%A3o_e_cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.

MAGALHÃES, R. Enfrentando a pobreza, reconstruindo vínculos sociais: as lições da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida. **Cadernos de saúde pública**, 2002. v. 18 Suppl, p. 121–137. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2002.v18suppl0/S121-S137/pt/?abstract_lang=en>. Acesso em: 27 out. 2017.

MALEY, Alexander; DESAI, Megan; PARKER, Sareeta. Noma: A disease of poverty presenting at an urban hospital in the United States. **JAAD Case Reports**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 18–20, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 153, 2016.

MARMOT, M. et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. **Lancet** (London, England), v. 379, n. 9811, p. 181–188, 14 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61506-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61506-7/fulltext)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

_____. Global action on social determinants of health. **Bulletin of the World Health Organization**, 1 out. 2011. v. 89, n. 10, p. 702. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/89/10/11-094862/en/>>. Acesso em: 27 out. 2017.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: _____. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967, p. 57-114.

MASLOW, A. H. The Farther Reaches of Human Nature. **Journal of Transpersonal Psychology**, v. 1, p. 1–9, 1 jan. 1969. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/232533900_The_Farther_Reaches_of_Human_Nature>. Acesso em: 13 mar. 2018.

_____. A theory of human motivation. **Psychological Review**, v. 50, p. 370-396, 1943. Disponível em: <<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MCLOYD, Vonnice C. et al. Assessing the Effects of a Work-Based Antipoverty Program for Parents on Youth's Future Orientation and Employment Experiences. **Child Development**, [s. l.], v. 82, n. 1, p. 113–132, 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MIZUNO, R. **The Lorenz attractor**: for drawing the Lorenz attractor or coping with a similar situation. 2008. Disponível em: <<http://www.mizuno.org/c/la/>>. Acesso em: 14 mar. 2018

MORGAN, Marc. Falling inequality beneath extreme and persistent concentration: new evidence for Brazil combining national accounts, surveys and fiscal data, 2001-2015. **WID.world working paper series N° 2017/12**, aug. 2017. Disponível em:

<<https://wid.world/document/extreme-persistent-inequality-new-evidence-brazil-combining-national-accounts-surveys-fiscal-data-2001-2015-wid-world-working-paper-201712/>>. Acesso em: 31 jan. 2019

OCDE. **A broken social elevator?:** How to promote social mobility: overview and main findings. 2018. Disponível em: <<http://www.oecd.org/social/broken-elevator-how-to-promote-social-mobility-9789264301085-en.htm>>. Acesso em: 28 jan 2019.

_____. **Divided we stand:** why inequality keeps rising. 2011. Disponível em: <<https://www.oecd.org/els/soc/dividedwestandwhyinequalitykeepsrising.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

OLIVEIRA, Luís Felipe Batista de; SOARES, Sergei S. D. Bolsa Família e repetência: resultados a partir do CadÚnico, Projeto Frequência e censo escolar. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família:** uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro-Programa_Bolsa_Familia-uma_d%c3%a9cada_de_inclus%c3%a3o_e_cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa.** Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. **Declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. **Declaração do México.** Cidade do México: OMS, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde.** Rio de Janeiro: OMS, 2011a. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. **Diminuindo diferenças:** a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2011b. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 20 set 2016.

_____. **Resolução WHA62.14.** Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf>. Acesso em: 26 set 2016.

OXFAM. **Bem público ou riqueza privada?**. 2019. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/sites/default/files/arquivos/2019_Bem_Publico_ou_Riqueza_Privada_pt-BR.pdf>. Acesso em: 31 jan 2019.

_____. **A distância que nos une**: um retrato das desigualdades brasileiras. 2017. Disponível em: <<https://www.oxfam.org.br/a-distancia-que-nos-une>>. Acesso em: 31 jan 2019.

OZER, Emily J. et al. Effects of a conditional cash transfer program on children's behavior problems. **Pediatrics**, [s. l.], v. 123, n. 4, p. e630-7, 2009.

PAES-SOUSA, Romulo; VAITSMAN, Jeni. The Zero Hunger and Brazil without Extreme Poverty programs: a step forward in Brazilian social protection policy. **Ciencia & Saude Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 11, p. 4351–4360, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, Luís Henrique; FALCÃO, Tiago; BARTHOLO, Letícia. Do Bolsa Família ao Brasil Sem Miséria: um resumo do percurso brasileiro recente na busca da superação da pobreza extrema. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro-Programa_Bolsa_Familia-uma_d%C3%A9cada_de_inclus%C3%A3o_e_cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.

PESSINA, Adriano. Moral philosophy in bioethics. Etsi ethos non daretur? **Cuadernos De Bioetica**, [s. l.], v. 24, n. 81, p. 169–178, 2013.

PIKETTY, Thomas. **O capital no século XXI**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PNUD, IPEA, FJP. **Para além das médias**. Brasília: PNUD, 2017. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/data>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

RASELLA, Davide et al. Efeitos do programa Bolsa Família sobre a mortalidade em crianças: uma análise dos municípios brasileiros. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro-Programa_Bolsa_Familia-uma_d%C3%A9cada_de_inclus%C3%A3o_e_cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins fontes, 1997.

RIBEIRO, Carlos Dimas. Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. **Saude soc.** [online]. 2015, vol.24, n.4, pp.1109-1118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000401109&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan 2019.

ROSENBERG, Molly et al. The impact of a national poverty reduction program on the characteristics of sex partners among Kenyan adolescents. **AIDS and behavior**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 311–316, 2014.

ROUX, Ana V. Diez. Health in cities: is a systems approach needed? **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, p. 9–13, 2015.

SALINAS-RODRÍGUEZ, Aarón; MANRIQUE-ESPINOZA, Betty Soledad. Effect of the conditional cash transfer program Oportunidades on vaccination coverage in older Mexican people. **BMC international health and human rights**, [s. l.], v. 13, p. 30, 2013.

SÁNCHEZ, María Victoria Roqué; JUVIÑÁ, Josep Corcó. El Estatuto Epistemológico De La Bioética. **Cuadernos De Bioetica**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 463–474, 2013.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; PASQUIM, Elaine Martins; SANTOS, Sandra Maria Chaves Dos. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. **Cien Saude Colet**, [s. l.], v. 16, n. 3, p. 1821–34, 2011.

SEN, Amartya. **Inequality reexamined**. New York: Oxford University Press, 2006.

_____. **Development as freedom**. New York: Anchor Books, 2000.

SENGE, Peter M. **The fifth discipline**. New York: Currency Doubleday, 1994.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, p. 129–142, 2005.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2** (Policy and Practice). Genebra, World Health Organization, 2008. Disponível em: <<http://archived.naccho.org/topics/justice/resources/upload/WHOCommissionTowardsConceptualFrame.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SOMMERS, Benjamin D.; OELLERICH, Donald. The poverty-reducing effect of Medicaid. **J Health Econ**, [s. l.], v. 32, n. 5, p. 816–32, 2013.

SOUZA, Pedro Herculano Guimarães Ferreira de; OSÓRIO, Rafael Guerreiro. O perfil da pobreza no Brasil e suas mudanças entre 2003 e 2011. In: CAMPELLO, Tereza; NERI, Marcelo Côrtes. **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2082/4/Livro-Programa_Bolsa_Familia-uma_d%C3%A9cada_de_inclus%C3%A3o_e_cidadania.pdf>. Acesso em: 19 fev 2019.

SROUR, MI et al. Noma in Laos: stigma of severe poverty in rural Asia. **The American journal of tropical medicine and hygiene**, [s. l.], v. 78, p. 539–542, 2008.

SSEWAMALA, Fred M. et al. The impact of a comprehensive microfinance intervention on depression levels of AIDS-orphaned children in Uganda. **The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine**, [s. l.], v. 50, n. 4, p. 346–352, 2012.

_____. Effect of economic assets on sexual risk-taking intentions among orphaned adolescents in Uganda. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 483–488, 2010a.

_____. Gender and the effects of an economic empowerment program on attitudes toward sexual risk-taking among AIDS-orphaned adolescent youth in Uganda. **The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 372–378, 2010b.

STRINGHINI, Silvia et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **The Lancet**, [s. l.], v. 389, n. 10075, p. 1229–1237, 2017. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/abstract)>. Acesso em: 5 set 2017.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 141, 2016.

_____. Health inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: lower healthy life expectancy in socioeconomically disadvantaged areas. **American journal of public health** [s. l.], 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4261>>. Acesso em: 7 fev. 2019.

TORP, C. **Concepts of Social Justice in the Welfare State**. Great Britain and Germany since 1945. Itália: European University Institute, 2010. Disponível em: <<http://cadmus.eui.eu/handle/1814/14400>>. Acesso em: 22 fev. 2018.

UNESCO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília, 1998. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

UNICEF. **A familiar face: violence in the lives of children and adolescents**. 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/index_101397.html>. Acesso em: 8 jun. 2018.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Em Torno do Conceito de Política Social: notas introdutórias**. Rio de Janeiro: ENAP, 2002. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

WHITMONT, Edward C. **A busca do símbolo: conceitos básicos de psicologia analítica**. São

Paulo: Cultrix, 1995.

WORLD INEQUALITY LAB. **World Inequality Report**. 2018. Disponível em: <<https://wir2018.wid.world/>>. Acesso em: 28 jan 2019.

WYK, Victoria Pillay-Van; BRADSHAW, Debbie. Mortality and socioeconomic status: the vicious cycle between poverty and ill health. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 9, p. e851-e852, 2017. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30304-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30304-2/abstract)>. Acesso em: 5 set 2017.

YANG, Xiaowei et al. Assessing the Effects of the New Cooperative Medical Scheme on Alleviating the Health Payment-Induced Poverty in Shaanxi Province, China. **PLoS One**, [s. l.], v. 11, n. 7, p. e0157918–e0157918, 2016.

YUNUS, Muhammad. **Banker to the poor: the story of the Grameen Bank**. London: Aurum Press, 2012.

_____. **Building social business: the new kind of capitalism that serves humanity's most pressing needs**. New York: Public Affairs, 2010.

_____. **Creating a world without poverty: social business and the future of capitalism**. New York: Public Affairs, 2007.