

Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença

RITA BARRADAS

BARATA é professora do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e pesquisadora do CNPq.

RITA BARRADAS BARATA

O tema das desigualdades sociais e suas relações com o nível de saúde populacional não é novo. Desde as primeiras investigações epidemiológicas, ainda no século XIX, surtos epidêmicos, doenças ocupacionais, mortalidade infantil e outros problemas de saúde foram estudados de modo a evidenciar os diferenciais existentes entre os grupos sociais. Os trabalhos clássicos de Engels sobre as condições da classe trabalhadora inglesa, de Snow sobre as epidemias de cólera em Londres, de Louis sobre os trabalhadores de tecelagens na França, de Virchow sobre as epidemias de tifo nas minas da Silésia tratavam de relacionar as condições de vida e a situação de saúde ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população (1).

Nos Estados Unidos, no início do século XX, os trabalhos de sanitaristas como Warren e Sydenstricker (2) apontavam diferenças acentuadas nas condições de saúde de famílias pobres e ricas,

1 G. Rosen, *Da Polícia Médica à Medicina Social*, Rio de Janeiro, Graal, 1979.

2 N. Krieger, E. Fee, "Measuring Social Inequalities in Health in the United States: a Historical Review, 1900 - 1950", in *International Journal of Health Service* 26(3), 1996, pp. 391-418.

não apenas no padrão de mortalidade mas também no registro de morbidade. Estudos realizados no período da Depressão demonstraram que o impacto sobre a saúde foi maior entre as famílias que tiveram sua situação socioeconômica deteriorada em comparação com famílias que já eram pobres anteriormente, sugerindo assim a importância não apenas da pobreza absoluta mas também dos impactos negativos da pobreza relativa.

Na América Latina, a produção sobre desigualdades sociais e saúde é mais recente, correspondendo à segunda metade do século XX, incluindo tanto investigações relativas à pobreza e a outros indicadores de nível socioeconômico em abordagens predominantemente funcionalistas quanto investigações sobre desigualdades baseadas no conceito de classe social e em abordagens materialistas históricas (3).

Durante os anos 80, entretanto, na vigência do movimento que se convencionou chamar de neoliberalismo, o predomínio da desregulação dos mercados financeiros, a globalização econômica e o conservadorismo político reduziram o interesse dos acadêmicos e dos tomadores de decisão, dos países desenvolvidos, nas questões relativas à equidade socioeconômica, e até mesmo as consequências da pobreza sobre a saúde e o bem-estar foram retiradas da agenda política (4).

Na última década o interesse no estudo das relações entre situação socioeconômica e saúde tem ressurgido, nos países desenvolvidos, tanto nos meios acadêmicos quanto na agenda política, com especial ênfase na abordagem das desigualdades sociais. Vários autores atribuem este interesse renovado às consequências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais (5). Inicialmente observa-se o ressurgimento do tema da pobreza e as análises comparativas entre ricos e pobres sob a nova ótica da exclusão social. Paulatinamente, ganham espaço as investigações sobre as desigualdades sociais na perspectiva da iniquidade.

3 N. Almeida Filho, *Desigualdades em Saúde Segundo Condições de Vida: Análise da Produção Científica na América Latina e Caribe*, PAHO, 1998 (mimeo.).

4 N. Moss, "Socioeconomic Disparities in Health in the US: an Agenda for Action", in *Social Science & Medicine* 51, 2000, pp. 1.627-38.

5 Idem, *ibidem*; D. Coburn, "Income Inequality, Social Cohesion and the Health Status of Populations: the Role of Neoliberalism", in *Social Science & Medicine* 51, 2000, pp. 133-46.

O QUE SÃO AS DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE?

Há diferentes concepções acerca das desigualdades em saúde. Muitas vezes os termos *diferenciais de saúde e desigualdades em saúde* são usados como sinônimos, o mesmo ocorrendo entre os termos *desigualdade e iniquidade*.

Alguns autores, entretanto, consideram necessário estabelecer maior precisão conceitual nos estudos de condições de vida e situação de saúde, tendo em vista que as abordagens teóricas e práticas podem ser diferentes a partir de diferentes perspectivas.

Breilh (6) propõe três conceitos distintos e complementares para tratar das diversidades existentes em uma população. O conceito de *diferença* se aplicaria às variações observadas na distribuição das doenças em populações; o conceito de *distinção* remeteria às práticas sociais cotidianas constitutivas das identidades individuais e, finalmente, o conceito de *desigualdades* significaria as diferenças produzidas no processo social em decorrência das diferentes posições de posse e poder dos grupos sociais em uma dada formação histórica.

Silva e Almeida Filho (7) propõem uma série um pouco diferente desta incluindo as diferentes dimensões do processo saúde-doença. O conceito *diferença* se aplica à dimensão individual. O conceito *diversidade* se refere à espécie sinalizando as variações entre grupos de indivíduos. O conceito *distinção* remete à dimensão simbólica. O conceito *desigualdade* incorpora a dimensão da justiça, e o conceito de *iniquidade* adquire sentido na dimensão política de repartição das riquezas na sociedade.

Apesar de o conceito de igualdade significar a partilha de igual quantidade de bens ou de saúde para cada um, o conceito de desigualdade incorpora, para a maioria dos autores, a idéia de uma repartição desigual produzida pelo próprio processo social, isto é, a percepção de que o acesso a bens e serviços e a um dado nível de saúde está forte-

mente determinado pela posição que os indivíduos ocupam na organização social.

O conceito de equidade, por sua vez, inclui a idéia de necessidade, ou seja, parte-se do princípio de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que, portanto, a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. A impossibilidade de realizar as necessidades seria, então, vista como injusta ou iniquidade (8).

Uma das conceituações mais utilizadas é aquela proposta por Margareth Whitehead na qual a equidade em saúde é definida da seguinte maneira: “[...] idealmente todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria apresentar qualquer desvantagem se isto pudesse ser evitado” (9).

Pedro Luís Castellanos (10) afirma que nem toda diferença na situação de saúde pode ser considerada iníqua, mas toda diferença ou desigualdade redutível, vinculadas às condições heterogêneas de vida, constituem iniquidades. Portanto, as desigualdades sociais em saúde são aquelas diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade. Teoricamente, em sociedades nas quais os valores de cooperação e solidariedade fossem dominantes, tais diferenças poderiam ter valor positivo e produtor de saúde, ao passo que, nas sociedades em que predominam a exploração e a dominação, essas diferenças são necessariamente negativas e produtoras de doença (11).

DIFERENÇAS ABSOLUTAS E DIFERENÇAS RELATIVAS

A questão das desigualdades sociais em saúde pode ser abordada a partir da verificação de diferenças absolutas nas condições de vida de diferentes populações ou através das diferenças relativas entre elas.

O primeiro enfoque está presente nos inúmeros estudos sobre a pobreza, nos quais a situação de saúde é diretamente atribuída

6 J. Breilh, *La Inequidad y la Perspectiva de los sin Poder: Construcción de lo Social y del Género. Cuerpos, Diferencias y Desigualdades*, Bogotá, Utopía Ediciones, 1998.

7 L.M.V. Silva e N. Almeida Filho, *Distinção, Diferença, Desigualdade, Iniquidade e a Saúde: uma Análise Semântica*, Salvador, 2000 (mimeo.).

8 Centre For Health Equity, Training, Research and Evaluation, “What is Equity?”, *Newsletter 1*, April/2000.

9 Idem, *ibidem*.

10 P. L. Castellanos, “Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais”, in R. B. Barata (org.), *Condições de Vida e Situação de Saúde*, Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.

11 J. Breilh, *op. cit.*

à privação (Figura 1). Parte considerável da população mundial está sujeita a um nível de pobreza que impede o atendimento às necessidades elementares. O Banco Mundial estabeleceu como parâmetro para a pobreza mundial o rendimento igual ou inferior a um dólar americano por dia, identificando assim a existência de 1.300 milhões de pessoas pobres nos continentes asiático e africano (12).

Vários países estabelecem linhas de pobreza a partir de uma relação entre rendimentos e despesas básicas, utilizada para permitir comparações internas. Nos Estados Unidos a oficina responsável pelo Censo Demográfico estabelece como valor para a linha de pobreza uma renda familiar anual de US\$ 16.000,00 para uma família com quatro membros. No Reino Unido o valor correspondente é definido com 1/2 salário mínimo *per capita* (13). Este mesmo valor tem sido adotado no Brasil para estabelecer o ponto de corte (14).

A institucionalização da linha de pobreza tornou possível monitorar tendências sociais e de saúde entre pobres e não-pobres, seja na comparação entre países ou dentro dos países (15). Entretanto, ocorre um paradoxo: nem sempre os países mais ricos são os mais saudáveis, ou apresentam os melhores níveis de saúde (16). As desigualdades assumem a forma de diferenciais relativos entre indivíduos situados em diferentes posições na organização social e se manifestam tanto nas sociedades desenvolvidas quanto naquelas em desenvolvimento ou não-desenvolvidas.

Segundo Wilkinson (17) a saúde é fortemente afetada pela posição social dos indivíduos. No mundo desenvolvido os países com melhor nível de saúde são os mais igualitários em termos de distribuição da riqueza. Supostamente, nos países com menores desigualdades de renda a organização social tende a ser mais coesa (18).

A relação entre pobreza absoluta e saúde é mais fácil de ser aceita tanto pelos pesquisadores quanto pela própria população, pois a relação direta e imediata entre privação de necessidades básicas e saúde está suficientemente demonstrada e assi-

FIGURA I
Desigualdades em saúde entre “pobres e ricos”

TAXA DE POBREZA E MORTALIDADE INFANTIL, ESTADO DO MARANHÃO E SÃO PAULO, 1998		
Estado	Taxa de pobreza*	Mortalidade Infantil**
Maranhão	60%	55,7
São Paulo	12%	19,8

* % da população com renda familiar *per capita* mensal de até 1/2 salário mínimo
** óbitos em menores de 1 ano por 1.000 nascidos vivos

Fonte: IDB 2000, RIPSAs

milada. Já a aceitação da associação com desigualdade relativa é mais difícil de ser interpretada e aceita. Pensar a partir de relações entre grupos ao invés de isolar efeitos sobre indivíduos requer mudança de perspectiva e principalmente de referencial teórico e metodológico.

DETERMINANTES DE SAÚDE E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Os enfoques baseados na oposição entre pobreza e riqueza tendem a interpretar as relações entre o nível socioeconômico e o nível de saúde como decorrentes principalmente da dificuldade de acesso dos pobres aos bens e serviços, entre os quais os de saúde. Nesta perspectiva de análise as desigualdades são vistas como se fossem produzidas, principalmente, na esfera de consumo.

O nível de riqueza determina a possibilidade de consumo ou a privação de bens materiais essenciais para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde e também o acesso e a utilização de serviços de saúde. Deste modo, o nível de riqueza influencia, diretamente, a situação de saúde (19).

Os enfoques centrados nas diferenças relativas tendem a interpretar as desigualdades em saúde como decorrentes da própria organização social, ou seja, como resultado dos processos de produção da vida material e não-material de uma sociedade. Estudos

12 D. Gwatkin, "Reducing Health Inequalities in Developing Countries", in *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford University Press, fourth edition, 2000.

13 Idem, *ibidem*.

14 RIPSAs – Rede Interagencial de Informações para a Saúde, *Indicadores e Dados Básicos para a Saúde*, Brasília, 2000.

15 N. Moss, *op. cit.*

16 R. G. Wilkinson, *Unhealthy Societies*. London, Routledge, 1996.

17 Idem, *ibidem*; idem, "Relação Internacional entre Equidade de Renda e Expectativa de Vida", in R. B. Barata et. al. (orgs.), *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*, Rio de Janeiro, Fiocruz/Abrasco, 1997.

18 D. Coburn, *op. cit.*; R. G. Wilkinson, *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*, *op. cit.*

19 N. Moss, *op. cit.*

ingleses têm demonstrado que a posição dos indivíduos na organização social é determinante da situação de saúde independentemente do acesso a serviços de saúde e de hábitos individuais saudáveis (20).

A existência de um sistema nacional de saúde é condição necessária, porém não suficiente, para melhorar a saúde da população e reduzir as desigualdades em saúde. Como os processos que determinam a saúde e a doença muitas vezes ocorrem fora do sistema de saúde não é possível esperar que através dele possam ser corrigidas as desigualdades. Dito de outro modo, as desigualdades criadas na esfera da produção não podem ser completamente sanadas através da esfera de distribuição e consumo.

Estas afirmações não invalidam os esforços feitos para ampliar o acesso a serviços de saúde por parte das parcelas normalmente excluídas de seus benefícios, pois habitualmente ocorre uma soma de efeitos deletérios relacionados com a reprodução social como um todo. Não poderia ser de outra maneira, visto que a distribuição e o consumo estão estruturalmente vinculados às formas de produção social e ambas as etapas conformam o processo de reprodução social.

Só a partir de um enfoque estrutural é possível compreender por que as desigualdades sociais se ampliaram em países que possuem sistemas nacionais de saúde gratuitos, universais e de qualidade.

O conceito de exclusão social decorre desse tipo de compreensão, visto que considera para além da pobreza as possibilidades dos indivíduos a partir de sua inserção/não-inserção na estrutura de reprodução social. Durante muito tempo, sob a influência da teoria de Marx sobre a população excedente, ou exército industrial de reserva, considerou-se a situação de extrema pobreza como funcionalmente ligada à manutenção da acumulação capitalista na medida em que tais indivíduos contribuíam para manter baixa a remuneração do trabalho ampliando a mais-valia relativa. Com as transformações dos mecanismos de acumulação, na fase do capitalismo financeiro, passou-se a perceber estes indi-

víduos como excluídos do processo de reprodução social, ou seja, destituídos de qualquer função relevante para o capital. Assim, a categoria analítica *exclusão social* permite pensar parcelas crescentes da população que estão completamente à margem dos processos produtivos, e que só poderão ser incluídas a partir de outra perspectiva de análise que não valorize apenas o papel produtivo dos indivíduos.

DESIGUALDADES SOCIAIS E DIFERENÇAS INDIVIDUAIS

Alguns autores tentam reduzir as desigualdades em saúde a suas dimensões puramente individuais, desconsiderando o fato ineludível de que o homem não existe a não ser em sociedade. Feinstein, citado por Rosenberg e Wilson (21), reduz as desigualdades em saúde às diferenças decorrentes de características individuais ou a diferentes estágios da vida, como se não existissem outros determinantes do processo saúde-doença além dos estritamente biológicos.

Murray e colaboradores (22) conceituam a desigualdade em saúde como a medida da variação no estado de saúde entre indivíduos em uma população e argumentam que ao adotar esta definição estão tornando a questão positiva e, portanto, passível de investigação científica, ao despi-la do caráter normativo implícito ao conceito de equidade. Além disso, consideram que este tipo de medida é o complemento natural às taxas ou medidas do nível médio de saúde de uma população. Novamente, está subentendida a noção de que a população é apenas um conjunto relativamente heterogêneo de indivíduos e que entre o conjunto e as partes não há nenhuma mediação. A abordagem social das desigualdades é considerada pouco científica e os autores chegam a questionar se variáveis sociais tais como a posição social realmente existem!

A maioria dos autores, entretanto, considera que estudar as desigualdades em saúde significa levar em conta, sistemática

20 Idem, *ibidem*.

21 M. W. Rosenberg e K. Wilson, "Gender, Poverty and Location: How Much Difference do They Make in the Geography of Health Inequalities?", in *Social Science & Medicine* 51, 2000, pp. 275-87.

22 C. J. L. Murray; E. E. Gakidou; J. Frenk, "Health Inequalities and Social Group Differences: What Should We Measure?", in *Bulletin of the World Health Organization* 77(7), 1999, pp. 537-43.

23 M. W. Rosenberg e K. Wilson, *op. cit.*; P. Braveman; N. Krieger; J. Lynch, "Health Inequalities and Social Inequalities in Health", in *Bulletin of the World Health Organization* 78(2), 2000, pp. 232-4.

24 D. Gwatkin, *op. cit.*

25 C. Hertzman e A. Siddiqi, "Health and Rapid Economic Changes in the Late Twentieth Century", in *Social Science & Medicine* 51, 2000, pp. 809-19.

26 V. Navarro e L. Shi, "The Political Context of Social Inequalities and Health", in *International Journal of Health Services* 31(1), 2001, pp. 1-21.

e explicitamente, as relações entre os determinantes sociais e a saúde (23). Gwatkin (24) afirma que no estudo das desigualdades em saúde as dimensões de interesse são a econômica, a social, a de gênero e de etnia (Figuras 2, 3 e 4).

Hertzman e Siddiqi (25) propõem que as desigualdades em saúde sejam estudadas em três dimensões articuladas. No nível macrosocial seriam considerados os fatores relativos ao Estado, quais sejam a riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, o nível de emprego e a estrutura de oportunidades para suportar a saúde e o bem-estar da população. No nível intermediário seriam considerados os fatores relativos à organização social, tais como coesão, confiança, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação. No nível microssocial seriam analisadas as redes sociais de suporte familiar e pessoal.

Navarro e Shi (26) destacam a importância de analisar também os aspectos políticos que têm sido menos valorizados nos estudos de desigualdades. Eles demonstram, através de dados empíricos, que os países europeus que tiveram por períodos mais longos governos trabalhistas ou social-democratas apresentam menores desigualdades em saúde do que aqueles cujos governos foram principalmente democratas cristãos ou liberais. Os autores atribuem estes resultados ao maior interesse dos partidos trabalhistas e social-democratas em instaurar políticas redistributivas.

Pensando o processo saúde-doença como a resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre as diferentes dimensões da realidade é possível compreender as diversas dimensões possíveis na abordagem do problema. Assim, a abordagem política proposta por Navarro, por exemplo, refere-se a um nível mais distal de determinação, ou seja, uma dimensão abrangente porém mais genérica, a partir da qual outros planos de mediação irão intervir.

O plano de mediação seguinte, entre o sistema político e o perfil de saúde-doença,

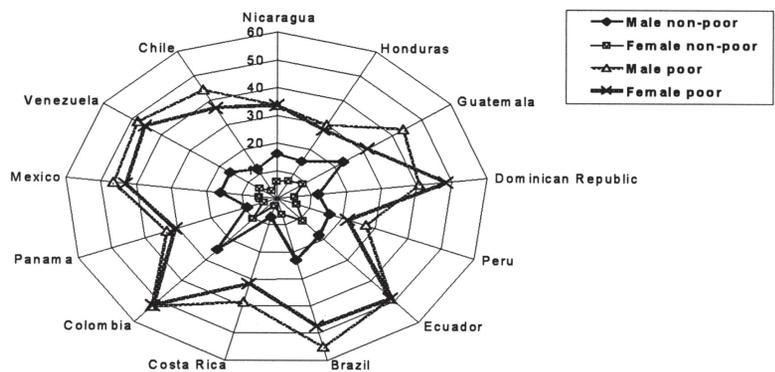
FIGURA 2
Desigualdades relativas em saúde

MORTALIDADE INFANTIL EM PELOTAS SEGUNDO A RENDA FAMILIAR PER CAPITA, 1993		
Estrato	Mortalidade Infantil	Risco Relativo
< 1 sm	33,0	6,6
1-2 sm	32,0	6,4
3-5 sm	10,0	2,0
6-10 sm	10,0	2,0
> 10 sm	5,0	1,0

Fonte: OPS/OMS, *Disparidades de Salud en America Latina y el Caribe División de Salud y Desarrollo Humano*, Washington, 1999.

FIGURA 3
Desigualdades relativas a relações de gênero

PROBABILIDADE DE MORTE PREMATURA 15-59 ANOS POR SEXO E NÍVEL DE POBREZA, 13 PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E CARIBE, 1994	
---	--



Fonte: OPS/OMS, *Disparidades de Salud en America Latina y el Caribe División de Salud y Desarrollo Humano*, Washington, 1999.

FIGURA 4
Desigualdades relativas a etnia

MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO GRUPO ÉTNICO E ESCOLARIDADE DA MÃE, BRASIL, 1990				
Grupo	Analfabetas		Mais de oito anos de escolaridade	
	taxa	rr	taxa	rr
Negros	120	2,1	82	1,4
Mulatos	110	1,9	70	1,2
Branco	95	1,6	57	1,0

Fonte: OPS/OMS, *Disparidades de Salud en America Latina y el Caribe División de Salud y Desarrollo Humano*, Washington, 1999.

será a organização socioeconômica existente em uma dada formação social. Esta dimensão estará subordinada à determinação política e funcionará como mediadora para outras dimensões mais particulares tais como as etnias ou as relações de gênero (27). Estas, por sua vez, sofrerão a determinação das dimensões anteriores e funcionarão como mediadoras para processos microssociais, tais como as relações familiares. A dimensão mais proximal será dada pelas características fenotípicas dos indivíduos resultantes das interações entre características genotípicas e ambiente no qual o indivíduo vive.

Cada uma dessas dimensões pode ser privilegiada pelos pesquisadores no estudo das desigualdades sociais, sem que esta escolha signifique a negação das outras dimensões.

POLÍTICAS PARA A REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES

As políticas propostas para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde variam em função da compreensão que se tenha do problema. De maneira geral podem ser identificadas duas abordagens principais: propostas que visam à redução da pobreza, que se articulam com a valorização das diferenças absolutas; e propostas que visam ao atendimento das necessidades, vinculadas à noção de equidade. Ambas pressupõem que as metas sejam estabelecidas em termos distributivos ao invés da adoção de metas globais.

Se a questão das desigualdades for tomada da perspectiva da oposição entre pobres e ricos a tendência será formular políticas de redução da pobreza ou de redução das conseqüências financeiras da doença. Duas estratégias principais têm sido caudatárias desta abordagem: as propostas de focalização e as reformas setoriais que têm como principal preocupação prevenir os efeitos catastróficos da ocorrência de doenças sobre a renda familiar. Ambas têm sido difundidas na América Latina inicial-

mente pelo Banco Mundial e posteriormente também pelos organismos internacionais de saúde como a Organização Mundial (OMS).

As políticas de focalização partem do princípio que, dada a escassez de recursos, apenas os grupos mais carentes deveriam ser atendidos através de políticas públicas, ou seja, que os recursos deveriam ser canalizados com exclusividade para os pobres. Estas propostas podem ser operacionalizadas através de diferentes estratégias: a identificação dos indivíduos classificados como pobres a partir de determinados critérios; a identificação de áreas geográficas com concentração de pobreza; a seleção de determinados problemas de saúde identificados como próprios da pobreza (28).

Para a prevenção dos efeitos catastróficos da doença sobre as famílias pobres o Banco Mundial propõe que os sistemas nacionais de saúde adotem o pré-pagamento como forma de financiamento, isto é, instituem seguros-saúde subvencionados para os pobres. Estes seguros, evidentemente, não teriam cobertura integral, estabelecendo um conjunto de procedimentos básicos ou uma “cesta básica” de serviços. Estes procedimentos incluiriam algumas atividades de assistência primária e, eventualmente, secundária, dependendo do orçamento da saúde (29).

Ambas as estratégias apresentam problemas em sua aplicação a países não-desenvolvidos onde a maioria da população tem dificuldades concretas para custear sua assistência à saúde, seja através de pagamento direto pelos serviços utilizados, seja através de pré-pagamento a seguradoras. Quando a maioria da população tem renda insuficiente para custear sua própria assistência, ou seja, mostra-se incapaz de “ir ao mercado” para obter os bens e serviços de saúde, várias questões permanecem sem respostas. Que parcela da população deve receber o benefício do subsídio?

Como definir que atividades são básicas para a saúde e, portanto, deveriam ter seu consumo garantido? Com que argumentos defender a inclusão na “cesta básica” das vacinas contra o sarampo e a polio-

27 D. Gwatkin, op. cit.; OPS/OMS, *Disparidades de Salud en America Latina y el Caribe* División de Salud y Desarrollo Humano, Washington, 1999.

28 D. Gwatkin, op. cit.

29 Idem, ibidem.

mielite e a exclusão das vacinas contra *hemofílus*, a hepatite e a raiva? Afinal, o que pode ser considerado básico no atendimento em saúde?

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem à promoção, à prevenção, à manutenção e à recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade (30).

Compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas que se baseiem no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos e, a partir desta consideração, elaborem estratégias compensatórias. Tais estratégias, para serem coerentes com os princípios teóricos anteriormente expostos, devem considerar que as necessidades são diferentes e portanto requerem recursos também diferenciados para sua satisfação.

Para atender a estas exigências as políticas de saúde deverão ter algumas características. Para preservar o direito de todos à saúde elas devem ser universais e buscar o atendimento integral das necessidades sem classificá-las segundo o tipo de assistência necessária para atendê-las. Para basear-se nas necessidades da população os sistemas devem ser locais, isto é, organizar-se por território, e finalmente, deve haver a participação dos grupos sociais organizados nas definições das diretrizes da política de saúde.

Dentro de uma política de saúde com estas características caberia desenvolver propostas de discriminação positiva visando incluir ativamente, nos benefícios, aqueles grupos socialmente em desvantagem. Diferentemente das propostas de focalização, a discriminação positiva visa tratar os indivíduos de acordo com as suas necessidades. Uma vez que as ações de massa podem não satisfazer às necessidades desses grupos, será necessário estabelecer propostas especificamente voltadas para grupos vulneráveis. Assim, a uma política

genérica se acoplarão atividades especialmente desenhadas para reduzir as desigualdades ou compensá-las. Um bom exemplo deste tipo de estratégia é o controle das doenças evitáveis por vacinação. Há um programa nacional de imunizações que estabelece o calendário a ser seguido por todas as crianças menores de um ano. Entretanto, sabendo-se que os grupos socialmente marginalizados têm maior dificuldade em utilizar serviços de saúde, ainda que os mesmos sejam públicos e gratuitos, instituíram-se os “dias nacionais de vacinação” nos quais a estratégia de campanha, dirigida aos grupos que não podem frequentar serviços rotineiros, é utilizada para ampliação da cobertura.

COMPROMISSO ÉTICO

A questão das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde, para além de uma preocupação teórica e prática, constitui-se em um imperativo ético. Ao classificar como injustas as diferenças no perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais, a necessidade de reparação da iniquidade se coloca imediatamente.

Como signatária da Declaração Universal dos Direitos Humanos a sociedade brasileira deve respeitar e buscar concretizar na prática a afirmação de que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (artigo 1º) e, que “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (artigo 3º).

Segundo Marilena Chauí (31), “graças aos direitos, os desiguais conquistam a igualdade, entrando no espaço político para reivindicar a participação nos direitos existentes e sobretudo para criar novos direitos”. Portanto, a tarefa de superação das iniquidades em saúde passa necessariamente pela atuação política de todos os membros da sociedade, mas principalmente daqueles cujos direitos mais fundamentais estão constantemente sendo negados.

30 A. C. Laurell, “Impacto das Políticas Sociais e Econômicas nos Perfis Epidemiológicos”, in R. B. Barata et. al. (orgs.), *Equidade e Saúde: Contribuições da Epidemiologia*, Rio de Janeiro, Fiocruz/Abrasco, 1997.