

Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global

Health inequalities: a global perspective

Mauricio Lima Barreto ¹

Abstract *The objective of this article is to present health inequalities as a global problem which afflicts the populations of the poorest countries, but also those of the richest countries, and whose persistence represents one of the most serious and challenging health problems worldwide. Two components of global inequalities are highlighted: inequalities between groups within the same society, and inequalities between nations. The understanding that many of these inequalities are unjust, and therefore inequities, is largely derived from the inequalities that are identified between the various social groups of a given society. Inequalities between different societies and nations, while relevant and often of greater magnitude, are not always considered to be unjust. There have been several proposed solutions, which vary according to different theoretical interpretations and explanations. At the global level, the most plausible thesis has focused on improving global governance mechanisms. While that latter are attractive and have some arguments in their favor, they are insufficient because they do not incorporate an understanding of how the historical process of the constitution of the nations occurred and the importance of the position of each country in the global productive system.*

Key words *Health inequalities, Social determinants of health, Social inequity, Global health*

Resumo *O objetivo deste artigo é o de apresentar as desigualdades em saúde como problema global, que afligem as populações dos países mais pobres, mas também as dos mais ricos, e cuja persistência torna-se um dos mais sérios problemas no campo da saúde e desafiante para todos que buscam soluções. Diferenciam-se dois componentes das desigualdades globais: as entre grupos de uma mesma sociedade e as entre nações. O entendimento de que grande parte destas desigualdades são injustas, portanto iniquidades, vem predominantemente das existentes entre os diversos grupos sociais de uma dada sociedade. As desigualdades entre as diversas sociedades e nações, enquanto relevantes e muitas vezes de maior magnitude, nem sempre são consideradas injustas. As soluções propostas têm sido várias e variam de acordo com a fundamentação teórica e as explicações adotadas. Em nível global, a tese mais bem elaborada tem sido em torno da melhoria dos mecanismos globais de governança. Enquanto atrativo e com evidências favoráveis, são insuficientes por não incluírem o entendimento de como o processo histórico de constituição das nações ocorreu e como se dá o posicionamento de cada país nos circuitos produtivos globais.*

Palavras-chave *Desigualdades em saúde, Determinantes sociais da saúde, Iniquidade social, Saúde global*

¹ Centro de Pesquisas
Gonçalo Moniz, Fundação
Oswaldo Cruz. R. Waldemar
Falcão 121, Candeal. 40296-
710 Salvador BA Brasil.
mauricio@ufba.br

Introdução

A sociedade humana, composta pelos mais de sete bilhões de indivíduos que habitam o planeta, apresenta claras clivagens em uma série de importantes aspectos. Espacialmente, está distribuída em continentes e nações com diferentes características demográficas e geográficas. Observam-se diferenças nos níveis de desenvolvimento e de riqueza, além de outras, fenotípicas e culturais, que formarão um conjunto diversificado de etnias. Muitas destas clivagens são frutos de processos adaptativos, geográficos e climáticos, algumas de fenômenos eventuais e outras de processos históricos, sociais, econômicos e culturais complexos. Algumas delas, que poderiam ser apenas diferenças (p.ex homens e mulheres), transformam-se em desigualdades e, com muita frequência, em iniquidades, na medida em que por relações essencialmente de poder, o acesso e a posse aos bens, serviços e riqueza, fruto do trabalho coletivo e acumulado através de gerações, são desigualmente distribuídos^{1,2}.

Estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de saúde dos diferentes grupos, seja nos níveis de riscos à saúde, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis no sistema de saúde. Não por acaso, grande parte das desigualdades observadas no campo da saúde está diretamente relacionada com as observadas em outros planos da vida social³⁻⁵. As desigualdades na saúde geram desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença e por fim as diferentes chances de adoecimento e morte. Da mesma forma que as desigualdades sociais, as da em saúde têm persistido em todos os países independentemente do grau de desenvolvimento alcançado^{3,4}.

No atual contexto internacional, com os estados nacionais envolvidos no processo de globalização econômica, as discussões sobre as desigualdades distinguem aquelas dentro de uma mesma nação daquelas entre as nações. As desigualdades entre os países estão relacionadas com as diferenças no desenvolvimento econômico e social alcançados, geradas pela posição que essas nações vêm ocupando em diferentes fases da história no sistema produtivo global. Reflexos da história e do ambiente econômico e político internacional na partilha, de cada país, nos recursos globais e nas possibilidades de desenvolvimento⁶.

As desigualdades dentro de um país são referentes à distribuição das riquezas acumuladas

por uma sociedade e, em particular, de como ela se organiza e das relações sociais e de poder estabelecidas entre seus diversos estratos. Define-se pela história e os modelos políticos adotados e como o Estado tem redistribuído as riquezas nacionais por meio de sistemas fiscais e de transferência que permitiram gerar distanciamentos distributivos maiores ou menores entre os grupos sociais existentes. Elementos culturais também são importantes para amplificar e consolidar algumas das desigualdades existentes⁷.

Mais recentemente, foi adicionado o conceito de desigualdade global (*global inequality*), o qual envolve os efeitos conjuntos destes dois tipos de desigualdades⁸. A desigualdade global é resultante das existentes entre e dentro dos países e, portanto, é definida pela interação dos determinantes de cada uma delas. A disponibilidade de dados internacionais tem permitido realizações de estudos empíricos sobre a questão da desigualdade global. Por exemplo, o Índice de Gini, uma das medidas mais frequentemente usadas para medir a desigualdade social em um país, quando calculado globalmente alcança níveis ainda mais altos do que aqueles de nações com os mais altos níveis. Em período recente, os índices de Gini de países com mais altos níveis de desigualdades têm ficado em torno de 0.60 (1 = máxima desigualdade e 0 = igualdade total), enquanto o global aproxima-se de 0.70. O índice de Gini global captura os extremos dos estratos mais pobres dos países mais pobres e dos estratos mais ricos dos países ricos, o que se traduz em nível de desigualdade maior, do que quando medido em cada país separadamente.

O objetivo deste artigo é de apresentar as desigualdades em saúde como um problema global que aflige as populações dos países pobres, mas também aquela dos países ricos, locais em que sua persistência demonstra as raízes históricas e estruturais deste problema. Apesar de relacionado diferencia-se da discussão sobre a pobreza e a saúde. Certamente um dos mais relevantes problemas no campo da saúde das populações e desafiante por todos que buscam elaborar soluções.

Determinantes das Condições de Saúde

A saúde para muitos é entendida como uma questão restrita a fatores biológicos, para outros um fenômeno complexo e com múltiplas determinações, que tem suas bases na forma em que vivemos e nos organizamos. Estas duas vertentes explicativas têm, por muito tempo, construído argumentos e competido em fornecer explicações plausíveis sobre as condições de saúde

das populações humanas⁹⁻¹¹. A relevância deste debate é que definirá a forma como as sociedades se organizam para solucionar seus problemas de saúde.

O primeiro argumento, fundado no desenvolvimento das ciências biomédicas e em suas explicações dos mecanismos de doenças e das alternativas para a sua correção, trabalha na busca do conhecimento detalhado da biologia humana, na expectativa de que desta exploração saiam as explicações necessárias para o entendimento dos distúrbios da saúde humana e suas correções. Ela fundamenta as tecnologias de prevenção, diagnóstico, cura e reabilitação disponíveis ou em desenvolvimento, base do que hoje entendemos ser um “moderno” sistema de saúde. Este sistema tem seu desenvolvimento acelerado pelos avanços da biomedicina e das tecnologias resultantes, principalmente a partir da 2ª metade do século XX.

Com relação à segunda explicação, cujo argumento precede o desenvolvimento da biomedicina, existem acumuladas evidências de que alterações no contexto econômico, social, político, ambiental, cultural ou comportamental afetam as condições de saúde dos indivíduos e das populações¹¹⁻¹³. As concepções da determinação social da saúde e das doenças, amadureceram durante o século XIX, expresso em trabalhos de importantes pensadores, localizados principalmente na Europa. Estes pioneiros estabeleceram a ideia de que as condições de saúde das populações estão diretamente relacionadas ao contexto em que estas vivem e à posição dos indivíduos na pirâmide social. Destacam-se os estudos de Louis René Villermé¹⁴ na França, Edwin Chadwick¹⁵ na Inglaterra ou de Rudolf Virchow¹⁶ na Alemanha, os quais, em seu conjunto, trazem contribuições seminais para o tema da determinação social.

Como vivemos em uma época em que as duas explicações coexistem e em que as ciências biomédicas e os serviços de saúde crescem e se fortalecem, é evidente que estas explicações encontram-se em competição. Os serviços de saúde, tal como hoje organizados, têm importante papel na cura e reabilitação de muitos dos processos patológicos que sofrem os indivíduos. Adicione-se ações de prevenção mediante, por exemplo, o uso das vacinas e métodos de *screening* (rastreamento) para diagnóstico precoce e redução de danos de processos patológicos já instalados. Porém, dispõem de poucos recursos para atuar sobre os determinantes sociais e ambientais que estão na gênese de muitos dos problemas de saúde que afligem indivíduos e populações. Com limitadas exceções (em especial as doenças preveníveis por

vacinação) têm pouca ação sobre a incidência dos eventos de saúde.

Esta disputa tem alimentado longo debate sobre a importância de cada uma destas explicações nas condições de saúde das populações humanas. A mais elaborada formulação desta disputa foi feita por Thomas McKeown que, de 1950 a 1980, escreveu uma importante e sólida obra científica que centralmente arguia que as tecnologias médicas e o sistema de saúde tinham papel secundário nas importantes e positivas mudanças condições de saúde da população inglesa no decorrer do final do século XIX até a segunda metade do século XX^{17,18}. Transformações que seriam explicadas pela melhoria dos padrões gerais de vida, na visão de McKeown, especialmente a dieta e o estado nutricional, resultantes de melhores condições econômicas. Nesse período, ocorreram grandes transformações em várias esferas da vida dessas sociedades, em especial nos campos econômico, social, cultural e ambiental, as quais constituem os principais fatores explicativos das expressivas melhoras nas condições de saúde das populações. Como a Inglaterra, as condições de saúde em muitos dos países hoje desenvolvidos tiveram também seu maior ponto de inflexão, para melhor, no mesmo período. Durante grande parte deste período não se dispunha da maioria dos recursos preventivos, diagnósticos ou terapêuticos para as doenças e os problemas de saúde hoje existentes, já que tais tecnologias somente irão ser concebidas a partir na década de 1930 e sua produção para uso em massa nos sistemas de saúde, terão seu uso iniciado na década de 1940¹⁹. Esta cronologia é central na tese de McKeown de que as imensas mudanças nas condições de saúde que se observam nas décadas finais do século XIX e primeiras décadas do século XX dependeram minimamente das tecnologias biomédicas.

Embora alguns dos argumentos apresentados por McKeown não tenham sido plenamente confirmados, em especial a sua ênfase no papel da dieta e nutrição, sua tese do papel secundário das ações do sistema obteve ampla repercussão^{10,20}. Nas últimas décadas as tecnologias de saúde tiveram intenso desenvolvimento, algumas delas com alta efetividade, porém os argumentos sobre a importância das tecnologias e do sistema de saúde como transformador das condições de saúde das populações não têm sido empiricamente demonstrados. Após a introdução massiva das tecnologias biomédicas e a ampliação dos sistemas de saúde este tipo de investigação tornou-se sujeito a confusões interpretativas. No momento em que os dois efeitos (determinantes sociais e tecnologias biomédicas) passaram a estar atu-

antes existem claras dificuldades metodológicas em separar o efeito de cada um deles. Porém, em reforço à tese de determinação social, neste mesmo conjunto de países (desenvolvidos), apesar dos avanços observados nos sistemas e níveis de saúde, diferenças importantes persistem nas condições de saúde quando suas populações são estratificadas por áreas geográficas, grupos sociais ou étnicos⁵. Além disso, períodos de crise são frequentemente acompanhados de agravamento das condições de saúde das populações destes países. Por exemplo, eventos como a desintegração da União Soviética ou a crise financeira de 2008, que levaram muitos países europeus à recessão econômica e a implementar políticas de austeridade, foram seguidos pelo agravamento das condições de saúde de suas respectivas populações²¹.

O estudo das tendências históricas das condições de saúde das populações continua sendo uma importante fonte de evidências para a determinação social da saúde e das doenças e os diferenciais de saúde entre os países. Nesta linha, destaca-se programa de investigação, originado nas ciências econômicas e demográficas, a qual tem evidenciado fortes relações entre o desenvolvimento econômico dos países e a saúde²². Apesar de inicialmente centrados em fatores econômicos, esta linha de investigação foi sendo modificada para incluir no processo de entendimento e de desenvolvimento os efeitos dos diferentes fatores e políticas sociais (educação, saúde pública etc.)

Determinantes sociais, as desigualdades e a equidade

Como vimos, desde pelo menos o século XIX, acentuam-se evidências de que as condições de saúde de uma população estão relacionadas com características do contexto social e ambiental em que esta vive. A pobreza, precárias condições de moradia, o ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres são fatores que afetam negativamente as condições de saúde de uma população. No final do século XIX, com o surgimento das ciências biomédicas, estas passam a preponderar na explicação dos problemas de saúde e das doenças, ficando os determinantes sociais e ambientais em plano secundário. Entretanto, as teorias biomédicas nunca conseguiram explicar adequadamente muitos dos fenômenos existentes no interior de uma população (por exemplo, os mais ricos têm melhores condições de saúde que os mais pobres) ou entre populações de diferentes países (por exemplo, os países mais ricos têm melhores condições de saúde que os mais pobres).

Com poucas exceções, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação. Não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos. Da mesma forma, em que um dado país, seja rico ou pobre, as regiões menos prósperas, as populações dos estratos mais pobres ou pertencentes a grupos étnicos marginalizados, de forma consistente, sempre apresentam piores condições de saúde. Outro conjunto de evidências vem da observação de que políticas que melhorem as condições econômicas ou fortaleçam a proteção social, quando implementadas em qualquer desses países, têm impactos positivos nas condições de saúde.

Um marco recente e muito importante para evidenciar a persistência das desigualdades em saúde nos países desenvolvidos foi o denominado “Black Report”, no Reino Unido²³. Em 1977, comissão nomeada pelo Ministro da Saúde de um governo trabalhista e liderada por Douglas Black, então presidente do Colégio Real de Médicos, foi encarregada de analisar a existência de desigualdades em saúde, já que o sistema nacional de saúde (NHS) daquele país, que havia sido criado na década de 1940 estava fundado nos princípios de equidade e de acessibilidade universal. Uma das observações relevantes desta comissão foi de que no período desde a criação do NHS haviam ocorrido melhorias importantes nas condições de saúde da população britânica, independente de classe social (em verdade classe ocupacional). Porém o encontro mais inesperado foi que os diferenciais dos níveis de saúde entre as classes sociais haviam persistido e para alguns problemas tinham se ampliado. Além disto, persistiam desigualdades no tocante à disponibilidade e uso dos serviços de saúde. Estes resultados foram apresentados em 1979, quando o governo britânico era então comandado pelo partido conservador, que não somente resistiu a sua publicação como, quando o fez, explicitou no prólogo do relatório seu não comprometimento com os resultados e as recomendações. Apesar disto, este documento teve um imenso impacto sobre as discussões posteriores relativas às desigualdades em saúde nos países desenvolvidos. Na pesquisa acadêmica reaquece o interesse na investigação sobre as desigualdades em saúde e no campo da política estimula as ações de governos em torno desta dimensão das desigualdades. O relatório explicitou importantes questões de ordem moral vivenciado

por estas sociedades. Desnuda um aspecto cruel do capitalismo, mesmo no estágio avançado alcançado nestes países, momento em que seria esperado que estas sociedades fossem razoavelmente justas para com os seus cidadãos.

Neste ponto é importante estabelecer as diferenças entre desigualdades e iniquidades em saúde^{24,25}. Desigualdades referem-se aquelas diferenças percebíveis e mensuráveis existentes quer nas condições de saúde, quer sejam relacionadas às diferenças no acesso aos serviços de prevenção, cura ou reabilitação da saúde (desigualdades no cuidado à saúde). Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades consideradas injustas ou decorrentes de alguma forma de injustiça. Reflete o como são traduzidas as desigualdades existentes e as diferenças em justas ou injustas, sendo que esta tradução varia entre as sociedades humanas. Em muitas sociedades, imensos diferenciais nos níveis de saúde entre indivíduos no topo ou na base da pirâmide social não são percebidos como injustiça. Isto pode acontecer em países desenvolvidos, pobres ou em desenvolvimento. Por outro lado, em outras sociedades, diferenças relativamente pequenas nos níveis de saúde são traduzidas em forte percepção pública de iniquidades. Isto acontece, por exemplo, em alguns países escandinavos. Esta questão é importante porque enquanto as desigualdades são objetos de discussões no campo científico e diversos métodos têm sido desenvolvidos para medi-las, facilitando estudos comparativos em saúde dentro e entre as sociedades, as iniquidades, por traduzirem a forma como grupos sociais as percebem e interpretam, são mais difíceis de serem objetivamente investigadas, embora seja de extrema importância entendê-las. No momento em que desigualdades transformam-se em iniquidades é que emergem as condições para formulações e ações políticas concretas direcionadas a minimizar as desigualdades existentes.

Em décadas recentes, o crescimento da perspectiva neoliberal e o individualismo têm fortalecido a visão de que os acontecimentos em nível da sociedade são de responsabilidade dos indivíduos que o sofrem, retirando o seu caráter de fenômeno social e coletivo. Esta visão de mundo tem sido o fundamento para que influentes forças políticas entendam as desigualdades como fruto de problemas individuais e os reneguem como expressão das injustiças e, portanto, sem necessidade de políticas e ações governamentais para minimizá-los.

Entretanto, o tema das desigualdades sociais em saúde tem crescido no debate intelectual e aca-

dêmico em décadas recentes, em todo o mundo. A disponibilidade de dados provenientes de uma diversidade de fontes tem desvendado e trazido novas evidências sobre a extensão das desigualdades em saúde e, mais do que isto, evidenciando que, em muitos contextos, está em crescimento. Alguns poucos países (em especial europeus) têm utilizado tais evidências para introduzir em suas políticas de saúde ações centradas nos determinantes sociais e na redução parcial das desigualdades, porém a grande maioria não tem colocado este tema entre suas prioridades políticas.

Em nível internacional, no momento da criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) esse tema ganha importância. Esta comissão, de alto nível, foi criada pelo diretor-geral da OMS, em 2005, com a missão de organizar as evidências sobre as ações necessárias para promover a equidade em saúde, em nível global. Em seu relatório final, publicado em 2008, com o título provocativo de *Fechando o 'Gap' em uma Geração*²⁶, após análise minuciosa das evidências da importância das desigualdades sociais em saúde na determinação de muitos dos problemas de saúde, a comissão conclamou a OMS e os governos de todos os países do planeta para que envidassem esforços no sentido da redução de todas as formas de desigualdades em saúde²⁶. A comissão sintetizou suas recomendações em três pontos centrais: 1) Melhorar as condições de vida do dia a dia; 2) Combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; 3) Medir a magnitude do problema e avaliar o impacto das ações. O relatório da Comissão foi seguido, em 2011, pela 1ª Conferência Mundial de Determinantes Sociais da Saúde, convocada pela OMS e realizado na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, contando com a participação de delegados de 125 diferentes países. O principal produto da conferência foi a *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*, em que os delegados afirmam sua “determinação em promover a equidade social e em saúde através de ações sobre os determinantes sociais da saúde e do bem-estar implementadas por meio de uma ampla abordagem intersetorial”²⁷.

As teorias que buscam explicar as desigualdades em saúde

Os estudos da desigualdade em saúde ao partirem de diferentes fundamentos teóricos para suas investigações empíricas oferecem diferentes interpretações e soluções para o problema.

Enquanto tenham prioritariamente focado em explicar as desigualdades entre grupos sociais de uma mesma nação, fundamentos teóricos similares podem servir de base para interpretação daquelas entre as nações e as globais. Brevemente, podemos dizer que estas teorias se organizam em explicações tanto de base individual como estruturais^{5,28}.

As explicações de base individual têm tido grande quantidade de adeptos entre os autores anglo-saxônicos, no entanto se agregam em diferentes tendências e se destacam aquelas que focam nas dimensões materiais da vida, em especial a forma que a riqueza da sociedade está distribuída entre seus membros; aqueles que focam as dimensões culturais-comportamentais (estilos de vida); e outros que enfatizam as psicossociais, ou seja, como os indivíduos interpretam a sua posição na hierarquia social e os vínculos desta percepção e fenômenos biológicos subsequentes (p.ex. os mecanismos de stress) com seus potenciais efeitos patogênicos. A teoria psicossocial tem sua origem nos trabalhos seminais do John Cassel, na década de 1960 e 1970^{29,30}. Porém, uma linha de trabalho posterior, iniciado por Richard Wilkinson, constituiu uma nova e interessante evolução da teoria original^{31,32}. Wilkinson elaborou a ideia de que as desigualdades não somente determinam diferenças no mundo material e desta forma explicando patologias ligadas a carência diversas (p.ex. fome, habitação ou saneamento precário, renda insuficiente para cobrir os custos necessário da reprodução), porém as desigualdades em si geram complexos fenômenos psicossociais que se expressão em fenômenos patogênicos, ou seja, as desigualdades sociais teriam propriedades patogênicas. Mais tarde, este conceito foi expandido para explicar (pelo menos parcialmente) desigualdades existentes entre outras formas de estratificação e discriminação, como, por exemplo, entre gêneros e etnias³³.

As explicações estruturais focam na ideia de que os determinantes sociais geradores das desigualdades na saúde são moldados pelos que estão na superestrutura da sociedade: a política, a organização produtiva, etc. As definições políticas para a organização do Estado levarão as opções também políticas que irão favorecer ou reduzir as desigualdades. Reforçando esta teoria, e em contrário àqueles que ainda acreditavam em possibilidades distributivas e na consequente redução das desigualdades no marco do capitalismo, evidências empíricas recentes a partir dos estudos de Piketty³⁴ mostram que a acumulação capitalista tende a ser diferencial. Sendo maior

e favorecendo aqueles que já acumulam, provocando a ampliação das desigualdades sociais. Esta tendência pode ser contida ou amenizada por políticas distributivas, quando estas são eventualmente adotadas.

Novos cenários das desigualdades sociais em saúde

Em um mundo em intensas transformações, alguns processos sociais se amplificam com a globalização, crescendo em importância por suas implicações nas desigualdades em saúde. Pela sua atualidade, relevância e implicações, das desigualdades em saúde dois aspectos serão aqui destacados: a urbanização e as migrações.

Urbanização e a importância das cidades

Em 2014, 54% da população mundial residiam em áreas urbanas. Em 1950, esse percentual era de apenas 30%, estimando-se que em 2050 excederá os 70%. As mais altas taxas de urbanização observam-se na América do Norte, (82% da população) e as menores na África (40% da população). Enquanto a América Latina e o Caribe apresentam 80% da sua população concentrada em áreas urbanas³⁵.

A urbanização intensa deveu-se à maciça transferência da população rural para áreas urbanas. O conceito de urbano pode abranger desde aglomerações com alguns poucos milhares de habitantes até megacidades, com vários milhões de pessoas. Em áreas relativamente restritas, estes centros aglomeram uma grande quantidade de pessoas. Essas aglomerações criam uma série de problemas e desafios com repercussões na esfera da saúde e que tendem a ser desigual e injustamente distribuídos no espaço e entre os grupos sociais.

Os padrões de desigualdades existentes nas sociedades transparecem nestes espaços restritos. Tornando possível visualizar de maneira muito clara as mazelas geradas pelas desigualdades sociais e seus efeitos deletérios na saúde humana. Se já no século XIX, Villermé mostrou em Paris como as diferenças sociais e ambientais entre os bairros (*arrondissements*) refletiam-se em taxas de mortalidade¹⁴ desiguais, esta situação, ainda que em menor escala e com menos visibilidade, persiste nos dias atuais³⁶. Em muitos dos países pobres e em desenvolvimento com altos níveis de desigualdades sociais, a urbanização transforma-se em sinônimo de exclusão, em todas as suas formas.

Migrações e os limites dos movimentos humanos

Por razões diversas e desde épocas remotas, observa-se contingentes de uma população ou mesmo toda ela, eventualmente, se deslocarem para novos locais. Em 2013, estimava-se que 232 milhões de pessoas – 3,2% da população mundial – viviam fora de seu país de nascimento e que outros 700 milhões são migrantes internos³⁵. Os padrões e os motivos desses movimentos migratórios têm se modificado muito no decorrer do tempo. Porém, é evidente que a maioria dos migrantes que atravessa fronteiras nacionais o faz em busca de melhores oportunidades econômicas e sociais. Em décadas recentes, as disparidades exacerbadas entre nações, a expansão da economia global, as transformações geopolíticas, as guerras, os desastres ecológicos e muitas outras ocorrências têm tido profundo impacto sobre a decisão das pessoas de mover-se para outra nação, e provavelmente continuarão a ter. O fenômeno recente da massiva migração da população de alguns países árabes para a Europa é um exemplo das possibilidades explosivas e descontroladas que a questão migratória pode assumir (<https://www.socialeurope.eu/focus/europes-refugee-crisis/>).

A questão migratória traz um ponto importante no debate das desigualdades. Estimativas mostram que as desigualdades sociais entre os países explicam uma parte maior das existentes em nível global do que as dentro dos países. Enquanto as desigualdades dentro das nações estão muito mais relacionadas às questões das classes e a outros processos de estratificação social, a existente entre as nações traz à tona a questão do local de nascimento, ou o que tem sido denominado de “prêmio da cidadania” (*citizenship premium*) relacionado à história e ao processo global de desenvolvimento das nações^{6,7}. Se voltarmos à questão da expectativa de vida apresentada acima, veremos que uma criança nascida em Serra Leoa, em 1990, tinha, somente pela sua condição do nascimento, a expectativa média de viver 38 anos menos que aquelas nascidas no Japão no mesmo ano (46 anos versus 84 anos). Portanto, a clivagem de nascimento torna-se um aspecto importante e o movimento migratório define-se por esta tentativa de mudar aquilo que de certa forma foi estabelecido pelo local e momento de nascimento. Porém, em um mundo globalizado, em que circulam o capital, as mercadorias e os seres humanos, há sérias limitações de movimentação, principalmente, quando se refere aos deslocamentos entre nações.

As condições globais de saúde – ampliam-se as desigualdades

Em nível global, indicadores das condições de saúde da população mostram, em geral, tendências positivas. Porém, as observações mais detalhadas das evidências existentes mostram que esse quadro é bem mais dinâmico. Há a persistência de problemas de saúde ou doenças que deveriam estar erradicadas ou controladas, ou emergência de problemas de saúde ou doenças não esperadas. Persistem e, em muitos casos, aumentam as desigualdades nos níveis de saúde entre nações, ou entre regiões, grupos sociais ou étnicos de uma mesma nação.

Um breve sumário das desigualdades entre as nações

Estima-se que cerca de 800 milhões de pessoas em todo o mundo esteja cronicamente com fome, uma em cada seis crianças nos países em desenvolvimento está abaixo do peso e mais de um terço das mortes entre crianças menores de 5 anos são atribuíveis à desnutrição³⁷. O acesso insuficiente a alimentos seguros e nutritivos existe a despeito do fato de que a produção global de alimentos seja suficiente para cobrir 120% das necessidades dietéticas globais.

A expectativa de vida ao nascer é um marcador importante das condições de saúde e na chance da sobrevivência de uma população. Na média global, a expectativa de vida ao nascer de um indivíduo em 1990 era de 64 anos; em 2013, esse número foi acrescido de sete anos, passando para 71 anos. Como médias, entretanto, esses valores escondem uma série de desigualdades. Por exemplo, em 2013, a expectativa de vida ao nascer médio dos países variava de um mínimo de 46 anos (38 em 1990), em Serra Leoa, para 84 anos (79 em 1990), no Japão. Até 2013, a expectativa de vida aumentou em ambos os países, e embora a diferença tenha se reduzido ligeiramente (de 41 para 38 anos), ainda se mantêm em níveis inaceitáveis³⁸.

As crianças formam um grupo especialmente sensível às adversidades sociais e ambientais. Apesar de avanços que ocorreram nas últimas décadas, estima-se que 6,3 milhões de crianças menores de cinco anos de idade morreram em 2013, a maior parte por causas evitáveis nos países pobres ou em desenvolvimento. As crianças da África subsaariana têm 15 vezes mais chance de morrer antes de completar cinco anos do que as das regiões desenvolvidas do planeta. Em

2015 a mais alta taxa de mortalidade foi observada no Afeganistão (115 óbitos por 1.000 nascidos-vivos) e a menor em Mônaco (1.8 óbitos por 1.000 nascidos-vivos)³⁹. De 1990, quando se estabeleceram as Metas de Desenvolvimento do Milênio, até 2015, a taxa global de mortalidade infantil caiu de 62 para 32 óbitos por 1.000 nascidos-vivos. Apesar dessa redução substancial, em torno de 50%, não foi atingida a meta estabelecida, qual seja de reduzir para 2/3 o nível observado em 1990.

Em dias atuais, as doenças infecciosas continuam a ser a principal causa de morte de crianças e uma das principais em adultos. Globalmente, três, entre as 10 principais causas de óbitos, são por doenças infecciosas. Estas também respondem por 16% das mortes, ocorridas a cada ano. A maioria dessas mortes acontece em países pobres e em desenvolvimento e é atribuível a doenças evitáveis ou tratáveis, tais como diarreia, infecções respiratórias, HIV/Aids, tuberculose e malária. Embora tenha havido avanços significativos em intervenções para prevenir e tratar a maioria dessas doenças, tais intervenções nem sempre estão disponíveis para as populações que delas necessitam. Tomando-se o exemplo da tuberculose, uma doença profundamente vinculada às condições em que vivem as populações afligidas e cuja ocorrência modifica-se rapidamente quando as mesmas mudam. Em 2013, estimou-se que 9 milhões de pessoas ficaram doentes com tuberculose no mundo, sendo que a maior parte desses casos (56%) ocorreu no sudeste da Ásia e no do Pacífico Ocidental. No entanto, a África teve as maiores taxas de incidência, com 280 casos por 100.000 habitantes. Dos casos, em torno de 0,5 milhão foi causado por bacilos da tuberculose resistentes a múltiplos medicamentos (MDR-TB), os quais, além de provocar doenças mais severas, aumentam em muitas vezes os custos do tratamento, tornando-os proibitivos para grande parte dos doentes, que vivem em situação de pobreza. No mesmo ano, o número estimado total de óbitos por tuberculose foi de 1,5 milhão. Dessas mortes, mais de 95% ocorrem nos países em desenvolvimento, apesar de a taxa de mortalidade ter caído 45% entre 1990 e 2013⁴⁰.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em conjunto, são responsáveis por uma importante parte da carga de enfermidades existentes no mundo, estando associadas a quase dois terços dos óbitos em nível global (36 dos 57 milhões de óbitos, em 2008). Os principais agravos à saúde nesse grupo são: doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas

(como a DPOC e asma) e diabetes. Outras, como as doenças mentais e neurológicas, incluindo as diversas formas de demência, apesar de contribuir para a alta carga da morbidade (menor na mortalidade), não têm sido priorizadas nos planos globais. DCNTs estão aumentando rapidamente nos países em desenvolvimento, onde impõem grandes custos humanos, sociais e econômicos, muito dos quais poderiam ser evitadas com intervenções conhecidas e que se demonstram custo-eficazes e viáveis. Apesar de, em um primeiro momento, terem sido associadas com a riqueza, as evidências mostram que cerca de 80% das mortes por DCNTs ocorrem em países em desenvolvimento. Mesmo nas nações subsaarianas, nas quais as doenças transmissíveis, as causas maternas e perinatais e as deficiências nutricionais, em conjunto, ainda são mais importantes, estas apresentam tendência de redução, ao passo que as DCNTs crescem rapidamente. Esse quadro permite, por exemplo, projetar que por volta de 2030 as DCNTs serão a causa mais frequente de óbitos no continente africano⁴¹.

Estima-se que mais de cinco milhões, ou 9%, dos óbitos que ocorrem globalmente estão relacionados às diversas formas de violências. Aproximadamente um quarto desses óbitos resulta de suicídio e homicídio, e os acidentes de trânsito são responsáveis também por outro quarto deles. Os diversos tipos de violência variam nas diferentes regiões do mundo, porém, em geral, suas taxas são sempre mais altas nos países pobres e em desenvolvimento⁴².

As desigualdades em saúde crescem: soluções possíveis

A construção de um mundo mais equânime tem sido aspiração de diferentes movimentos políticos, os quais entendem que a redução das desigualdades nas diversas esferas da vida humana é essencial e garantia para a existência e sustentabilidade da sociedade humana. As desigualdades em saúde desnudam uma das facetas das desigualdades prevalentes entre os seres humanos, os efeitos cruéis e danosos sobre a própria existência, refletido nas imensas diferenças na expectativa de vida ou na carga de doenças e sofrimentos.

As evidências sobre a importância dos determinantes sociais na explicação das desigualdades observadas na saúde são sólidas. E embora haja claros posicionamentos acadêmicos e políticos que favorecem a implementação de ações sobre os determinantes das desigualdades em saúde, políticas para as amenizar têm sido escassamente

implementadas como parte das políticas públicas dos governos nacionais e, menos ainda, para atenuar as desigualdades existentes entre as nações. As dificuldades e as barreiras para esta falta de motivação política são várias, porém formam alguns dos aspectos que têm sido recorrentes na literatura sobre desigualdades em saúde.

Um primeiro aspecto a considerar é a consolidação de um sistema de saúde fundado no conhecimento biomédico e nas tecnologias deles resultantes, associados a fortes setores industriais e de serviços. Estas forças tendem a gerar e consolidar sistemas de saúde pouco afeito conceitual e estruturalmente a se adequar ou favorecerem ações direcionadas aos determinantes sociais da saúde.

As diferenças conceituais, morais e políticas existentes com relação às desigualdades entre os grupos sociais de uma mesma nação entre as nações não podem deixar de serem consideradas. A primeira é mais frequentemente entendida com iniquidade do que a segunda. Isto fica explícito, por exemplo, na obra do influente filósofo moral John Rawls. Enquanto em sua *Teoria de Justiça*⁴² ele estabelece os princípios de justiça que devem ser estabelecidos entre indivíduos e grupos de uma mesma sociedade, ele não considera isto relevante quando a questão refere-se às desigualdades entre as nações⁴³. No tocante às desigualdades sociais em saúde, algo similar também ocorre. A investigação e a literatura relativa à desigualdade em saúde focam-se predominantemente nas existentes entre grupos sociais de uma mesma nação. As comparações entre as nações (ou outros tipos de organização territorial) têm sido relevantes em linhas de pesquisa, como a desenvolvida por Wilkinson e que demonstram a centralidade dos níveis de desigualdades social dos países nas condições de saúde de suas populações^{31,32}. Porém, alguns estudiosos da questão desigualdades em saúde continuam a argüir que estas formam um tema restrito a grupos de indivíduos em uma mesma sociedade⁵. O programa de pesquisa estabelecido por Wilkinson e outros é classificado por estes como sendo em “ecologia social” e não em desigualdades em saúde.

Outro aspecto é que as intervenções sobre os determinantes sociais em saúde exigem ações coordenadas sobre vários aspectos da vida das sociedades, o que em termos governamentais implica em ações multissetoriais, as quais, mesmo quando desejadas, são sempre difíceis de coordenar e implementar no ponto de vista político e técnico. Entretanto, esforços para superar esta questão têm sido apresentados. A experiência

mais avançada para superar este dilema tem surgido em alguns países europeus, nos quais o desenvolvimento mais recentes da ação política no campo das desigualdades em saúde tem sido a criação e a implementação do conceito de “saúde em todas as políticas”⁴⁴. Esta estratégia visa incluir considerações sobre a saúde na formulação de políticas em diferentes setores, tais como trabalho, agricultura e uso da terra, habitação, segurança pública, educação, transporte, proteção social, etc.

No rastro das repercussões do “Black Report”²³ e de outros estudos importantes que se seguiram, alguns países desenvolvidos, principalmente europeus, promoveram experiências de ações governamentais coordenadas no campo das desigualdades em saúde²⁵. Todos esses países têm sistemas de informações e analistas capazes de interpretar os níveis de desigualdades de saúde existentes, porém apenas alguns, em geral entre aqueles com os menores, foram os que implementaram políticas focadas nessa questão. Esta observação chama atenção para a importante discussão entre desigualdades e iniquidades. A existência das desigualdades e sua magnitude não imediatamente explicitam imperativos morais nem geram ações políticas em uma sociedade. Em algumas sociedades, relativamente pequenos níveis de desigualdades em saúde têm gerado fortes ações políticas para reduzi-las (p.ex. países escandinavos), enquanto outras com amplos níveis de desigualdade em saúde, não tem havido motivações para amenizá-las (p.ex. vários países da América Latina).

Nos países pobres e em desenvolvimento, onde as desigualdades em saúde são de maior magnitude, existem escassos exemplos de que esta questão tenha entrado entre as prioridades das políticas públicas. O Brasil, por exemplo, um país com imensas desigualdades sociais e em saúde⁴⁵, seguindo a criação comissão de determinantes sociais em saúde da OMS, montou sua comissão nacional, a qual após dois anos de trabalho produziu um relatório, o qual, entretanto, em grande parte não foi assimilado nas ações governamentais⁴⁶. Entretanto, em muitos dos países em desenvolvimento a implementação, nas últimas duas décadas, de políticas redistributivas como transferência de renda e microcréditos⁴⁷, políticas não direcionadas à saúde, têm trazido efeitos positivos no que concerne às desigualdades em saúde⁴⁸.

No tocante às desigualdades entre os países, as propostas e as ações têm sido ainda mais tímidas. Por exemplo, o relatório final da Comissão

de Determinantes Sociais em Saúde da OMS²⁶ coloca grande ênfase nas desigualdades dentro de uma mesma sociedade e menos na existente entre as nações. Tem um capítulo dedicado à questão das desigualdades em saúde na sua dimensão global, focando na necessidade de fortalecimento da denominada “governança global” e explicitando a necessidade de coordenação entre as várias agências intergovernamentais. Parte destas ideias terá desdobramento em ações como as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDGs), focadas na erradicação da extrema pobreza entre 2000 e 2015, e no seu sucedâneo, as Metas de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) que adiciona a aspiração do desenvolvimento sustentável em suas três dimensões – econômica, social e ambiental, para o período 2016 a 2030.

Mais recentemente, outro grupo (The Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health)⁴⁹ avançou na compreensão e em propostas de ações no tocante às desigualdades globais. O documento final deste grupo, intitulado “The political origins of health inequity: prospects for change”, assume o desejo de *transmitir uma mensagem forte à comunidade internacional e a todos os atores que exercem influência nos processos de governança global: não de-*

*vemos mais considerar a saúde apenas como uma questão técnica biomédica, porém reconhecemos a necessidade de ações e justiça multissetoriais e globais nos esforços para lidar com as desigualdades na saúde*⁴⁹.

Concluindo, pode-se destacar que enquanto o interesse pela questão das desigualdades em saúde tem crescido no ponto de vista acadêmico, o seu uso tem sido limitado no tocante à sua introdução nas políticas públicas direcionadas à melhoria da saúde das populações. As desigualdades sociais em saúde são um problema global que, em maior ou menor grau, aflige todas as sociedades humanas. A sua compreensão vem predominantemente das desigualdades existentes entre os diversos grupos sociais de cada sociedade. As desigualdades entre as diversas sociedades e nações, enquanto relevantes e muitas vezes de maior magnitude, nem sempre são consideradas injustas e como tal estão sujeitas a ações políticas. Para sua solução a tese mais bem elaborada tem sido em torno da melhoria dos mecanismos de governança global, desde que incluam o entendimento de como o processo histórico de constituição das nações ocorreu e como se dá o posicionamento de cada país nos circuitos produtivos globais⁶.

Referências

1. Stiglitz JE. *The price of inequality. How today's divide society endangers our future*. New York: WW Norton & Company; 2013.
2. Johnston DC, editor. *Divide: The perils of our growing inequality*. New York: The New Press; 2014.
3. Marmot M. *The health Gap: The challenges of an unequal world*. London: Bloomsbury; 2015.
4. Deaton, A. *The great escape: Health, Wealth, and the Origins of Inequality*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
5. Bartley M. *Health inequality: Theories, concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press; 2004.
6. Acemoglu D, Robinson J. *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity, and Poverty*. New York: Crown; 2012.
7. McMullin J. *Understanding social inequalities: Intersection of class, age, gender, ethnicity, and race in Canada*. Ontario: Oxford University Press; 2004.
8. Milanovic B. *Global inequality: A new approach for the age of globalization*. Cambridge: The Belknap Press; 2016.
9. Porter R. *Das tripas coração: uma breve história da medicina*. Rio de Janeiro: Record; 2004.
10. Szreter S. *Health and Wealth: Studies in history and policy*. Rochester: University of Rochester Press; 2005.
11. Kunitz SJ. *The health of populations: General theories and particular realities*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
12. Galea S. *Macrosocial Determinants of Population Health*. New York: Springer; 2007.
13. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep* 2014; 129(Supl. 2):19-31.
14. Coleman W. *Death is a social disease: Public health and political economy in early industrial France*. Madison: The University of Wisconsin Press; 1982.
15. Hamlin C. *Public health and social justice in the age of Chadwick*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
16. Taylor R, Rieger A. Medicine as Social Science: Rudolph Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia. *Int J Health Serv* 1985; 15(4):547-559
17. McKeown T. *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* London: Basil Blackwell; 1979.
18. McKeown T. *The Origins of Human Disease*. Oxford: Basil Blackwell; 1988.
19. Bynum WF. *The Western Medical Tradition: 1800 to 2000*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
20. Colgrove J. The McKeown Thesis: A Historical Controversy and Its Enduring Influence. *Am J Public Health* 2002; 92(5):725-729.
21. Stuckler D, Basu S. *The body economics: Why austerity kills*. New York: Basic Books; 2013.
22. Preston SH. The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development. *Population Studies* 1975; 29(2):231-248.
23. Department of Health and Social Security. *Inequalities in health: report of a research working group*. London: DHSS; 1980.
24. Kawachi I, Subramanian S, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(9):647-652
25. Raphael D. An analysis in international experiences in tackling health inequalities. In: Raphael D, editor. *Tackling health inequalities: Lessons from international experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2012. p. 229-264.
26. WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization (WHO). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: WHO; 2008.
27. World Conference on Social Determinants of Health. *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro: WHO; 2011.
28. Smith KE, Hill S, Bamba C, editors. *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2016
29. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol* 1976; 104(2):107-123.
30. Cassel J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. *Int J Health Serv* 1974; 4(3):471-482.
31. Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
32. Wilkinson RG, Pickett KE. *The spirit level: why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane; 2009.
33. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Services* 2014; 44(4):643-710.
34. Piketty T. *Capital in the twenty-first century*. Cambridge: The Belknap Press; 2014.
35. United Nations (UN). Department of Economic and Social Affairs. *Population Division*. Washington: UN; 2013.
36. Martin-Fernandez J, Grillo F, Parizot I, Caillavet F, Chauvin P. Prevalence and socioeconomic and geographical inequalities of household food insecurity in the Paris region, France, 2010. *BMC Public Health* 2013; 13:486.
37. Food and Agriculture Organization (FAO). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2014*: Roma: FAO; 2015.
38. World Health Organization (WHO). *World Health Statistics 2015*. Geneva: WHO; 2015.
39. Requeijo JH, Bryce J, Barros AJ, Berman P, Bhutta Z, Chopra M, Daelmans B, de Francisco A, Lawn J, Maliliq B, Mason E, Newby H, Presern C, Starrs A, Victora CG. Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children. *Lancet* 2015; 385(9966):466-447.
40. World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report 2014*. Geneva: WHO; 2014.
41. World Health Organization (WHO). *WHO Global NCD Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013.
42. Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press; 1971.
43. Rawls J. *The Law of Peoples*. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
44. Stahl T. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health; 2006

45. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):174.
46. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008
47. von Gliszczynsk M. *Cash Transfers and Basic Social Protection Towards a Development Revolution?* London: Palgrave Macmillan; 2015.
48. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.
49. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, Fukuda-Parr S, Gawanas BP, Giacomani R, Gyapong J, Leaning J, Marmot M, McNeill D, Mongella GI, Moyo N, Møgedal S, Ntsaluba A, Ooms G, Bjertness E, Lie AL, Moon S, Roalkvam S, Sandberg KI, Scheel IB. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014; 383(9917):630-667.

Artigo apresentado em 28/08/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 03/02/2017