

Os Determinantes Sociais da Saúde e a Justiça em Saúde¹

GT.19- Saúde e segurança social: transformações sociais e impactos na população

Camila Gonçalves De Mario
Doutora em Ciências Sociais
IFCH – Unicamp
Pesquisadora do NEPPs – UNESP / Franca
e-mail: camila.demario@uol.com.br

Resumo:

O objetivo deste trabalho é discutir como a noção de Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) se relaciona com a concepção liberal-igualitária de Justiça Social e o quão importante esta é para a formulação de políticas de saúde, considerando seus aspectos positivos e negativos; pois, através dos DSSs podemos conhecer e agir sobre o gradiente em saúde existente entre grupos e entre indivíduos (de um mesmo grupo) em sociedade, quando o propósito é a formulação de políticas de saúde voltadas para a garantia da justiça social.

Palavras-chave: saúde, determinantes sociais da saúde e liberalismo-igualitário.

Introdução

A saúde é entendida aqui, a partir da argumentação de John Rawls, como um requisito da justiça, um bem de importância moral fundamental por garantir às pessoas a realização de suas capacidades e expectativas ao longo de suas vidas e, mais importante, a efetividade da Igualdade Equitativa de Oportunidades, um dos princípios da teoria da justiça como equidade de Rawls.

Duas premissas aqui são fundamentais: a primeira é a de que a saúde é resultado e ao mesmo tempo produtora de desigualdades sociais, a segunda, a de que não é possível eliminar as desigualdades em saúde – assim como as demais desigualdades sociais, mas sim mitigá-las, e aqui, os Determinantes Sociais são fundamentais para que possamos identificar quais desigualdades em saúde são injustas, fundamentalmente aquelas que são resultantes de trocas arbitrárias e de uma injusta distribuição de bens, que portanto podem ser evitadas.

Entretanto, a produção de conhecimento acerca dos DSSs ainda é incipiente, resultando em um descompasso que se torna evidente no fazer da política pública. Exemplar neste sentido é o caso brasileiro, cuja definição de saúde adotada por seu sistema público, o SUS (Sistema Único de Saúde), fundamenta-se na concepção de Determinantes Sociais da Saúde, porém, dado o baixo conhecimento a seu respeito e a exigência colocada pela concepção de DSS, enquanto um artifício garantidor de justiça em saúde, alguns obstáculos surgem para o fazer da política.

A atuação a partir dos DSSs requer uma política pública intersetorial e investimentos em pesquisa com um ritmo de produção de dados que deveria acompanhar o ritmo de transformação dos determinantes em si, e da política. O processo de elaboração e implementação das políticas públicas acontece em um ritmo diferente do necessário para a produção – e atualização – do conhecimento sobre os DSSs, tarefa que apesar de fundamental é ambiciosa.

Soma-se a isso, como aponta Norman Daniels, o fato de que não é possível inferir dos DSSs uma teoria causal que aponte uma relação direta entre uma desigualdade específica e outra, não é possível

¹ Artigo baseado em minha Tese de Doutorado, “Saúde como Questão de Justiça” (2013) apresentada ao Programa de Doutorado em Ciências Sociais do IFCH – UNICAMP.

afirmar um padrão, segundo o qual determinada desigualdade sempre incidirá sobre a saúde das pessoas.

No que se refere a política pública, é preciso considerar que o objeto e o objetivo da política está em constante transformação, segundo Bo Rothstein, a transformação na maioria dos casos é tão rápida e a necessidade de se adaptar a uma realidade variável tão grande que as perspectivas em possuir o conhecimento necessário a nível central para o que precisa ser feito e repassa-lo a nível local é extremamente pequena.

Assim é preciso cuidado ao adotar os Determinantes Sociais da Saúde como base para a elaboração da política e como critério para a avaliação de sua justiça, reflexão para a qual este artigo busca contribuir.

Ciências Sociais na Saúde: a noção de Determinantes Sociais da Saúde

Pensar a saúde a partir da noção de Determinantes Sociais da Saúde (DSSs) como defendida pela OMS (Organização Mundial da Saúde / *World Health Organization*) significa pensar para além das instituições provedoras de serviços de saúde e assumir que a desigualdade social importa para a saúde da população. Trata-se, indiscutivelmente, de um enorme e ambicioso passo, considerando o processo de elaboração e implementação das políticas públicas e a realidade democrática.

A noção de Determinantes Sociais da Saúde está presente nas ciências sociais desde meados do século XX, quando a saúde e a doença tornaram-se objetos de estudos dessa disciplina. Como aponta Castro (2011), nos anos 1970 e 1980 os trabalhos de Rene Jules Dubos e Thomas McKeown foram fundamentais ao demonstrar que os avanços nas condições de saúde da população deveram-se muito mais a uma série de fatores ligados a mudanças sociais – em áreas como o trabalho, alimentação, educação, moradia e saneamento – do que às façanhas e descobertas médicas.

Norman Daniels (1996, 2008) constrói seu argumento sobre a saúde enquanto um bem importante para a realização de uma sociedade justa a partir da teoria da justiça como equidade de John Rawls. O autor argumenta que a saúde deve ser pensada como uma questão de justiça porque essa é fundamental para garantir a plena participação das pessoas em sociedade e para que estas sejam capazes de realizar suas expectativas ao longo de suas vidas; portanto, uma sociedade que não garante aos seus cidadãos condições de saúde, será invariavelmente injusta.

Saúde é entendida por Norman Daniels em “Justice and Justification” (1996) como ausência de doença, incluindo deficiências provenientes de acidentes; doenças são desvios na *organização funcional normal* de um organismo típico de determinada espécie.

Embora esta definição de saúde seja estreita, é interessante observar que para atendê-la é necessária uma considerável gama de serviços sociais e de saúde, conforme assinala Daniels (1996) são eles: 1. nutrição e abrigo apropriados; 2. um lugar saudável, que atenda as exigências sanitárias e despoluído, para morar e trabalhar; 3. exercício físico, descanso, lazer; 4. serviços de saúde que trabalhem prevenção, cura e reabilitação e, 5. serviços pessoais e de saúde que dêem suporte aos serviços médicos.

Em “Just Health” (2008), livro no qual o autor revê sua definição de saúde, Daniels argumenta que determinados bens e serviços são necessários para manter não somente nosso funcionamento como também nosso Leque de Oportunidades (normal opportunities range), ou seja, as diferentes opções de planos de vida que pessoas razoáveis desejariam para si, o que também depende das características de uma sociedade, sua história, condições materiais de bem estar, seu desenvolvimento tecnológico e sua cultura; aspectos que são relevantes para considerações de saúde.

Por isso, uma política de saúde deve ser pensada de maneira intersetorial. Na lista apresentada acima Daniels (2008) acrescenta mais um item: 6 – uma distribuição adequada de outros determinantes sociais da saúde, apontando para uma relação entre preservar a saúde - e manter um normal funcionamento – e os bens, serviços e instituições que influenciam na saúde e em sua distribuição. Assinalo que essa incorporação é feita em consonância com a noção de Determinantes Sociais da Saúde defendida pela Organização Mundial da Saúde.

Dessa forma, incluir instituições que garantam serviços de saúde, dentre as instituições básicas responsáveis por garantir iguais oportunidades a todos, é totalmente condizente com a principal preocupação de Rawls, a de reduzir as arbitrariedades dadas pelo nascimento e pela posição de cada um na sociedade, arbitrariedades que são moralmente inaceitáveis. (Daniels, 1996)

Daniels (2008) esclarece que sua extensão da teoria de Rawls recai sobre o princípio de Igualdade Equitativa de Oportunidades e que a integração da saúde à lista de bens primários deve ser feita a partir de uma modificação na concepção de oportunidade. Pois, adicionar outros itens à lista de bens primários para torná-la mais abrangente não é o melhor caminho, adicionando itens, principalmente itens específicos, corremos o risco de perder de vista nossa concepção política sobre quais itens/bens os cidadãos necessitam².

Por isso a conexão de necessidades em saúde com os bens primários se faz ampliando a noção de oportunidades de Rawls através da inclusão de instituições de saúde dentre as instituições da estrutura básica da sociedade responsáveis pela igualdade equitativa de oportunidades, esta também é uma maneira de manter a abordagem da saúde o mais próximo possível da idealização original de Rawls. Daniels (2008, p.56) ressalta que os bens primários referem-se a bens mais gerais e abstratos, portanto, saúde não é um bem primário, assim como comida, roupas, moradia, proteção e outras necessidades básicas não o são. *Mas, oportunidade, não serviços de saúde ou educação, refere-se aos bens primários.*

Como a saúde tem importância moral porque protege o funcionamento normal e ajuda a proteger o leque de oportunidades aberto às pessoas, uma desigualdade em saúde pode ser considerada injusta quando ela resulta de uma injusta distribuição dos determinantes sociais da saúde.

A saúde segundo esta perspectiva não é produzida apenas pelo acesso a serviços de saúde, mas também por uma série de fatores de difícil mensuração presentes na experiência de vida das pessoas, como condições sociais, culturais e econômicas, o que indica uma correlação entre desigualdades sociais e desigualdades em saúde.

Relacionar desigualdades socioeconômicas com desigualdades em saúde significa que estamos enfrentando fatores que são socialmente controláveis e portanto, uma questão de justiça distributiva.

O autor ressalta que existem quatro fatores que precisam ser levados em consideração ao falarmos dos determinantes sociais da saúde:

1. os níveis de saúde e bem estar não são resultado direto de uma política econômica específica, mas sim, são influenciados por escolhas de políticas sociais, principalmente nos países mais pobres. A relação entre desenvolvimento econômico e saúde não é fixa³, a saúde de uma nação é influenciada por sua cultura, organização social e políticas governamentais, estes fatores são importantes tanto para explicar as desigualdades internas quanto as desigualdades entre as nações.

2. o gradiente em saúde não é resultado apenas da pobreza ou de privações, as diferenças em saúde estão presentes em todos os espectros socioeconômicos e entre os membros do mesmo espectro, mesmo nas sociedades com cobertura universal de saúde e políticas de welfare. O gradiente

² Sobre adicionar bens a lista de bens primários o autor também acrescenta: Outra razão para termos cuidado é que adicionando itens será cada vez mais difícil estabelecer um índice. Isto tornará mais difícil evitar problemas complexos de comparação interpessoal que enfrentam questões mais abrangentes de satisfação e bem estar. (Daniels, 2008, p. 56)

³ Daniels mostra que embora as diferenças entre o Produto Interno Bruto e, do PIB per capita, entre Estados Unidos e Costa Rica sejam imensas a expectativa de vida na Costa Rica é praticamente a mesma que nos EUA, este último, apesar de ser uma das nações mais ricas do mundo apresenta baixos índices em saúde. (Daniels, 2008, p.84)

socioeconômico de saúde é composto por diferentes fatores, como renda, educação, classe social, e cada um deles interfere de maneira diferente nos resultados em saúde. Também não pode ser explicado somente pelo acesso a serviços de saúde, pois, pessoas com o mesmo nível de renda e o mesmo nível educacional podem ter diferentes resultados em saúde provocados por suas escolhas profissionais, que podem expô-las ao risco físico, ou torná-las emocionalmente mais vulneráveis.⁴

3. mesmo sabendo que as diferenças de renda colaboram para aumentar a distância entre os gradientes em saúde, ainda há muita controvérsia em torno do quanto o gradiente em saúde é afetado pelas diferenças de renda de uma sociedade. No caso dos países desenvolvidos não é a miséria e sua absoluta privação – ausência de condições básicas, como água limpa, nutrição e abrigo adequado, condições sanitárias adequadas – que explicam as diferenças em saúde, mas sim, a privação relativa, que se refere as fontes do autorrespeito essenciais para uma participação plena em sociedade.

Desigualdades de renda corroem a coesão social, diminuem a confiança no social e reduzem a participação em organizações civis, resultando em menor participação política e enfraquecendo o compromisso das instituições do governo com o atendimento das demandas daqueles que se encontram em piores condições. “Estados com altos índices de desigualdade, com baixos níveis de capital social e participação política não provem redes de segurança social.” (Daniels, 2008, p.89)

4. existem hipóteses razoáveis que apontam para alguns padrões sociais e psicológicos que afetam as desigualdades em saúde.

Os determinantes são pensados desde uma abordagem macro – como com análises que considerem o impacto da globalização e do aquecimento global na saúde dos diferentes grupos sociais em diferentes sociedades, passando por questões mais afeitas a como as instituições ou os padrões econômicos e culturais impactam na saúde – ou desde um plano micro, que leva em consideração fatores individuais como estilo de vida e escolhas que incidem sob a saúde de indivíduos ou grupos sociais menores ou mais específicos.

De acordo com a OMS, os determinantes sociais da saúde são evitáveis e, portanto, como afirma Norman Daniels (2009; 2011), as desigualdades em saúde deles decorrentes são injustas. É importante ressaltar que os melhores resultados em saúde não são encontrados dentre os países mais ricos, mas sim dentre aqueles países com menores índices de desigualdade social.

Dessa forma, discorrer sobre condições de saúde em uma dada sociedade implica considerar questões como: as condições de vida a que as pessoas estão submetidas; a distribuição de poder entre as pessoas e entre as instituições; as condições individuais para auferir renda e a distribuição social da riqueza; o acesso ao cuidado e a serviços básicos de saúde; o acesso à escola e à educação, bem como sua qualidade; suas condições laborais e de lazer e o ambiente/meio em que vivem, a exemplo das condições urbanísticas de uma cidade, do acesso a elas e do uso que as pessoas fazem desse espaço. Ainda é preciso levar em consideração que,

“O problema se torna mais complicado quando nos lembramos de um dos achados básicos da literatura sobre os determinantes sociais: nós não podemos eliminar desigualdades em saúde simplesmente eliminando a pobreza. Desigualdades em saúde persistem mesmo em sociedades que provêm aos mais pobres acesso a todos os determinantes da saúde e persistem como um gradiente da saúde por toda a hierarquia social, não somente entre os grupos mais pobres como entre aqueles acima destes.” (Daniels, 2011, p.253)

Trata-se de uma abordagem que considera diferentes aspectos da vida e da organização social. Todas essas ações somadas a serviços de saúde universais.

⁴ Também é importante ressaltar que o gradiente varia substancialmente de uma sociedade para a outra.

Na prática, é extremamente complicado determinar e quantificar os determinantes sociais da saúde. Uma das dificuldades está justamente na quantidade e na qualidade dos dados disponíveis para que possamos relacionar tamanha gama de variáveis. A outra está na maneira como fazê-lo, em decidir qual é a melhor forma ou esquema, que peso atribuir a cada variável, como interpretá-las e como considerar cada uma delas.

Uma vez conhecidas as principais causas da desigualdade social, é preciso determinar como cada uma influencia os resultados em saúde, bem como verificar se os diferenciais sociais causados pela sociedade atuam apenas em determinadas classes, se incidem diferentemente entre as classes ou se essa diferença se verifica na maneira como incide sobre os indivíduos de uma mesma classe mas que guardam diferenças entre si, como por exemplo gênero, faixa etária, condições de trabalho e moradia.

Por isso também, como aponta Daniels (2011)⁵, os DSSs precisam ser pensados para além da renda auferida pelos indivíduos e grupos de uma determinada sociedade, até mesmo para que possamos incorporar as diferenças.

DSSs - Dificuldades para a implementação da política

O SUS, ao menos em sua proposta normativa, considera as desigualdades sociais, pois parte de uma definição de saúde abrangente e de um modelo de política que visa a articular políticas e serviços sociais que estão além da prestação de serviços de saúde. Entretanto, sua prática ainda está muito distante da proposta subjacente à noção de Determinantes Sociais da Saúde, fundamental para pensarmos uma política de saúde justa e que, na prática, considerando a nossa realidade, vise a minorar o gradiente de saúde existente entre os diferentes grupos e classes em nossa sociedade.

Apesar de os DSSs e seus fundamentos estarem presentes no SUS, há pouca informação sobre eles no Brasil. A falta de informação pode ser constatada no discurso oficial do governo brasileiro, e nos relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde.

Em um dos relatórios do Ministério da Saúde, que cito aqui cuja proposta é identificar os DSSs e, a partir deles, propor ações que tornem o SUS um sistema mais justo, podemos identificar como esta noção vem sendo compreendida e articulada para a formulação da política em um nível normativo. É preciso sublinhar que apesar de a noção estar contida na definição de saúde base do SUS, essa é uma preocupação recente do Governo Brasileiro, tendo entrado na agenda do Ministério da Saúde somente no último governo Lula, durante a gestão do ministro José Gomes Temporão em 2007, que assumiu o cargo declarando que faria parte de seus esforços o desafio compreender a saúde do brasileiro a partir dos determinantes sociais da saúde (Bahia, 2010, p. 362).

O relatório intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, fruto do trabalho iniciado em março de 2006 pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e publicado em 2008, durante a gestão no ministro Temporão, traz uma reflexão sobre a situação da saúde no Brasil que, segundo seus autores, busca as causas das iniquidades, considerando que *aquilo que é fruto da ação humana pode e deve ser modificado pela ação humana*. Uma posterior atuação sobre a matéria, no entanto, requer intersetorialidade, já que a atuação sobre os DSSs não depende apenas do setor de saúde.

Citando Amartya Sen e John Rawls, a comissão sublinha que é preciso eliminar *todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e oportunidades das pessoas* e que o compromisso da comissão com a equidade visava a assegurar o *direito universal à saúde*. São duas proposições – eliminar todas as privações e assegurar o direito universal à saúde – que se coadunam à proposta do

⁵ Nos termos do autor: “Diferenças de idade, gênero, raça, etnia existem e incidem de modo diverso sobre o status de saúde, elas são independentes das diferenças socioeconômicas e geram questões distintas no que concerne a equidade ou justiça.” (DANIELS, 2011, p.252)

SUS e à definição de cidadão e de saúde adotada pela sociedade brasileira a partir da Constituição de 1988, mas, ao mesmo tempo, são demasiado audaciosas, pois são quase irrealistas se pensarmos no tamanho da tarefa para sua realização.

Ainda no que se refere à atuação para minorar as iniquidades em saúde, a Comissão defende na introdução do relatório que a ciência apenas ajuda a delimitar um leque de intervenções e opções políticas que poderão vir a ser adotadas, mas que a escolha acerca delas deve envolver os diversos atores⁶.

No relatório, a democracia, lida e defendida a partir da transparência e da participação popular direta no processo decisório da política, aparece como essencial para a garantia de um sistema de saúde justo, pois é fundamental que para tal, além de apoiar-se em dados científicos (no discurso tecnocrático) para conhecer as DSSs sobre as quais é necessário atuar em consonância com os interesses e necessidades daqueles que fazem parte ou são alvo da política⁷.

O modelo para análise dos DSSs⁸ adotado pela comissão leva em consideração diferentes fatores individuais – como gênero e idade – fatores genéticos e características sociais, econômicas e ambientais, construindo uma gradação de impacto dos determinantes da saúde do nível micro (individual) até o macro (comunitário).

Brevemente, a análise é feita apenas com dados referentes às áreas urbanas por se concentrarem nelas as principais mudanças enfrentadas pela sociedade brasileira nas últimas 6 décadas, tendo sofrido alteração completa no perfil epidemiológico e nos padrões demográficos e ambientais, nas condições de trabalho e de moradia e nos estilos de vida. Além disso, o urbano tem importante efeito sobre a distribuição de renda e sobre suas consequências, que transparecem nas desigualdades entre os diferentes grupos – gênero, idade, raça, classe social – e nas desigualdades regionais impressas tanto no desenho urbano de nossas cidades como dentre estados e macrorregiões.

Somada à escolha pela ênfase na área urbana, a análise proposta pelo relatório se concentra na evolução demográfica, social e econômica do Brasil, considerando as mudanças ocorridas a partir de meados do século passado nas desigualdades em saúde lidas a partir de variáveis que definem a estratificação socioeconômica, como renda, escolaridade, gênero e local de moradia; nas condições de vida, ambiente e trabalho, incluindo saneamento, moradia, acesso a informação e serviços de saúde; nas redes sociais, comunitárias e de saúde; nos comportamentos e estilos de vida que trazem riscos à saúde e na saúde materno infantil e indígena.

Observe, essa lista poderia ser ampliada em vários sentidos, o que nos levaria a dados mais acurados ou, talvez, demasiadamente específicos, mas eles já nos proporcionam um panorama da situação em saúde no Brasil

A análise a partir dos DSSs pela sociologia da saúde, principalmente quando questionamentos sobre a justiça dos sistemas e políticas de saúde se colocam, tem sido cada vez mais recorrente. Os indicadores de desigualdades em saúde, inferidos dos determinantes da saúde, têm servido de parâmetro para apontarmos e conhecermos as desigualdades e iniquidades para as quais as políticas

⁶ Como colocado no relatório: “Assim, em lugar de esperar que a racionalidade científica se sobreponha à política, é necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões. Isso implica fortalecer a democratização desse processo e apoiar a atuação dos diferentes atores, particularmente daqueles que em geral estão excluídos da tomada de decisões. Implica, também, em proporcionar-lhes acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses” (CNDSS, 2008, p. 11)

⁷ “Algumas evidências empíricas nos Estados Unidos sugerem que há uma relação entre a desigualdade em participação política e a distribuição em saúde” (DANIELS, 2011, p.269).

⁸ Trata-se do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead sua escolha pela comissão justifica-se por seu didatismo, o que facilitaria sua compreensão por diferentes grupos.

públicas deveriam voltar-se se o que queremos é diminuir o gradiente de diferenças em saúde entre os grupos sociais e entre os indivíduos de um mesmo grupo.

Entretanto, como vimos, a atuação a partir dos DSSs requer uma intersetorialidade e um investimento em pesquisas e produção de dados que, no plano da perfeição, deveriam dar conta de acompanhar o ritmo das transformações que os determinam. Se a busca por resultados justos for atrelada a esse conhecimento perfeito, teremos um grande problema.

Antes de nos voltarmos para as questões mais afeitas ao fazer da política, é pertinente ressaltarmos a dificuldade inerente à análise de diferenças entre grupos e entre os membros de um mesmo grupo. Primeiramente, isso nos leva a identificar grupos segundo critérios – faixa de renda, nível de escolaridade, gênero, raça/etnia, faixa etária – que podem englobar diferenças importantes, o que nos impediria de tratar como iguais e identificados com esse grupo vários dentre aqueles que reconheceríamos como membro de um determinado grupo, e portanto, sujeito a certos DSSs.

Às identificações dos grupos, em um mundo perfeito, deveríamos também somar as escolhas e trocas individuais que as pessoas assumem ao longo de suas vidas, que *podem independender* do grupo aos quais pertencem⁹ e que incidem sobre sua saúde.

Obviamente, relativizar demais não é a melhor estratégia para pensarmos nessa escala, já que o alvo é a política pública. O ponto de partida para a tomada de decisões será, inexoravelmente, a noção de cidadão que dá fundamentação ao direito – no caso brasileiro, o direito universal à saúde. Refiro-me à noção que determina seu status moral, como livres e iguais, somada à ideia de que a saúde é um direito de todos. Para atendê-la, é preciso determinar um pacote mínimo de serviços voltado para um perfil epidemiológico, socioeconômico e ambiental mais geral, que irá, com toda certeza, ignorar diferenças importantes.

Mas a demanda é a de que estas diferenças sejam discutidas e incorporadas nas etapas da política seguintes a sua definição central, já que esta última deve ser mais abrangente do que específica. Essas são etapas nas quais casos específicos surgirão e serão discutidos em face ao direito dos demais e em face à garantia dos objetivos centrais da política.

Conhecer os DSSs auxilia na formulação de programas e de medidas a nível macro e micro. Como nível macro, refiro-me às decisões que são tomadas geralmente por aqueles que não estão no campo operacional da política e, portanto, distantes dos dramas cotidianos de seus usuários, decisões que visam às proposições centrais da política, delineadas em seu desenho e normatização legal. Como nível micro, refiro-me principalmente ao processo de implementação das políticas públicas e a questões atreladas ao dia-a-dia da política.

Para cada nível, surgem diferentes dilemas teóricos e questões práticas a serem enfrentadas. No nível macro, é necessária uma concatenação de objetivos entre as diferentes políticas públicas envolvidas com cada determinante da saúde encontrado. Se a educação é um importante determinante, é preciso (re)conhecer em quais condições essa influência se faz mais presente, compreender se seu impacto é igual entre os grupos e entre os gêneros, interrogar-se sobre até que ponto o acesso a educação e informação realmente impactam na saúde das pessoas e sobre em qual nível é possível fazer um recorte – por exemplo, qual é o gradiente de diferença do impacto em saúde dentre aqueles que

⁹ Estou considerando que a atuação do indivíduo não é necessariamente determinada pelo grupo. Ela pode ser, sim, influenciada pelo grupo e por razões mais individualizadas, como o gosto (ainda que o gosto também tenha relação com o grupo ou grupos aos quais pertencemos ao longo de nossas vidas ou aos quais nos opomos), mas, talvez, seja mais afeito a escolhas, preferências construídas ao longo de nossa trajetória una e individual do que com relação a pertença a um grupo específico. Embora o objeto seja outro, essa ideia está na argumentação de Iris Marion Young. A considero útil para pensar as escolhas individuais que têm impacto sobre a saúde. Ao discutir identidade, a autora coloca: “Subjects are not only conditioned by their positions in structured social relation; subjects are also agents. To be an agent means that you can take the constraints and possibilities that condition your life and make something of them in your own way (...) Our experiences of cultural meaning and structural positioning occur in unique events and interactions with other individuals and the unique events are often more important to our sense of ourselves than are these social facts.” (YOUNG, 2000, location 1297)

possuem nível de ensino fundamental, para os que possuem nível médio e para aqueles que têm nível superior? É preciso perguntar-se, para alcançar melhores resultados em curto prazo – já que mudanças no sistema educacional são mais perceptíveis em longo prazo no que se refere à qualidade e a seu impacto, de novo, na qualidade de vida das pessoas, se o uso dos grandes meios de comunicação, por exemplo, são eficazes na *publicização* da informação (no sentido de torna-la inteligível e acessível a todos ou, ao menos, para a maioria) em saúde, ou se eles atrapalham e acabam por inculcar mitos e ideias errôneas.

Estamos diante de uma complexa rede que precisa ser construída de maneira eficiente e sincronizada e que precisa de uma organização política e burocrática que englobe a indeterminação e as mudanças sociais que sempre acontecem em descompasso com a lei e com a organização e implementação da política.

No nível micro, enfrentamos especificamente ações que serão empenhadas pelos profissionais envolvidos com o *fazer da política* e seus desafios cotidianos, atores que precisam ter acesso a esse conhecimento e liberdade para usá-lo em decisões afeitas ao universo da política com o qual estão envolvidos.

O problema é que o conhecimento dos DSSs, apesar de fundamental, é uma tarefa ambiciosa, considerando que, como indiquei acima, as transformações sociais que impactam na saúde das pessoas, em seu conhecimento e na sua transformação em ações políticas ocorrem em ritmos cuja sincronização é uma tarefa praticamente impossível.

Soma-se a isso, fato também apontado por Norman Daniels, que não é possível inferir dos DSSs uma teoria causal que aponte uma relação direta entre uma desigualdade específica e outra, principalmente se pensarmos em sociedades diferentes ou em grupos em uma mesma sociedade. Não é possível afirmar um padrão, segundo o qual determinada desigualdade sempre incidirá negativamente sobre a saúde das pessoas.

Retornando para o âmbito da formulação e implementação de políticas públicas, notemos que a questão também se coloca, já que o objeto da política (e seu objetivo) está em constante transformação. Dessa forma,

“A noção comum entre as pesquisas de implementação – de que programas públicos precisam ser baseados, se eles desejam ter alguma perspectiva de sucesso, em uma teoria causal indubitável – é, no mínimo, ingênua e, na pior hipótese, certamente perigosa (...). A taxa de transformação na maioria das áreas é tão rápida e a necessidade de se adaptar a uma realidade variável tão grande que as perspectivas em possuir a nível central o conhecimento necessário para o que tem que ser feito e em repassá-lo a nível local a tempo é extremamente pequena.” (Rothstein, 1998, p.77)¹⁰

Isso significa que a aposta no conhecimento dos DSSs para a formulação de políticas de saúde mais justas pode configurar-se em uma armadilha, pois a política precisa ser implementada independentemente do grau de conhecimento dos determinantes. Sempre haverá a “diferença de tempo” entre a produção do conhecimento necessário e a implementação da política.

Essa é, com toda certeza, uma dificuldade com a qual a política precisa lidar, que será maior ou menor dependendo do grau de incerteza característico de cada política pública. No caso da saúde, uma política dinâmica e intervencionista, essa é uma dificuldade que estará sempre presente. Por isso, seu

¹⁰ Tradução minha, texto original: “The notion common among implementation researches – that public programs must be based, if they are to have any prospects of success, on an indubitable casual theory – is at best naïve, and at worst downright dangerous... The rate of change of most areas is so rapid, and the need to adjust operations to a variable reality so great, that the prospects for possessing certain knowledge at the central level of what has to be done, and of passing this down to the local level in time, are extremely small.” (Rothstein, 1998, p. 77)

desenho precisa ser impreciso para poder acomodar casos específicos, transformações sociais e conflito.

Trata-se, certamente, de uma tarefa complexa, dada a natureza da organização do Estado, geralmente pautada em tarefas padronizadas, com escopos de atuação específicos e limitados para cada funcionário, e por uma distribuição de tarefas na qual, normalmente, aqueles que se encontram na ponta do sistema têm pequena margem de atuação no que se refere à tomada de decisões e ao acesso à verba para sua realização quando recursos financeiros se fizerem necessário.

Esse tipo de organização entrava a política e acaba por impedir os funcionários da “linha de frente” de adequarem suas tarefas as variações cotidianas. É o que Rothstein chama de “*problem of street level bureaucracy*”, já que, teoricamente, as decisões em políticas dinâmicas e intervencionistas deveriam – também – ser tomadas por aqueles que estão na prática diária e em contato direto com os usuários da política, “*the operative field personnel*”.¹¹

A ausência de garantia dessa atuação gera um vácuo quanto à responsabilização das decisões e emperra o funcionamento diário da política, fazendo com que esta se torne incapaz de acompanhar as transformações inerentes ao seu objeto. Se o funcionário que está no campo operativo precisa da autorização de um quadro superior centralizado e distante da sua rotina, decisões não tomadas a tempo terão um importante – e, na maior parte dos casos, negativo – impacto na política, . Entretanto, seus responsáveis não serão facilmente identificáveis.

Esse problema pode ser identificado, em maior ou menor grau, nas diferentes instâncias de uma política de saúde como o SUS, de modo que a identificação, o conhecimento dos determinantes sociais da saúde e a transformação destes em ação passa por esses e outros percalços. Essa concertação precisa acontecer para além do âmbito da política de saúde, pois mitigar os DSSs demanda uma atuação articulada entre várias políticas públicas, passando, como já vimos, por áreas como a educação, habitação, assistência social, políticas de geração de renda e de trabalho, serviços de saneamento básico, entre outros.

Por outro lado, é preciso ressaltar que seria uma incorreção usar tais questões para, inadvertidamente, justificar as iniquidades em saúde, pois, ao mesmo tempo em que as iniquidades em saúde são resultado de desigualdades exteriores, que estão para além do campo de atuação específico da política de saúde, uma política de saúde injusta também gerará desigualdades em saúde e nestas outras áreas.

Saliento que, com isso, não almejo significar que os DSSs não devem ser considerados. Antes, sublinho que, ao conhecimento sobre os DSSs e à atuação que, a partir de então, é requerida, é preciso somar a noção de que as desigualdades podem ser mitigadas (mas não totalmente eliminadas) buscando uma distribuição mais equitativa dos bens que são relevantes para a saúde das pessoas, argumento liberal igualitário.

Retomo, neste ponto, a noção rawlsiana de que a estrutura básica deve funcionar para minorar os efeitos da loteria natural e das arbitrariedades sociais. Identificar os DSSs significa identificar as arbitrariedades que podem ser mitigadas e que, justamente por isso, são resultado de injustiças sociais.

Desde que fuçamos da armadilha teórica e prática que eles podem significar.

¹¹ Rothstein sublinha: “They must, that is, be granted the right to judge, independently, and on their own responsibility, which measures are appropriate in a given situation. It is the sum of their actions which constitutes the public program. As to whether these actions reflect the objectives laid down by the democratically constituted organs – this must be regarded as an open question.” (Rothstein, 1998, p. 80)

Bibliografia

CNDSS. (2008) As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.

DANIELS, Norman. (1996) Justice and Justification. Reflective equilibrium in theory and practice. New York, NY: Cambridge University Press.

_____. (2008) Just Health. Meeting health needs fairly. New York, NY: Cambridge University Press.

_____. Porque a justiça é importante para a nossa saúde. (2011) Revista Idéias, IFCH – UNICAMP, vol.01, n. 02.

_____. (2006) Democratic Equality: Rawls's Complex Egalitarianism. En: Samuel Freeman. The Cambridge Companions to Rawls. New York: Cambridge University Press.

De MARIO, Camila. (2013) Saúde como questão de Justiça. Tese de Doutorado. IFCH – UNICAMP, Campinas - SP.

RAWLS, John. (2008) Uma Teoria da Justiça. São Paulo: Ed. Martins Fontes.

_____. (2005) Political Liberalism. Expanded Ed. New York: Columbia University Press.

ROTHSTEIN, Bo. (1998) Just Institutions Matter. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.