

Desigualdades na visão sanitária

Roberto Passos Nogueira (IPEA/DIEST)

Duas abordagens completamente distintas, embora confundíveis devido a terem denominações assemelhadas, foram propostas nas últimas décadas para a análise das desigualdades em saúde. A primeira procede do movimento da medicina social na América Latina da década de 1970 e aborda a *determinação social da saúde* (Nogueira, 2010), enquanto a segunda aborda os *determinantes sociais da saúde* e vem se transformando numa espécie de linha oficial pelo fato de ter origem em relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008). A diferença fundamental entre essas duas abordagens não é adequadamente compreendida hoje em dia pela grande maioria dos sanitaristas, visto que se relaciona com pressupostos epistemológicos antagônicos, não mais estudados pelas instituições acadêmicas da área: de um lado, o método histórico-estrutural e, de outro, a abordagem empirista peculiar às ciências médicas e à epidemiologia.

O conceito de determinação social da saúde foi desenvolvido pelo movimento de medicina social na América Latina, tendo buscado inspiração no marxismo para constituir o eixo de um pensamento crítico sobre as questões da saúde e da doença. No sentido conferido originalmente por Hegel e adotado por Marx em seu método dialético, determinação é o movimento do pensamento que procura passar do abstrato ao concreto na análise de um fenômeno social qualquer, mantendo como orientação essencial uma perspectiva histórica. Para alcançar uma determinação complexa e concreta é preciso pensar um dado fenômeno mediante uma multiplicidade de conceitos e de informações, que, em seu conjunto, fazem com que se possa entendê-lo de modo particularizado, ou seja, concretamente. “O concreto é concreto porque é síntese de múltiplas determinações”, diz Marx na *Introdução à Crítica da Economia Política*. Portanto, a *determinação social de um fenômeno* implica em pensá-lo de modo rico, variado, mediante uma multiplicidade de conceitos bem definidos e de fatos bem reconhecidos.

A determinação social da saúde busca dar uma adequada visibilidade à relação entre o que é permanente e o que é transitório nas condições de trabalho, vida e saúde da população. O que caracteriza essa abordagem é o pressuposto de que é necessário analisar o estado de saúde da população sempre tendo em conta os componentes estruturais das sociedades. Por exemplo, população é um conceito abstrato sempre que aparece isolado de outros conceitos estruturadores tais como capital, trabalho, relações de produção, classe, etc. Para abordar a saúde de dado grupo social é preciso, antes de tudo, entender como as pessoas trabalham e ganham a vida. Isto é, há que se apreender: 1) o quê, o como e em que condições produzem, na cidade e no campo; 2) como ocorre a distribuição do produto global e, portanto, da renda nacional; 3) como a produção nacional se insere na economia mundial, e assim por diante.

Para esse modo de análise, os recursos naturais (ambientais ou biológicos) devem ser entendidos como estando subordinados às categorias que estruturam o conjunto social. Neste particular, determinar socialmente a saúde significa pensar a saúde e a doença a partir das características estruturais das sociedades historicamente constituídas, nas quais o meio ambiente natural já se encontra socialmente incorporado. Portanto, o conceito de determinação social sempre considera o significado da natureza com base no pressuposto do primado do social em relação ao natural. A hipótese filosófica implícita é que as dimensões biológicas e ambientais da vida humana estão, em linguagem filosófica, *subsumidas* às características estruturais de cada sociedade em seu desenvolvimento histórico. Uma consequência desse pressuposto filosófico é que as desigualdades sociais não podem ser estudadas tendo em conta unicamente as “variáveis sociais” relacionadas com trabalho, renda, moradia, etc., que segmentam a realidade social e não permitem uma compreensão de sua totalidade concreta.

As décadas de 1970 e 1980 foram decisivas para a construção desse referencial teórico, já que a América Latina passava então por um período de forte crescimento dos movimentos populares. Autores de diversos países dedicaram-se à reformulação dos conhecimentos essenciais da saúde pública, abrigados agora sob o nome de epidemiologia social. O conceito de determinação social da saúde e da doença surge com esses estudos pioneiros

da epidemiologia social na América Latina, destacando-se a contribuição de colegas do México, Colômbia, Equador, Brasil e Argentina. No Brasil, essa abordagem teve uma influência decisiva sobre o pensamento do movimento social que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e ao direito à saúde, plasmado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

Contudo, desde o início da década de 1990, a epidemiologia social foi anulada ou marginalizada nos meios acadêmicos latino-americanos, sendo suplantada pela epidemiologia tradicional e, mais recentemente, pela epidemiologia dos determinantes sociais da saúde, que se caracteriza pelo destaque da causalidade social dos problemas de saúde. A epidemiologia dos determinantes sociais concentra-se no estudo das associações entre problemas de saúde, de um lado, e variáveis sociais, de outro, tais como características de emprego, renda familiar, educação, acessibilidade a serviços de saúde, etc. Uma das questões que está teoricamente obscura nesse enfoque é se existem determinantes não sociais da saúde, ou seja, se é possível falar de determinantes da saúde que sejam estritamente naturais. Esse questionamento fica sem resposta por parte dessa vertente de análise epidemiológica na medida em que ela não adota um referencial filosófico explícito acerca da relação entre sociedade e natureza.

As desigualdades sociais que foram objetos de pesquisa referidas no informe da OMS (2008) têm um caráter de obviedade que não pode deixar de ser sublinhado. Por exemplo, as pesquisas comprovam que os trabalhadores com vínculos precários têm mais episódios de doenças do que os trabalhadores da economia formal; e que os trabalhadores desempregados sofrem mais de estresse e de certos problemas de saúde mental do que os que estão empregados. De modo geral, esses estudos comprovam o que já é esperado de antemão com base no senso comum.

Devido ao modo genérico em que são concebidos e apresentados seus resultados, as variáveis entendidas como determinantes sociais pouco ou nada dizem sobre como as pessoas vivem e trabalham. O que entra em cena através desse modelo é a base epistemológica positivista da epidemiologia tradicional que leva a discriminar fatores causais isoladamente e a empreender

análises segmentadas por “grupos de risco”, que neste caso são identificados com base em variáveis sociais.

A linha dos determinantes sociais acaba por evidenciar, através de múltiplos indicadores de desigualdade das condições de saúde, aquilo que é previsível numa sociedade profundamente desigual. Dessa abordagem segmentada dos determinantes sociais, entendidos como fontes de risco de morbidade e mortalidade, surge uma interpretação igualmente segmentada da justiça social. Por exemplo, o informe da OMS discute os resultados de uma pesquisa que demonstra que há maior morbidade entre o grupo social dos trabalhadores precários do que entre os formalmente empregados, e toma esse fato como uma evidente injustiça que estaria a exigir uma ação específica por parte dos estados-membros. Com isso, algo muito importante deixa de ser indagado: as raízes da injustiça na sociedade como um todo.

Ao abordar as condições injustas de vida e de trabalho dos diversos grupos sociais sem dispor de qualquer teoria explícita dos fenômenos sociais, os estudos de determinantes sociais inscrevem-se nitidamente no âmbito da interpretação funcionalista dos fenômenos sociais, mas sem aderir declaradamente a uma dada corrente da sociologia funcionalista. Devido a seu fundamento empirista, esses estudos acabam por *naturalizar* as condições sociais, tomando-as como fonte de fatores causais. A partir dessa naturalização, entende-se que a causalidade social da saúde tem de ser combatida socialmente do mesmo modo que se combate uma doença individual, ou seja, uma a uma, mediante iniciativas específicas que competem a este ou aquele setor de políticas públicas. Essa perspectiva segmentadora das desigualdades sociais faz com que a análise peculiar à epidemiologia dos determinantes sociais descreva cada uma de tais desigualdades como sendo um potencial objeto de consideração do ponto de vista da justiça social. Sendo assim, a análise perde de vista a diferença entre desigualdades que são estruturais da sociedade capitalista e aquelas que são próprias de uma conjuntura desfavorável, que vem a agravar as primeiras de algum modo.

Numa arguta análise crítica do relatório da OMS de 2008, autores vinculados à Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES) distinguem da

seguinte maneira os componentes estrutural e conjuntural da determinação social:

En todas las formaciones capitalistas se expresan estas desigualdades, más o menos exacerbadas dependiendo del momento de desarrollo del capitalismo en cuestión. Sin embargo, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados: el incremento de la pobreza, la profundización de las desigualdades económicas políticas, el deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas (Arellano et al., 2008, 325).

Para a vertente da determinação social da saúde está claro que o método epidemiológico dos fatores sociais é incapaz de oferecer um entendimento adequado das origens das desigualdades em seus aspectos estruturais e conjunturais. A compreensão de como surgem e como se distribuem os problemas de saúde das classes sociais não pode ser alcançada neste caso porque a epidemiologia dos chamados “determinantes sociais” é incapaz de oferecer bases sociológicas e filosóficas acerca de como as sociedades modernas organizam concretamente as relações econômicas e políticas entre seus cidadãos, e de como poderiam organizá-las de outro modo a fim de diminuir drasticamente as desigualdades sociais. Sua vocação cientificista a leva a ater-se unicamente à análise dos resultados de cada pesquisa empiricamente orientada, evidenciando desigualdades segmentadas que têm significado superficial quando consideradas do ponto de vista da interpretação da dinâmica da relação entre aspectos estruturais e aspectos conjunturais da sociedade.

Contudo, a epidemiologia social latino-americana esteve sempre muito marcada por sua concentração na análise das condições de saúde. Do ponto de vista de uma bioética histórico-crítica, é necessário, igualmente, promover estudos acerca dos fenômenos da *determinação social das práticas de saúde*. Em parte esse tipo de estudo já está previsto no âmbito dos referenciais

teóricos da medicina social latino-americana, que corresponde ao campo da saúde coletiva no Brasil.

Este não é o lugar apropriado para tratar adequadamente deste relevante tema, já que não necessariamente implica em questões de desigualdades. De qualquer modo, cumpre destacar um caso pouco discutido de determinação social da prática. Trata-se de entender o modo como são definidas as categorias de diagnóstico em função dos interesses econômicos das indústrias do setor saúde, particularmente da indústria farmacêutica, interessada em conceber e vender novos medicamentos para “doenças inventadas”. Trata-se do fenômeno da “vendagem de doenças” (*disease mongering*, segundo Moynihan, 2002), que é a criação de novas entidades mórbidas cujo tratamento favorece o crescimento do mercado de medicamentos. A disfunção erétil, o distúrbio de hiperatividade, o déficit de atenção, a disfunção sexual feminina e outras “síndromes inventadas” constituem bons exemplos desse tipo de associação perversa entre a indústria farmacêutica e a prática da medicina. O significado amplo da determinação social das práticas de saúde tem que ser repensado através desse exemplo destacado, que é a tendência contemporânea a criar e a expandir indefinidamente as categorias de morbidade física e psicológica, gerando novos padrões de prática médica, oculta ou abertamente incentivados pelos interesses da indústria farmacêutica.

Referências

Arellano, O. L. Escudero, J. C. Carmona, L. D. *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES. Medicina Social, V. 3. N. 4, 2008.

Nogueira, R. P. (Organizador). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*, Rio de Janeiro, Cebes, 2010.

Moynihan R., Heath I., Henry D. *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. BMJ : *British Medical Journal*. 2002; 324(7342):886-891.

WHO. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008.

