

**AÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE:  
APRENDENDO COM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES**

Um trabalho de fundamentação preparado para a  
Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde  
Março de 2005

Organização Mundial da Saúde  
Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde  
[http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)  
E-mail: csdh@who.int

### **Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde**

Esse artigo foi produzido para a primeira reunião da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde pelo Secretariado da Comissão, composto por membros do Health Equity Team da OMS, do Gabinete do Diretor-Geral Assistente, e do Evidence and Information for Policy Cluster, da OMS em Genebra. A redação foi realizada principalmente por Alec Irwin e Elena Scali. Outros membros do secretariado da Comissão, particularmente Jeanette Vega e Orielle Solar também fizeram contribuições de grande valor. Contudo, quaisquer erros existentes são somente de responsabilidade dos redatores principais.

## ÍNDICE

**SUMÁRIO EXECUTIVO**

**LISTA DE ABREVIACÕES**

**INTRODUÇÃO**

**1. PANORAMA HISTÓRICO**

1.1 Raízes da perspectiva social da saúde

1.2 Os anos 50: ênfase na tecnologia e em campanhas contra doenças específicas

1.3 Os anos 60 e o começo dos anos 70: o surgimento de ações com base na comunidade

1.4 A cristalização do movimento: Alma-Ata e a atenção primária à saúde

1.5 Conseqüências da Alma-Ata: “Boa saúde a custos baixos”

1.6 O surgimento da atenção primária seletiva

1.7 O contexto político-econômico dos anos 80: o neoliberalismo

1.8 A partir dos anos 90: paradigmas contestados e mudanças nas relações de poder

1.8.1 Debates sobre os desdobramentos da globalização

1.8.2 Ambigüidades da OMS

1.8.3 Abordagens de DSS no nível dos países

1.9 Os anos 2000: aceleração do processo e novas oportunidades

**2. PASSANDO À PRÓXIMA ETAPA: A COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

2.1 Os objetivos da Comissão

2.2 Questões-chave para a Comissão

2.2.1 O escopo da mudança: definindo os pontos de entrada

2.2.2 Antecipando uma possível resistência à mensagem da Comissão

2.2.3 Identificando aliados e oportunidades políticas

2.2.4 Evidências, processos políticos e a “narrativa” da Comissão

**CONCLUSÃO**

**REFERÊNCIAS**

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Hoje, temos uma oportunidade sem precedentes de melhorar a saúde nas comunidades mais pobres e mais vulneráveis do mundo agindo sobre as causas das desigualdades de saúde e doença. A mais importante dessas causas são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, as quais referir-nos-emos como os determinantes sociais da saúde (DSS). A atual agenda de desenvolvimento do mundo foi determinada pelas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM). As MDMs reconhecem a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde e apresentam uma oportunidade de promoção das políticas de saúde que atacam as raízes sociais do sofrimento humano, tão injusto e evitável.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) está preparada para ocupar seu papel de liderança nesse processo. Contudo, para poder alcançar seus objetivos, a CSDH deve buscar ensinamentos no histórico de tentativas anteriores de ação sobre os DSS. O presente artigo tenta responder as seguintes questões: (1) Por que os esforços anteriores para promover políticas de saúde relacionadas aos determinantes fracassaram? (2) Por que achamos que a Comissão se sairia melhor? (3) O que a Comissão pode extrair de experiências anteriores – tanto negativas quanto positivas – que pode aumentar suas chances de obter sucesso?

A dimensão social da saúde, afirmada veementemente na Constituição da OMS de 1948, permaneceu eclipsada pela fase que se seguiu na saúde pública e que enfatizava programas verticais baseados na tecnologia. Os determinantes sociais da saúde e a necessidade de implementação de ações intersetoriais ressurgiu com força no movimento Saúde para Todos, liderado por Halfdan Mahler. As ações intersetoriais sobre os DSS foram essenciais para o modelo de atenção primária abrangente proposta para a agenda do Saúde para Todos após a conferência em Alma-Ata, em 1978. À época, alguns países de baixa renda haviam conseguido melhorar rapidamente suas estatísticas de saúde através de abordagens que envolviam ações sobre os principais determinantes sociais. Rapidamente, uma versão em menor escala da atenção primária à saúde, a “atenção primária seletiva”, disseminou-se. A atenção primária seletiva enfatizava um pequeno número de intervenções com alta relação custo-benefício e atribuía menor importância à dimensão social. O exemplo mais representativo da atenção primária seletiva foi a estratégia GOBI (*Growth monitoring* [monitoramento do crescimento], *Oral rehydration* [hidratação oral], *Breastfeeding* [aleitamento] e *Immunization* [imunização]) dentro da “revolução pela sobrevivência das crianças” realizada pela UNICEF. O contraste entre as abordagens de atenção primária abrangente e seletiva faz surgir algumas questões estratégicas para a CSDH.

A ação sobre os determinantes, junto com outros aspectos da atenção primária abrangente, perdeu força com o consenso político e econômico em relação ao neoliberalismo que se fez dominante a partir dos anos 80, com seu foco na privatização, na desregulação, na redução do tamanho do Estado e na liberalização dos mercados. Durante a ascendência das idéias neoliberais e de suas variantes, ações direcionadas à melhorar as condições de saúde implementadas pelo Estado pareceram ser, em muitos contextos, irrealizáveis. Os anos 90 testemunharam o aumento da influência do Banco Mundial nas políticas de saúde global. A posição da OMS pareceu ambígua. Contudo, durante esse período, surgiram importantes avanços científicos quanto aos DSS e, já no final dos anos 90, muitos países, principalmente os europeus, começaram a desenvolver e implementar políticas de saúde inovadoras com o intuito de melhorar as condições de saúde e reduzir as desigualdades de saúde através de ações sobre os DSS. Essas políticas tinham

“pontos de entrada” diferentes como objetivo. Entre elas, a mais ambiciosa tinha como meta alterar os padrões de desigualdade na sociedade através de mecanismos abrangentes de redistribuição. Alguns programas menos radicais e mais paliativos tiveram como meta proteger populações carentes contra formas específicas de exposição à agravos e contra a maior vulnerabilidade que possuíam devido ao seu status sócio-econômico mais baixo.

Os anos 2000 revelaram-se um verdadeiro pêndulo no tocante às políticas de saúde global. A saúde é uma questão cada vez mais presente na agenda de desenvolvimento global e os agentes envolvidos estão cada vez mais cientes do quão inadequadas são as estratégias de saúde que não levam em conta as raízes sociais das doenças e do bem-estar. Há cada vez mais ímpeto para as ações sobre a dimensão social da saúde. As Metas de Desenvolvimento do Milênio foram adotadas por 189 países na Cúpula do Milênio das Nações Unidas no ano 2000. Elas determinam metas em relação à redução da fome e da pobreza; à educação; à autonomia das mulheres; à saúde infantil; à saúde materna; ao controle de epidemias; à preservação ambiental; e ao desenvolvimento de um sistema de comércio global justo. Essas metas devem ser alcançadas em 2015. As Metas de Desenvolvimento do Milênio criaram um clima favorável para a ação multisetorial e colocaram ênfase na relação entre a saúde e aspectos sociais. Um número cada vez maior de países está colocando políticas de DSS em prática, mas é importante que se expanda esse ímpeto para os países em desenvolvimento, onde os efeitos das DSS são mais devastadores. É nesse contexto que a CSDH inicia seus trabalhos.

Com base na pesquisa histórica, quatro questões principais foram sublinhadas. Os membros da CSDH terão que tomar decisões estratégicas a respeito delas ainda no início do processo. (1) A primeira concerne a amplitude da mudança que a Comissão deseja realizar e os “pontos de entrada” (entry points) adequados das políticas. Nesse ponto, a CSDH irá enfrentar a sua própria versão do processo de escolha entre a atenção primária seletiva e a atenção primária abrangente que os líderes da área de saúde enfrentaram nos anos 80. A CSDH precisará ter critérios de avaliação para identificar os pontos de entrada adequados das políticas para cada país/jurisdicção. (2) A Comissão deve se dedicar ativamente a antecipar uma possível resistência ao seu discurso. A CSDH deverá identificar um conjunto de iniciativas que gerem resultados positivos rápidos tanto para si mesma quanto para os líderes políticos que estiverem adotando uma agenda de DSS. Os membros da Comissão deverão também desenvolver uma estratégia para dialogar com instituições financeiras internacionais, especialmente o Banco Mundial. (3) A CSDH também se beneficiará de algumas oportunidades políticas excepcionais. A Comissão irá se inserir em processos globais e nacionais ligados às Metas de Desenvolvimento do Milênio. Alianças com a comunidade empresarial e a sociedade civil poderão ocorrer, mas os interesses conflitantes deverão ser administrados. As oportunidades existentes e os limites dos argumentos econômicos das políticas de DSS ainda devem ser melhor esclarecidos; e esses argumentos geram profundas questões éticas. (4) Além de fortes evidências, a Comissão precisará de uma “narrativa” convincente e coletiva a respeito dos determinantes sociais da saúde, na qual as evidências possam ser mescladas e comunicadas mais eficientemente. Que história a CSDH quer contar sobre as condições sociais e sobre o bem-estar humano?

Com as respostas para essas perguntas em mãos, a Comissão liderará um esforço global para proteger famílias carentes e assegurar a saúde de futuras gerações atacando as raízes das doenças e do sofrimento.

## LISTA DE ABREVIACOES

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social (Costa Rica)  
CBHP: Programas de Saúde com Base na Comunidade [Community-based health programs]  
CMH: Comissão de Macroeconomia e Saúde [Commision on Macroeconomics and Health]  
CSDH: Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde [Commission on Social Determinants of Health]  
G-8: Grupo dos Oito  
GHLC: Boa saúde a custo baixo [Good health at low cost] (Fundaco Rockefeller)  
GOBI: Monitoramento do crescimento, hidrataco oral, aleitamento, imunizaco [growth monitoring, oral rehydration, breastfeeding, immunization]  
HAZ: Zona de Ao em Saúde [Health Action Zones] (Reino Unido)  
HFA: Saúde para Todos [Health for All]  
HIPC: Iniciativa Países Pobres Altamente Endividados [Heavily Indebted Poor Countries Initiative]  
RSS: Reforma no setor de saúde  
AIS: Ao intersetorial em saúde  
FMI: Fundo Monetário Internacional  
IFIs: Instituioes Financeiras Internacionais  
MS: Ministério da Saúde  
MDM: Metas de Desenvolvimento do Milênio  
ONG: Organizao Não-Governamental  
APS: Ateno primária  saúde  
PRSP: Documento sobre a Estratégia de Reduo de Pobreza [Poverty Reduction Strategy Paper]  
RHP: Programa de Saúde Rural [Rural Health Programme] (Costa Rica)  
SAPs: Programas de ajuste estrutural [structural adjustment programmes]  
DSS: Determinantes Sociais da Saúde  
APS: Ateno primária seletiva  
ONU: Organizao das Naoes Unidas  
UNICEF: Fundo das Naoes Unidas para a Infância [United Nations Children's Fund]  
EUA: Estados Unidos da América  
WHA: Assembléia Geral da Organizao Mundial da Saúde [World Health Assembly]  
OMS: Organizao Mundial de Saúde  
OMT: Organizao Mundial do Trabalho

## **AÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: APRENDENDO COM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES**

### **INTRODUÇÃO**

Nunca a saúde foi tão prioritária na agenda internacional para o desenvolvimento do que é hoje. A questão das desigualdades de saúde entre os países e dentro dos países se transformou em uma preocupação central para a comunidade internacional<sup>i,ii,iii,iv</sup>. Temos uma oportunidade sem precedentes de melhorar as condições de saúde em algumas das comunidades mais carentes e vulneráveis do planeta – se as abordagens escolhidas atacarem as causas reais dos problemas de saúde. As mais importantes entre essas causas são as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, chamadas de determinantes sociais da saúde (DSS). Os determinantes sociais refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do status, do poder e do acesso aos recursos. Evidências mostram que a maioria da carga das doenças e grande parte das desigualdades de saúde são causadas pelos determinantes sociais<sup>v,vi</sup>.

As Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) reconhecem essa interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde. As MDMs mostram que, sem nenhum progresso na redução da pobreza, na promoção da segurança alimentar e da educação, no desenvolvimento da autonomia das mulheres, e na melhoria das condições de moradia em favelas, muitos países não irão alcançar suas metas relativas à saúde<sup>vii,viii</sup>. Além disso, se a área da saúde não se desenvolver, outros objetivos das MDMs também não serão atingidos. Hoje, como a agenda de desenvolvimento internacional foi determinada pelas MDMs, existe uma oportunidade única de se promover as políticas de saúde pública que atacam as raízes sociais do sofrimento humano, tão injusto e evitável.

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH) está preparada para ocupar seu papel de liderança nesse processo. Contudo, para poder alcançar seus objetivos, a CSDH deve buscar ensinamentos na história. Nos anos 70 e 80, a estratégia global Saúde para Todos colocava ênfase na necessidade de se abordar os determinantes sociais, mas essas recomendações raramente foram convertidas em políticas eficazes. O discurso dos DSS surgiu de novo em meados dos anos 90, mas, mais uma vez, a implementação de políticas não conseguiu ir muito à frente nos países em desenvolvimento, onde as necessidades são mais gritantes. Compreender o motivo do insucesso ocorrido no passado é crucial para o planejamento de uma estratégia eficiente para a CSDH.

Para fomentar o processo de desenvolvimento de uma estratégia, o presente artigo pretende esclarecer as seguintes questões:

1. Por que os esforços anteriores para promover políticas de saúde relacionadas aos determinantes fracassaram?
2. Por que achamos que a Comissão se sairia melhor?
3. O que a Comissão pode extrair de experiências anteriores – tanto negativas quanto positivas – para que suas chances de obter sucesso aumentem?

A primeira parte desse estudo é uma revisão dos principais esforços de combate aos determinantes sociais de saúde realizados no passado, com ênfase nos seus respectivos

contextos políticos. Na segunda parte, identifica-se uma série de questões estratégicas importantes, definidas com base na história das experiências anteriores, e apresenta os fatores que devem permitir com que a CSDH catalise uma ação mais efetiva.

Há uma questão de vocabulário que deve ser esclarecida primeiramente. Uma das mensagens transmitidas pela Comissão é a de que as políticas e intervenções que produzam ações exteriores ao setor tradicional de saúde devem ser encaradas somente como parte de uma política de saúde mais robusta. “Política de saúde” não é o mesmo que “política de atenção à saúde”. Nas páginas que vem à seguir, expressões tais como “políticas de DSS” e “abordagens de DSS” serão usadas para economizar tempo e espaço. Essas expressões se referem às *políticas de saúde que levam os determinantes sociais de saúde em consideração*.

## **1. Panorama Histórico**

### **1.1 Raízes da perspectiva social da saúde**

O reconhecimento de que fatores sociais e ambientais influenciam de forma decisiva a saúde das pessoas é uma perspectiva já antiga. As campanhas sanitárias do século XIX e muito do trabalho realizado pelos fundadores da saúde pública moderna refletem a consciência da forte relação existente entre o status social e as condições de vida das pessoas e suas conseqüências na saúde. Rudolf Virchow (1821-1902) perguntava: “Não é verdade que sempre acabamos descobrindo que as doenças da população podem ser ligadas à defeitos da sociedade?”<sup>ix</sup> Pesquisas epidemiológicas recentes confirmam a centralidade de fatores sociais e ambientais nas principais melhorias na saúde da população registradas em países industrializados a partir do início do século XIX. As análises realizadas por McKeown revelaram que a maior parte da redução na mortalidade por doenças infecciosas (tais como a tuberculose) ocorreu antes do surgimento de terapias clínicas. Pelo contrário, o que impulsionava a redução na mortalidade foram as mudanças ocorridas no fornecimento de alimentos e nas condições de moradia<sup>x</sup>.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde, cujo primeiro esboço foi desenvolvido em 1946, mostra que os fundadores da organização tinham não só a intenção de proporcionar assistência médica eficiente, como também abordar as raízes sociais dos problemas de saúde. A Constituição define “saúde” como “um estado de bem-estar físico, mental e *social*” (o grifo é nosso). Isso revela o objetivo da Organização de “fazer com que todos os povos possam atingir o mais alto nível possível” desse estado<sup>xi</sup>. Entre as funções principais da Organização estão o trabalho junto aos Estados-Membros e agências especializadas “no intuito de promover [...] a melhoria das condições sanitárias, econômicas e de nutrição, habitação, recreação, trabalho e de outros aspectos da higiene ambiental,” como premissa para o desenvolvimento da saúde. A Constituição da OMS, assim, prevê a integração entre as perspectivas biomédicas/tecnológicas e sociais em prol da saúde, apesar de que, após a promulgação da Constituição, isso deixou de ocorrer em muitos casos<sup>xii</sup>.

### **1.2 Os anos 50: ênfase na tecnologia e em campanhas contra doenças específicas**

A Constituição da OMS deixava espaço para um modelo social de saúde mais ligado aos direitos humanos. Todavia, o contexto do pós-guerra (guerra fria e descolonização) dificultou a implementação dessa visão e favoreceu uma abordagem não só mais baseada na tecnologia

como também implementadas através de campanhas que traziam em si a marca do militarismo<sup>xiii</sup>. Muitos fatores históricos promoveram esse padrão. Um deles foi uma série de revoluções na pesquisa por medicamentos que ocasionou o desenvolvimento de novos antibióticos, vacinas e outros medicamentos, o que influenciou os profissionais da área de saúde e o público em geral a crerem que estava na tecnologia a resposta para os problemas de saúde do mundo. Esse avanço também proporcionou o surgimento da indústria farmacêutica moderna, que viria a ser não somente um provedor de benefícios científicos, como também uma força política cujo poder de *lobby* viria a influenciar cada vez mais o desenvolvimento de políticas nacionais e internacionais para a área de saúde. Outra mudança importante no contexto político da época foi a saída temporária da União Soviética e de outros países comunistas das Nações Unidas e de suas agências em 1949. Após a saída da União Soviética, as agências das Nações Unidas, incluindo a OMS, passaram a sofrer uma forte influência dos Estados Unidos. Apesar do papel importante dos EUA no desenvolvimento da Constituição da OMS, os membros americanos estavam, à época, relutantes em promover o modelo social da saúde, cujo substrato ideológico não era muito bem-vindo durante a Guerra Fria.

Durante esse período e no período que se seguiu, os modelos de atenção à saúde nos países em desenvolvimento foram influenciados pela dinâmica do colonialismo. Os sistemas de saúde implementados em algumas áreas da África e da Ásia colonizadas por potências europeias serviram somente à elite colonizadora e enfatizaram a assistência médica de alta tecnologia em alguns poucos hospitais das áreas urbanas. Havia pouca preocupação em implementar um modelo de saúde pública mais amplo ou fornecer serviços de saúde a populações de áreas rurais ou de favela. Muitas colônias conseguiram suas independências nos anos 50 e 60 e desenvolveram seus próprios sistemas nacionais de saúde. Infelizmente, esses sistemas foram moldados com base nos modelos existentes no período em que eram colônias. No papel, as estratégias de saúde desenvolvidas após a independência reconheciam a necessidade de expansão dos serviços para populações rurais ou carentes, mas, na prática, a maior parte dos recursos do governo ou provindos de doações internacionais concentravam-se na assistência médica prestada em áreas urbanas. Durante o período, alguns países de baixa renda que haviam recentemente conquistado suas independências gastavam mais da metade do orçamento nacional destinado à saúde na manutenção de um ou dois “palácios da doença” – hospitais de alta tecnologia, equipados com os equipamentos mais modernos, cujos funcionários eram médicos formados no ocidente, e que servia às necessidades de uma elite urbana<sup>xiv</sup>.

A saúde pública internacional da época era caracterizada pela proliferação de programas “verticais” – campanhas de desenvolvimento tecnológico de curto espectro, cujo alvo eram doenças específicas como malária, varíola, tuberculose e boubá. Esses programas eram considerados altamente eficientes e, em alguns casos, tinham a vantagem de tratar de objetivos facilmente mensuráveis (como o número de vacinas administradas, etc.). Contudo, devido a sua natureza, eles tinham a tendência de colocar de lado o contexto social e o seu papel no bem-estar ou nas doenças. Assim como a atenção à saúde baseada em hospitais, esses programas não tocavam nos problemas da maioria da população (especialmente os pobres do meio rural). As campanhas verticais iniciadas nesse período produziram feitos notáveis, como a erradicação da varíola. Contudo, as limitações desse modelo foram reveladas por campanhas sem sucesso como a em prol da erradicação da malária, realizada pela OMS-UNICEF. A campanha contra a malária, iniciada em meados dos anos 50, apostava, mais uma vez, na tecnologia – nesse caso a

pulverização de DDT em massa para matar o vetor do mosquito. Foi uma campanha cara, de grandes proporções, e que acabou sendo um fracasso.

### **1.3 Os anos 60 e o começo dos anos 70: o surgimento de ações com base na comunidade**

Em meados dos anos 60, ficou claro, em muitos países do mundo, que o modelo de saúde pública dominante (baseado no atendimento médico) não estava atendendo as necessidades mais urgentes de populações pobres e carentes (ou seja, da maioria da população, no caso dos países em desenvolvimento). Por pura necessidade, as comunidades locais e os profissionais de saúde pública passaram a procurar alternativas às campanhas verticais e à ênfase colocada no atendimento médico baseado nas cidades. Dessa forma, surgiu uma maior preocupação com as dimensões sociais, econômica e política da saúde.

Durante os anos 60 e 70, profissionais de saúde e líderes comunitários de muitos países juntaram suas forças em um movimento pioneiro que ficou conhecido como “programas de saúde com base na comunidade” (community-based health programs – CBPH)<sup>14</sup>. Essas iniciativas colocavam ênfase na participação da população local e na maior colaboração da comunidade no processo decisório relacionado à saúde e seus esforços freqüentemente se encaixava na perspectiva dos direitos humanos que relaciona a saúde a demandas econômicas, sociais, políticas e ambientais mais amplas. Começou-se a atribuir menor importância à tecnologia de ponta. A dependência de profissionais de medicina altamente treinados foi minimizada. Ao invés disso, pensou-se que profissionais de saúde comunitária recrutados localmente poderiam, com alguma capacitação, dar assistência aos seus vizinhos para confortá-los da maioria dos problemas mais comuns relacionados à saúde. A educação em saúde e a prevenção de doenças estavam no coração dessas estratégias.

Os profissionais de saúde da China rural (figurativamente chamados de “médicos descalços”) foram, à época, o exemplo mais conhecido. Eram “um conjunto diversificado de profissionais dedicados à saúde de vilas, viviam nas comunidades às quais serviam, enfatizavam a atenção à saúde no espaço rural ao invés de no urbano, enfatizavam os serviços de prevenção e não os de cura e utilizavam tanto medicamentos ocidentais quanto tradicionais”<sup>xvi</sup>. Iniciativas baseadas na comunidade também surgiram em Bangladesh, na Costa Rica, na Guatemala, na Índia, no México, na Nicarágua, nas Filipinas, na África do Sul e em outros países. Em alguns casos, essas iniciativas enfrentavam não somente os determinantes sociais e ambientais da saúde, como também questões relacionadas às estruturas político-econômicas e às relações de poder. Em alguns pontos da América Latina, os métodos do educador brasileiro Paulo Freire de desenvolvimento de consciência foram adaptados à educação em saúde e à promoção da saúde. Nas Filipinas, alguns grupos realizavam “análises estruturais”, através das quais os membros da comunidade poderiam determinar as raízes políticas e sociais dos seus problemas no campo da saúde. “Essas metodologias de maior participação tornaram-se ferramentas úteis para populações carentes realizarem um ‘diagnóstico comunitário’ dos seus problemas relacionados à saúde, analisarem a multiplicidade de causas e desenvolverem ações estratégicas para remediar os problemas” de maneira inovadora<sup>14</sup>. Na América Central, na África do Sul e nas Filipinas, alianças informais entre programas de saúde baseados na comunidade tornaram-se, com o tempo, verdadeiros movimentos interligando as agendas de saúde, de justiça social e de direitos humanos. Werner e Sanders argumentam que, em muitos casos (como na derrubada da ditadura de Somoza na Nicarágua, na resistência ao regime sul-africano do apartheid e no

enfraquecimento e destituição do governo autoritário de Ferdinand Marcos nas Filipinas), os movimentos de saúde baseados na comunidade, ajudaram a desenvolver as bases para as mudanças políticas e a eventual derrubada de regimes despóticos<sup>14</sup>. No entanto, Cueto também argumenta que movimentos antiimperialistas em muitos países em desenvolvimento e a perda de prestígio dos EUA devido aos problemas ocorridos no Vietnã criaram condições favoráveis para a absorção desses modelos alternativos de saúde pública em nível mundial durante os anos 60<sup>16</sup>.

O que havia começado somente como experiências independentes, locais ou nacionais de CBHP, adquiriu um caráter internacional e uma crescente respeitabilidade no início dos anos 70. Algumas ONGs e organizações missionárias internacionais, particularmente a Christian Medical Commission, tiveram um papel muito importante na promoção de modelos baseados na comunidade e na disseminação de informação sobre o sucesso desses modelos<sup>xvii</sup>. Já no início dos anos 70, a consciência de que as abordagens de atenção à saúde baseadas na tecnologia haviam fracassado em melhorar de modo significativo a saúde da população em muitos países em desenvolvimento estava crescendo, ao passo que importantes resultados estavam sendo obtidos em cenários de muita pobreza através da implementação de programas baseados na comunidade. Alguns acadêmicos importantes, planejadores de saúde pública internacional e especialistas em desenvolvimento começaram a defender a ampla adoção de uma abordagem baseada nas práticas e prioridades de CBHP. Entre esses, estavam alguns líderes da OMS. Em 1975, Kenneth Newell, da OMS, diretor da Division of Strengthening Health Services, publicou o livro *Health by the People*, que apresentava histórias de sucesso de uma série de iniciativas de saúde baseadas na comunidade na África, na Ásia e na América Latina. O livro defendia um forte engajamento com a dimensão social da saúde, argumentando o seguinte: “Temos estudos demonstrando que muitas das ‘causas’ de problemas comuns relacionados à saúde vem da própria sociedade e que uma abordagem estritamente setorial é ineficiente, sendo que outras ações fora do campo da saúde talvez tenham tido um efeito maior na saúde do que intervenções de saúde *per se*.”<sup>xviii</sup> No mesmo ano, a OMS e a UNICEF publicaram um relatório conjunto examinando *Abordagens alternativas para se suprir necessidades básicas de saúde em países em desenvolvimento*. Esse relatório sublinhava os problemas de programas verticais baseados em doenças específicas e no desenvolvimento tecnológico e que ignoravam a participação da comunidade. Ele enfatiza que fatores sociais como a pobreza, habitações precárias e poucos anos de estudo são as verdadeiras raízes da morbidade em países em desenvolvimento<sup>xix</sup>.

Halfdan Mahler, um clínico geral dinamarquês e um veterano da saúde pública (que foi eleito Diretor-Geral da OMS em 1973), foi um dos maiores defensores desse modelo de saúde. Mahler era um líder carismático com profundas convicções morais, para quem a “justiça social era uma expressão sagrada”<sup>xx</sup>. Ele se enraivecia ao ver as iniquidades globais de saúde existentes e o sofrimento evitável pelo qual estavam passando milhões de pessoas pobres e marginalizadas. Mahler participou de campanhas verticais contra doenças específicas na América Latina e na Ásia e estava convencido não só de que essas abordagens não eram capazes de resolver a maioria dos maiores problemas relacionados à saúde, como também de que o foco excessivo na tecnologia de cura estava causando distorções nos sistemas de saúde de países em desenvolvimento. Além da expansão dos serviços básicos de atenção à saúde para comunidades carentes, ações que tocassem na questão dos determinantes não-médicos foram importantes para se superar algumas desigualdades de saúde existentes e para se alcançar a “Saúde para Todos no ano 2000”, tal qual proposto por Mahler na Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde de 1976. Ele dizia que “o programa Saúde para Todos tem como premissa tanto a

remoção de obstáculos para a saúde – ou seja, o fim da desnutrição, da ignorância, da contaminação de água doce e de habitações não higiênicas – quanto a solução de problemas puramente médicos.”<sup>xxi</sup>.

#### **1.4 A cristalização do movimento: Alma-Ata e a atenção primária à saúde**

Essa nova agenda foi o ponto central da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, em setembro de 1978. Três mil delegados de 134 governos e de 67 organizações internacionais participaram da conferência de Alma-Ata, que seria um marco na saúde pública moderna. A declaração da conferência abraçava a meta de “Saúde para Todos no ano 2000” (HFA) de Mahler e determinava que a atenção primária à saúde (APS) era o meio para se alcançá-la. A adoção da estratégia HFA/APS marcou um ressurgimento à força dos determinantes sociais na saúde pública. No modelo de APS, tal qual articulado em Alma-Ata, “afirmava-se a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as *causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde*” (grifo original)<sup>14</sup>.

Muitos aspectos da abordagem de APS foram moldados a partir do modelo dos “médicos descalços” chineses e de outras experiências de saúde baseadas na comunidade ocorridas na década anterior. A declaração de Alma-Ata apresentou a APS sob duas perspectivas diferentes. Por um lado, a APS seria o nível mais básico de atenção à saúde dentro de um sistema de saúde reconfigurado para enfatizar as necessidades básicas de saúde da maioria e, assim, seria “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde”<sup>xxii</sup>. Mas a APS também era uma *filosofia* de trabalho considerada somente parte do “desenvolvimento social e econômico geral da comunidade”<sup>22</sup>. Cueto aponta três princípios importantes presentes na filosofia da APS. O primeiro era o de uma “tecnologia adequada”: por exemplo, o compromisso de transferir recursos de hospitais públicos para atender necessidades básicas de populações rurais ou carentes. O segundo era uma “crítica ao elitismo médico”, o que significa reduzir a dependência em médicos e enfermeiros altamente especializados e aumentar a mobilização de membros da comunidade para que assumam parte da responsabilidade pelas funções de saúde. O terceiro componente nuclear da APS era a conexão explícita entre o desenvolvimento da saúde e o social. “O trabalho de saúde era percebido não como uma intervenção curta e pontual, mas como parte do processo de melhoria das condições de vida”<sup>16</sup>. É lógico que um dos pilares da APS era a ação intersetorial de combate aos determinantes sociais e ambientais da saúde. A declaração de Alma-Ata especificou que a APS “envolve não só o setor de saúde, como também todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento nacional e da comunidade, especialmente agricultura, criação de animais, alimentação, indústria, educação, habitação, serviço público, comunicação, dentre outros setores; e presume a coordenação de esforços entre todos esses setores.”

Sob a liderança de Mahler, a OMS reconfigurou seu perfil organizacional e uma parte significativa de seus programas aproximando-os das idéias do Saúde para Todos e da APS. Da mesma forma, era comum que o trabalho de saúde realizado sob a bandeira do Saúde para Todos incorporasse, ao menos no papel, ações intersetoriais que atacassem os determinantes sociais e ambientais. Durante os anos 80, enquanto a APS se desenvolvia, o conceito de ação intersetorial em saúde (AIS) tornou-se cada vez mais proeminente, e uma unidade especial foi criada na OMS para tratar do assunto. Em 1986, a OMS e a Fundação Rockefeller co-patrocinaram uma consultoria muito

importante em AIS no centro de conferências da Fundação em Bellagio, na Itália<sup>xxiii</sup>. Além disso, discussões técnicas sobre AIS ocorreram na 39ª Assembléia Geral da OMS. Entre os temas debatidos na Assembléia Geral estavam: desigualdades de saúde; agricultura; alimentação e nutrição; educação, cultura e estilos de vida; e ambiente, que incluía água e condições sanitárias, habitat e indústria<sup>xxiv</sup>.

A partir de meados dos anos 80, também foi dado bastante destaque à questão dos DSS no movimento de promoção de saúde que surgia. Em 1984, em Ottawa, no Canadá, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde – co-patrocinada pela Canadian Public Health Association, pelo Health and Welfare Department do Canadá e pela OMS. A conferência adotou a Carta de Ottawa para Promoção de Saúde, que apontava oito determinantes (“pré-requisitos”) da saúde: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos adequados, justiça social e equidade. Compreendeu-se que esse amplo espectro de fatores não poderia ser tratado somente pelo setor de saúde, mas demandaria ações coordenadas não só entre diferentes unidades dos governos, como também entre o setor privado, a mídia e organizações não-governamentais e voluntárias<sup>xxv</sup>. Após a conferência de Ottawa, uma série de conferências internacionais de promoção de saúde desenvolveram ainda mais a mensagem da Carta e procuraram construir um movimento forte<sup>xxvi</sup>.

### **1.5 Conseqüências da Alma-Ata: “Boa saúde a custos baixos”**

Os anos que se seguiram após a conferência de Alma-Ata, de forma geral, não favoreceram o desenvolvimento da saúde em comunidades pobres e marginalizadas, por motivos que vamos abordar de forma resumida. Contudo, um certo número de países em desenvolvimento foram exemplares durante esse período. Eles conseguiram melhorar seus indicadores de saúde e fortalecer a equidade através de programas nos quais as ações intersetoriais sobre os determinantes de saúde foram priorizadas.

“Boa saúde a custos baixos” (Good Health at Low Cost – GHLC) foi o título da conferência patrocinada pela Fundação Rockefeller em Abril/Maio de 1985. As publicações da conferência tornaram-se referências importantes em debates sobre como estimular melhorias de saúde sustentáveis em países do mundo em desenvolvimento<sup>xxvii</sup>. A conferência examinou em detalhe o caso de três países (China, Costa Rica e Sri Lanka) e de um estado da Índia (Kerala) que obtiveram resultados positivos impressionantes em saúde (em termos de expectativa de vida e mortalidade infantil), apesar do baixo PIB e do baixo gasto *per capita* com saúde em relação a países com níveis de renda altos.

Os casos de GHLC apresentados ainda são citados com freqüência por analistas como exemplos de progresso em saúde em países em desenvolvimento, e, em particular, para mostrar de que maneira políticas não relacionadas à saúde podem ajudar a melhorar as condições de saúde. A questão de quais fatores específicos mais contribuíram para esses resultados ainda é um tema de discussão para os analistas – juntamente com a questão de por que motivo foi tão difícil para outros países em condições similares de renda reproduzir esses resultados. Um geração depois, os temas trazidos à baila pelo GHLC continuam relevantes. Assim, é válido pesquisar com mais profundidade as estratégias de GHLC utilizadas por países que tornaram-nas um modelo. Nos parágrafos seguintes, analisaremos duas jurisdições e um país (Cuba) que aplicaram a GHLC. Nosso objetivo é observar como esses países utilizaram-se de políticas intersetoriais para atacar

os determinantes de saúde com a meta de melhorar os indicadores de saúde da população e particularmente para atender às necessidades de grupos populacionais mais vulneráveis.

### **Costa Rica**

Em 1988, a Organização Pan-americana de Saúde caracterizou a Costa Rica como “um país não-industrial em desenvolvimento com indicadores de saúde comparáveis àqueles registrados há alguns anos nos países industriais mais avançados”<sup>xxviii</sup>. Entre 1970 e 1983, o país reduziu sua mortalidade em 40% e sua mortalidade infantil em 70%<sup>xxix</sup>.

O compromisso com a cobertura de todas as regiões do país pela atenção à saúde e com o fornecimento dos principais serviços sociais básicos contribuíram de forma crucial. Em 1971, uma lei assegurou a atenção médica e a cobertura de serviços hospitalares para toda a população. Todos os trabalhadores, não importando o salário, afiliaram-se a benefícios de seguridade social fornecidos através da Caja Costarricense del Seguro Social (Fundo de Seguridade Social da Costa Rica – CCSS), financiado pelo Estado e por contribuições obrigatórias de trabalhadores. A CCSS foi somente uma das políticas baseadas nos princípios da solidariedade nacional e no atendimento dos mais pobres. A CCSS executou uma série de intervenções de saúde pública: campanhas de vacinação contra doenças como o sarampo e a difteria foram intensificadas e serviços de fornecimento de água potável e de esgoto foram expandidos, especialmente em áreas rurais. A redução de dois terços na mortalidade infantil nos anos 70 ocorreram devido a estratégias multifacetadas de combate a uma série de fatores médicos, sociais e infra-estruturais<sup>xxx</sup>.

O Programa de Saúde Rural (PSR), lançado em 1973, e o Programa de Saúde da Comunidade, de 1976 forneceram um serviço substancial e multifacetado de atenção primária à saúde. Analisados conjuntamente, esses programas expandiram o acesso a serviços médicos para aproximadamente 60% da população – tanto urbana quanto rural – já antes de 1980<sup>30</sup>. Antes da CCSS, menos de 20% da população rural tinha acesso a qualquer serviço de saúde<sup>xxxi</sup>. O PSR identificou as áreas mais necessitadas e treinou profissionais de saúde da comunidade, que visitavam residências na sua área de atuação com o objetivo de melhorar as práticas de saúde, as condições sanitárias e aumentar a vacinação de crianças. No cerne do programa estava a abordagem de atenção primária à saúde que fornecia uma série de serviços para indivíduos (de vacinação, nutrição, planejamento familiar e serviços odontológicos); de atividades de saúde ambiental (água potável, melhoria de condições de habitação, esgoto domiciliar); e de serviços complementares (educação em saúde, coleta de dados e promoção da organização da comunidade)<sup>29</sup>. O PSR expandiu os serviços de forma tão significativa que, já no final dos anos 70, os serviços de saúde eram fornecidos a mais de 60% da população rural e todos os indicadores de saúde melhoraram significativamente em todo o país<sup>29,31</sup>. O programa urbano de Saúde da Comunidade, desenvolvido com base no PSR, teve como objetivo a melhoria de condições de habitação em favelas. Três anos após ser criado, em 1976, o programa já havia atingido 57% da população urbana. No final dos anos 70, essa iniciativa havia conseguido expandir seu programa de vacinação para 85-90% da população urbana, o correto manejo das fezes havia aumentado de 60 para 90 por cento e a totalidade da população urbana possuía acesso à água potável<sup>29</sup>.

Os analistas do sucesso do país deram bastante ênfase à forte política da Costa Rica ligando saúde e educação. O conhecimento sobre a saúde é considerado uma parte essencial da

educação e o sistema de educação foi utilizado conscientemente como local de promoção de saúde. O sistema obrigatório de ensino médio (que funcionava já desde 1869) foi expandido e passou a incluir o ensino fundamental gratuito. O sistema de universidades havia sido fortalecido em 1949. Devido à expansão do ensino infantil durante os anos 40 e 50, a proporção de mulheres que completaram o ensino fundamental aumentou de 17% em 1960 para 65% em 1980. Essa tendência parece ser o fator principal para a redução na mortalidade infantil ocorrida durante os anos 70<sup>30</sup>.

### **Sri Lanka**

O Sri Lanka conseguiu melhorar seus indicadores de saúde após sua independência em 1948, apesar do país não ter conseguido manter um crescimento econômico sustentável<sup>xxxii</sup>. Um sistema de atenção primária à saúde fornecido gratuitamente a toda a população contribuiu significativamente para os ganhos de saúde<sup>xxxii</sup>, ao passo que estratégias de promoção da equidade implementadas em vários setores sociais tiveram um papel fundamental na melhoria das condições de saúde<sup>32</sup>.

Quanto à agricultura, a prioridade do país após a independência foi a auto-suficiência da produção de arroz e de outros alimentos essenciais. “A estratégia aplicada à agricultura por vários governos [...], ou seja, a policultura realizada em fazendas camponesas de alta produtividade, aumentou a produção e a renda dos agricultores.” No começo dos anos 80, esse programa, parte dos esforços realizados no país no intuito de atender a necessidades básicas de toda a população, havia reduzido disparidades entre as regiões e entre classes, aliviando os grupos mais pobres, tais como os agricultores de arroz. Durante muitas décadas, um sistema de racionamento de alimentos conseguiu assegurar o fornecimento de arroz e de muitos outros alimentos essenciais a preços estáveis (ou através de subsídios) para todas as famílias por meio de uma rede de cooperativas. Como resultado disso, entre 1956 e 1963, o consumo calórico médio da população cresceu em 40%<sup>32</sup>. Esforços simultâneos no sentido de aumentar a quantidade e de melhorar a qualidade das moradias levaram a uma melhoria em termos de estrutura, desenho e qualidade dos domicílios rurais<sup>xxxiv</sup>. A saúde e o bem-estar dos trabalhadores, particularmente das mulheres e dos jovens, foram abordados através de uma série de leis trabalhistas promulgadas nos anos 50. Entre as medidas estavam a determinação do limite de 45 horas de trabalho semanais, as férias anuais compulsórias e o recebimento por dias de trabalho faltados por ocasião de doença. A extensão de uma rede pública de transporte ferroviário e rodoviários e a venda de passagens a preços justos também aumentou o acesso da população rural aos serviços básicos de saúde. Em 1978, 70% dos nascimentos ocorridos no Sri Lanka foram realizados em hospitais, clínicas e maternidades<sup>32</sup>.

A educação gratuita e universal já estava sendo fornecida através de uma rede de instituições de primeiro, segundo e terceiro graus. Em 1980, conteúdos de saúde e atividades físicas foram incluídos no currículo escolar. De 1945 em diante, todos os alunos tinham direito a uma refeição no meio do dia. A grande expansão na educação das mulheres ocorrida nos anos 50 e 60 praticamente acabou com as desigualdades de gênero quanto à alfabetização e levou à ampla aceitação do planejamento familiar e à redução da taxa de natalidade a partir dos anos 60<sup>32</sup>.

Os analistas descobriram que o sistema político do país e a cultura de participação cidadã facilitaram todo esse espectro de ações intersetoriais. O ambiente político competitivo existente no Sri Lanka proporcionou à população rural mais carente uma redistribuição considerável e a

ampliação dos benefícios de seguridade social. Mesmo antes da independência, as mulheres já haviam se tornado mais ativas no processo político, pressionando a elite política do país a tratar das suas questões. Como resultado disso, nos anos 30 e 40, a saúde da mulher e da criança foram altas prioridades. A popularidade dos líderes políticos, especialmente nas duas décadas anteriores à independência, dependia de sua capacidade de fornecer um amplo espectro de serviços estatais para o seu eleitorado (entre os quais a saúde e a educação eram consideradas prioritárias). Organizações não-governamentais também faziam pressão sobre questões políticas, econômicas e de saúde. Grupos de localidades rurais e associações de mulheres participavam ativamente na formulação de campanhas de saúde pública, tal como a campanha contra a tuberculose<sup>34</sup>.

### **Cuba**

A Cuba pós-revolucionária foi um exemplo importante de “boa saúde a custos baixos” e não entrou na agenda da conferência de 1985. O perfil de saúde da população de Cuba lembra o dos países ricos como os Estados Unidos e o Canadá e não o da maioria dos países latino-americanos<sup>xxxv</sup>. Apesar de Cuba já ter conseguido chegar a uma das taxas de mortalidade infantil mais baixas do mundo em desenvolvimento no fim dos anos 50, essa taxa foi reduzida ainda mais após a revolução socialista de 1959. A revolução levou recursos médicos e de saúde pública a regiões anteriormente marginalizadas. Devido ao redirecionamento da riqueza para o atendimento de necessidades básicas, a condição de vida dos grupos sociais menos favorecidos melhorou, a despeito dos resultados econômicos do país nos anos 60 e 70. As diferenças nas condições de saúde entre áreas rurais e urbanas e seus respectivos determinantes sociais foram reduzidos devido ao aumento do investimento do Estado em áreas rurais<sup>xxxvi</sup>. Em 1959, a mortalidade infantil do país era de 61‰ e a expectativa de vida era de 61,5 anos. Em meados dos anos 80, a mortalidade infantil havia chegado a 15‰ e a expectativa de vida das mulheres era de 76 anos<sup>xxxvii</sup>.

Os princípios do acesso universal e igualitário e o controle governamental serviram de linhas mestras para a política de saúde de Cuba implementadas após a revolução. Essas políticas enfatizavam a equidade social obtida através do fornecimento dos serviços necessários – que incluíam serviços médicos, exames diagnósticos e vacinação contra 13 doenças. As políticas de saúde pública de Cuba priorizam ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, a descentralização, ações intersetoriais e a participação da comunidade. Uma de suas características é a abordagem local da atenção primária – que funciona dentro de um sistema organizado de consulta a instâncias mais especializadas. Quanto ao nível local, médicos generalistas e enfermeiros vivem na comunidade que servem e fornecem não só diagnóstico e tratamento clínicos, como também educação comunitária à respeito de assuntos gerais e sobre os determinantes de saúdes não-médicos<sup>35</sup>.

Cuba também progrediu muito enfrentando os determinantes sociais da saúde; e o fez através dos mesmos princípios básicos de acesso universal e igualitário e de controle governamental. A educação tem sido uma prioridade para o país. O governo lançou campanhas de alfabetização em massa logo após a vitória da revolução, nacionalizando todas as escolas particulares, universalizando a educação e tornando-a gratuita. Subseqüentemente, foram implementados programas para que todo adulto tivesse ao menos a 6ª série<sup>36</sup>. A taxa de alfabetização em Cuba é de 96,7%, o que é um feito considerável, considerando que antes da revolução um quarto dos cubanos eram analfabetos e um décimo eram semianalfabetos<sup>35</sup>. O período pós-revolucionário

também testemunhou campanhas em prol da melhoria do padrão de higiene e sanitário em áreas urbanas – que incluíam o acesso à água potável através da expansão da rede de aquedutos<sup>35,36</sup>. Desde o início, a discussão das políticas sociais e de saúde em Cuba foi muito polêmica e apresentou um viés ideológico muito forte. Críticos do sistema cubano apontavam restrições dos direitos do indivíduo e a estagnação econômica generalizada que ocorria sob o regime socialista. Os defensores de Cuba argumentavam que o compromisso com a equidade social e com a atenção primária à saúde universal permitiu que o país reduzisse o dano causado à saúde pelo longo embargo econômico<sup>xxxviii</sup>.

Apesar das regiões e dos países que implementaram medidas de GHLC apresentarem um quadro político amplamente diversificado e terem formulado diferentes estratégias de saúde pública, a GHLC argumentava que era possível identificar um padrão comum entre as ações de países em desenvolvimento que haviam obtido um progresso excepcional em termos de saúde. Um dos analistas<sup>xxxix</sup> identificou cinco fatores sociais e políticos mais importantes:

- Compromisso histórico com a visão da saúde como uma meta social;
- Seguridade social como linha mestra do desenvolvimento<sup>xl</sup>;
- Participação da comunidade no processo decisório relacionado à saúde;
- Cobertura universal dos serviços de saúde (equidade);
- Relação intersetorial para a saúde.

Quanto à ação intersetorial em saúde, as áreas de atuação mais fundamentais parecerem ser as seguintes: (1) garantir o consumo de alimentos adequados para todos, incluindo os grupos socialmente mais vulneráveis, e (2) educar a mulher. A questão da educação/alfabetização da mulher enquanto um determinante de saúde serviu como base para a formulação de campanhas de promoção de saúde em vários outros países em desenvolvimento<sup>xli</sup>.

É irônico que, à época da publicação do *Good health at low cost*, muitas das regiões estudadas – incluindo a Costa Rica e o Sri Lanka – estavam sendo afetadas por mudanças políticas e econômicas mundiais que ameaçavam as conquistas abordadas no livro (veja abaixo). As décadas posteriores mostraram a vulnerabilidade de algumas das políticas (políticas que fizeram com que esses países se tornassem modelos quanto ao desenvolvimento na saúde da população e na equidade em saúde) a choques externos e movimentos da política interna.

A mensagem do GHLC era, ao mesmo tempo, um estímulo e um desafio para os formuladores de políticas de saúde dos países em desenvolvimento. Por um lado, o estudo confirmava que era possível obter ganhos de saúde impressionantes em países com um PIB per capita relativamente baixo. Por outro lado, contudo, a maioria dos países em desenvolvimento não poderiam ter (ou não tinham) as condições sociais e políticas que, aparentemente, eram a razão do sucesso do GHLC em muitos países. Muitos dos países não possuíam um compromisso histórico com a saúde enquanto meta social; nem uma tradição democrática de participação da comunidade; nem equidade na cobertura dos serviços de saúde (nem vontade política de ter equidade). Eram poucos os países cujas políticas de desenvolvimento poderiam, de forma realista, serem caracterizadas pela meta de construir um sistema de seguridade social mais amplo e igualitário.

Assim, entre os cinco fatores sociais e políticos apontados por Rosenfield como sendo não só os pontos em comum entre países que aplicaram o GHLC e como também os motivos de seu

sucesso, o último foi considerado o de mais fácil execução pelos formuladores de políticas: relação intersetorial para ações sobre os determinantes de saúde. Sendo assim, o compromisso formal com as AISs passou a integrar o quadro de políticas de saúde de muitos países nos anos 80. Contudo, os registros de resultados relativos à implementação de AIS eram poucos. De fato, apesar do alto valor atribuído às ações intersetoriais pela Declaração de Alma-Ata, pelas discussões técnicas realizadas na Assembleia Geral da OMS, pelo movimento da promoção de saúde e pelo *Good health at low cost*, a AIS de combate aos determinantes sociais e ambientais da saúde provou-se, de forma geral, na prática, o componente mais frágil das estratégias do Saúde para Todos<sup>xlii</sup>.

Por quê? Em parte, precisamente porque muitos países tentaram implementar a AIS isolada de outros fatores sociais e políticos apresentados na lista acima. Esses fatores são altamente interdependentes. Assim, as chances de sucesso das AISs variam de acordo com a força dos outros pilares: um grande compromisso com a visão da saúde como uma meta social e política; a formulação de políticas de desenvolvimento econômico com o intuito de promover a seguridade social; maior influência e participação da comunidade; e equidade na cobertura dos serviços de saúde. Em qualquer lugar onde esses objetivos não tenham sido cumpridos, as ações intersetoriais também terão falhado.

Tempos depois, alguns analistas identificaram ainda outros motivos pelos quais as ações intersetoriais não “decolaram” em muitos países após Alma-Ata e o GHLC. Um dos problemas estava relacionado às evidências e à coleta de dados. Profissionais de outros setores responsáveis pela tomada de decisões reclamavam que os especialistas em saúde com frequência não conseguiam fornecer dados quantitativos relativos a impactos específicos de ações realizadas fora do setor de saúde, por exemplo, políticas de habitação, transporte, educação, alimentação e indústria<sup>42</sup>. Num nível ainda mais profundo, além da incapacidade de produzir dados relativos à situações específicas, persistia uma incerteza metodológica de como mensurar as condições e processos sociais e avaliar seus efeitos na saúde com precisão. O problema ficava ainda mais complicado não só devido à complexidade inerente a esses processos, como também devido à lacuna de tempo que freqüentemente se dava entre a introdução de políticas sociais e seus efeitos na saúde da população. Especialistas não chegaram a nenhuma conclusão mais clara a respeito dos desafios metodológicos apresentados pela avaliação dos contextos sociais (situação que, por definição, não era nem um pouco similar às condições existentes em testes clínicos controlados). Hoje, é crucial que essas dificuldades sejam ultrapassadas para que as políticas de ação sobre os DSS ganhem credibilidade. Esses desafios serão o foco da Rede de Conhecimentos em evidências e mensuração da CSDH.

Durante os anos 80, estruturas governamentais e processos orçamentários mal adaptados às abordagens intersetoriais também causaram dificuldades às AISs. Nossa revisão identificou os seguintes problemas:

- Limites verticais entre setores do governo;
- Programas integrados são, freqüentemente, vistos como uma ameaça aos orçamentos específicos dos setores, ao acesso direto aos setores por doadores e à autonomia funcional dos setores;
- Posição inferior dos setores de saúde e ambientais em muitos governos;

- Poucos incentivos econômicos para desenvolver a intersetorialidade e as iniciativas intersetoriais;
- Prioridades governamentais são determinadas pela conveniência política e não pela análise racional<sup>xliii</sup>.

Contudo, as incertezas causadas pelas poucas evidências e pela dinâmica intra-governamental eram somente parte do problema. Tendências mais amplas no âmbito da saúde global e da formulação de políticas contribuíram ainda mais para desestabilizar os esforços de implementação de políticas intersetoriais. Um dos fatores decisivos foi a mudança rápida realizada por muitas agências doadoras, por autoridades internacionais de saúde e por alguns países, passando da visão ambiciosa de atenção primária à saúde estabelecida em Alma-Ata (que colocava a ação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde como foco central) para um modelo menos abrangente de “atenção primária seletiva”.

### 1.6 O surgimento da atenção primária seletiva (APS seletiva)

Desde o início, os possíveis custos e as implicações políticas da atenção primária à saúde levada às últimas conseqüências alarmaram algumas partes envolvidas. A APS seletiva foi proposta logo após Alma-Ata como uma alternativa mais pragmática, financeiramente mais palatável e menos ameaçadora politicamente<sup>14,xliv</sup>. Ao invés de tentar fortalecer a totalidade dos sistemas de saúde simultaneamente ou transformar as relações de poder sociais e políticas (um objetivo nobre, mas, certamente, a ser realizado em longo prazo), os defensores da APS seletiva argumentavam que, ao menos no curto prazo, os esforços deveriam se concentrar em um pequeno número de intervenções de alta relação custo-benefício de combate às principais causas de mortalidade ou de morbidade de regiões ou países. A APS seletiva, na prática, eliminou o conteúdo social e político da visão original de APS. Os teóricos da APS seletiva apresentaram-na como uma estratégia a ser apresentada urgentemente em um “ínterim”, ou seja, enquanto os países se organizavam financeira e politicamente para implementar a APS abrangente<sup>44</sup>. Em muitos cenários, contudo, o modelo de “ínterim” suprimiu a APS abrangente enquanto ação de longo prazo.

A APS seletiva colocava ênfase particularmente na saúde materna e infantil, vistas como áreas nas quais algumas simples intervenções poderiam reduzir a incidência de doenças e a morte prematura dramaticamente. O exemplo mais conhecido de APS seletiva foi a estratégia de redução da mortalidade infantil conhecida como “GOBI” – uma sigla em inglês para as ações de monitoramento do crescimento (*Growth monitoring*), hidratação oral (*Oral rehydration*), aleitamento (*Breastfeeding*) e Imunização (*Immunization*). Concentrando-se na ampla implementação dessas intervenções nos países em desenvolvimento (argumentavam os seus defensores), poder-se-ia obter progressos rápidos quanto à mortalidade infantil, sem que um longo processo de fortalecimento dos sistemas de saúde tivesse antes que se completar (ou, *a fortiori*, um processo de mudança social estrutural). As quatro intervenções do GOBI “pareciam ser fáceis de monitorar e de avaliar. Além disso, elas eram mensuráveis e tinham alvos bem definidos.” Foi previsto que esse modelo seria atraente para possíveis financiadores e para líderes políticos interessados em resultados rápidos, pois “indicadores e relatos positivos poderiam ser produzidos com mais rapidez” em comparação às ações sobre os processos sociais complexos associados à APS abrangente<sup>16</sup>.

A estratégia GOBI se tornou a peça chave da “revolução pela sobrevivência das crianças” promovida pela UNICEF nos anos 80<sup>xiv</sup>. Sob a liderança do Diretor Executivo Henry Labouisse, a UNICEF abonou a conferência de Alma-Ata e forneceu apoio a grande parte do trabalho preparatório para a implementação da estratégia de APS original. A chegada de Jim Grant em 1979 (um ano após a conferência de Alma-Ata) assinalou uma mudança fundamental na filosofia da UNICEF. Assim como Halfdan Mahler, Grant era também um líder carismático. Mas enquanto Mahler estava convencido de que as organizações internacionais tinham a missão de servirem de líderes morais da justiça social, Grant acreditava que as agências internacionais “tinham que fazer o máximo possível com os recursos finitos e com as curtas oportunidades políticas que dispunham”, trabalhando com as restrições políticas existentes, ao invés de se deixar levar por visões utópicas. Isso significava renunciar às ambições de uma ampla mudança social para se concentrar em intervenções limitadas, porém exequíveis<sup>16</sup>. Essa abordagem pragmática e de curto espectro foi incorporada pela estratégia GOBI.

A GOBI foi eficiente em muitos cenários em termos de redução da mortalidade infantil. Contudo, ela representou um recuo dramático da visão proposta em Alma-Ata, particularmente no que concerne a ação intersectorial sobre os determinantes sociais e ambientais. Componentes de caráter mais multisetorial (tais como o planejamento familiar, a educação da mulher e a suplementação alimentar) foram adicionados posteriormente às intervenções originais da GOBI. Contudo, permaneceram somente no papel, visto que essas idéias adicionais foram ignoradas em muitos lugares. De fato, na prática, a GOBI era ainda mais limitada do que estava implícito na sigla, pois muitos países restringiram as suas campanhas em prol da sobrevivência infantil à hidratação oral e à imunização<sup>14</sup>. A limitada seleção de intervenções que agiam sobre mulheres em idade reprodutiva e crianças abaixo dos cinco anos de idade “foram formuladas para melhorar as estatísticas de saúde, mas abandonaram o foco de Alma-Ata na equidade social e no desenvolvimento dos sistemas de saúde”<sup>38</sup>.

O destino dos esforços do Saúde para Todos e as conseqüências da mudança da APS abrangente para a APS seletiva geraram uma literatura volumosa e, com freqüência, polêmica<sup>14,xlvi,xlvii,xlviii,xlix</sup>. Para os críticos da APS seletiva, incluindo o recente Magnussen et al.: “a abordagem seletiva ignora o contexto mais abrangente do desenvolvimento e os valores imbuídos no desenvolvimento dos países. Ela coloca a saúde somente como a ausência de doença. Não a define como um estado de bem-estar, o que inclui a dignidade, e como uma reificação da capacidade do indivíduo de ser um membro útil para a sociedade. Além de não abarcar o contexto do desenvolvimento, o modelo seletivo não leva em consideração a importância da equidade social e da justiça social para os indivíduos-alvos das intervenções médicas baseadas na tecnologia.”<sup>38</sup> Cueto resume a questão dizendo que, para os seus críticos, a APS seletiva era uma estratégia “limitada e tecnocêntrica”, distante dos determinantes sociais da saúde subjacentes, ignorante do contexto de desenvolvimento e de suas complexidades políticas e similar a programas verticais<sup>16</sup>.

Por outro lado, os defensores da abordagem seletiva argumentam que a APS abrangente e a visão presente na conferência de Alma-Ata como um todo, mascaradas por uma linguagem moral que ninguém pode objetar eram, desde o início, tecnicamente vagas e financeiramente irrealis e, conseqüentemente, impassíveis de implementação. A multiplicidade de significados para o termo “atenção primária à saúde” abalava sua força. Como Cueto observa: “em sua visão mais radical, A

APS era somente um apêndice da revolução socialista. Isso foi considerado negativo por alguns e Mahler era o culpado por transformar uma organização técnica como a OMS em uma organização politizada.” Outros consideravam que Mahler estava sendo “ingênuo ao esperar mudanças de burocratas conservadores de países em desenvolvimento”, e que havia superestimado a capacidade de um pequeno número de especialistas iluminados e de projetos comunitários de execução local de promoção de uma mudança social duradoura. Ao mesmo tempo, a profunda marginalização política e a impotência de comunidades pobres do meio rural não eram suficientemente compreendidas pelos defensores da APS. Da mesma forma, os que advogavam os princípios determinados em Alma-Ata tinham a tendência de romantizar e de idealizar as “comunidades” e de defini-las de forma abstrata, colocando muito pouca atenção no seu funcionamento real<sup>16</sup>.

Esses debates possuem conseqüências que vão muito além do contexto histórico específico dos anos 80 e que levanta questões relevantes para os dias de hoje – inclusive para a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Tanto a grande força quanto a fraqueza fatal da APS abrangente provinha do fato de que era muito mais do que um modelo de prestação de serviços de saúde. A APS e o Saúde para Todos (tais quais apresentados em Alma-Ata) eram projetos de transformação social muito mais abrangentes, guiados por um ideal de maior influência de indivíduos e de comunidades carentes, sob o modelo de “desenvolvimento no espírito da justiça social”<sup>22</sup>. Com esses valores em jogo, não surpreende que, ainda hoje, o significado e o legado do Saúde para Todos seja debatido apaixonadamente. Uma questão que a CSDH deve lutar para resolver é a sua própria versão do problema personificado pelas figuras de Mahler e Grant: deve-se enfatizar conceitos tão carregados de significados como “justiça social” ou conceitos não tão fortes (mas também menos ameaçadores) tais como o de “equidade” ou “eficiência”. A escolha não é somente uma questão de linguagem, ela também implica diferentes níveis de engajamento com processos políticos e em propostas de ação bastante diversas (veja a baixo a seção 2.1.1).

O surgimento da APS seletiva como uma alternativa à visão de Alma-Ata no início dos anos 80 não ocorreu por acaso. Ao invés disso, foi o reflexo de uma mudança nas relações de poder político e em doutrinas econômicas vigentes mundialmente. Essa mudança teve conseqüências significativas para a saúde e especialmente para a capacidade dos governos de formular políticas que enfrentassem os determinantes sociais da saúde. Para se compreender totalmente as falhas das ações intersetoriais sobre os determinantes sociais (e a estratégia proposta por Alma-Ata como um todo), devemos situar a questão “APS abrangente vs. APS seletiva” dentro deste contexto mais amplo.

### **1.7 O contexto político-econômico dos anos 80: o neoliberalismo**

Os anos 80 viram o surgimento da hegemonia do modelo político e econômico conhecido como “neoliberalismo” (por seu foco em “liberalizar” os mercados) ou “consenso de Washington” (pois os principais defensores da proposta – o governo dos EUA, o Banco Mundial, e o Fundo Monetário Internacional – têm suas sedes em Washington, DC). Os detalhes sobre a origem e a evolução do modelo neoliberal já foram discutidos em outros trabalhos <sup>1,ii</sup>. O cerne do pensamento neoliberal consistia (e consiste) na convicção de que os mercados livres da interferência governamental “são os melhores e mais eficientes agentes de alocação de recursos na produção e na distribuição” e, portanto, são, também, os mecanismos mais eficientes de promoção do bem comum, incluindo a saúde<sup>50</sup>. A influência do governo na economia e no processo social deveria, assim, ser

minimizada, pois os processos conduzidos pelo Estado são, inerentemente, dispendiosos, pesados e avessos à inovação. “O estado de bem-estar social, na visão neoliberal, interferiria no funcionamento ‘normal’ do mercado” e, assim, inevitavelmente, desperdiçaria recursos e obteria resultados insatisfatórios<sup>50</sup>. Seria lógico que a macropolítica do Estado fosse a de reduzir sua influência nas áreas principais se a sua presença nessas áreas leva a ineficiências. Deve-se conceder o máximo de liberdade aos atores do mercado já que geram o crescimento econômico e criam riqueza de forma rápida – as premissas básicas para se melhorar o bem-estar de todos – quando perseguem livremente seus interesses. Os processos de distribuição dos benefícios do crescimento econômico para todos os níveis da sociedade realizados pelo mercado são mais confiáveis do que qualquer forma de distribuição de renda executada pelo Estado. Um postulado básico da ortodoxia neoliberal dos anos 80 e 90 era o de que, visto que o crescimento econômico era um fator chave para o desenvolvimento e para, em última instância, uma melhoria na vida de todos, os países deveriam rápida e rigorosamente implementar políticas de estímulo ao crescimento, não se importando com as conseqüências sociais ocorridas no curto prazo. Ao passo que as políticas de estímulo ao crescimento (tais como os cortes nos gastos sociais do governo) poderiam gerar problemas para comunidades carentes no curto prazo, esses problemas seriam compensados com os ganhos de longo prazo que essas políticas gerariam através do fomento de um clima favorável aos investimentos e da aceleração do desenvolvimento econômico.

Durante os anos 80, a visão neoliberal foi promovida internamente nos países ricos por líderes como Ronald Reagan, nos EUA, Margaret Thatcher, na Grã-Bretanha e Helmut Kohl, na Alemanha. No campo do desenvolvimento internacional, o neoliberalismo foi imposto por governos doadores através de programas bilaterais, mas, principalmente, através das atividades do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional. O longo recesso econômico mundial ocorrido nos anos 80 e a crise financeira do mundo em desenvolvimento levaram muitos países de rendas baixa e média à beira do colapso. Esses eventos forneceram o contexto perfeito aos países poderosos do norte e às instituições financeiras internacionais (IFIs) para que pudessem intervir diretamente nas economias de vários países em desenvolvimento, demandando que esses países remodelassem suas economias de acordo com a prescrição neoliberal para que, só assim, renegociar suas dívidas e continuassem a receber auxílio<sup>51</sup>.

As doutrinas neoliberais afetaram a saúde através de dois mecanismos: (1) das reformas executadas no setor de saúde em muitos países de renda baixa ou média a partir do início dos anos 80; e (2) dos programas de ajustes econômicos estruturais impostos a um grande número de países como condição para a renegociação de dívidas, para o acesso a novos empréstimos e a outras formas de apoio internacional. A esses instrumentos de propagação do paradigma neoliberal foi adicionado um terceiro, que teve uma grande importância a partir de meados nos anos 90: os acordos sobre o comércio internacional e as regras estabelecidas por organismos como a Organização Mundial do Comércio (OMC), formada em 1995.

O objetivo das reformas neoliberais no setor de saúde executadas nos anos 80 e 90 era atacar problemas estruturais dos sistemas de saúde tais como: gastos sem limite do setor de saúde e de má utilização de recursos; fraca gestão de sistemas; acesso inadequado aos serviços de saúde pela população pobre, apesar da retórica da APS; má qualidade dos serviços em muitos países e regiões<sup>ii,iii</sup>. Infelizmente, em muitos casos, as reformas executadas não conseguiram resolver esses problemas e, em alguns casos, conseguiram piorar a situação. Os defensores sabiam que as reformas deveriam se adaptar ao seu contexto, mas, na prática, as reformas acabaram por

adotar um número de medidas limitadas que se presumia seriam válidas para qualquer lugar<sup>53</sup>. A agenda da reforma dos sistemas de saúde incluía:

- Aumentar a presença do setor privado no setor de saúde, através da terceirização de serviços e do aumento de opções privadas de financiamento e de prestação de serviços de saúde;
- Separação das funções de financiamento, compra e fornecimento de serviços;
- Descentralização (frequentemente sem mecanismos de regulação ou de gerenciamento nos níveis subnacionais aos quais a responsabilidade foi transferida);
- Ênfase na eficiência (e não da equidade) como critério mais importante para as autoridades nacionais de saúde, cortando, ao mesmo tempo, recursos humanos e financeiros para o setor de saúde, o que fez com que o exercício do gerenciamento eficiente se tornasse cada vez mais difícil na prática.

A eficiência das medidas tomadas nas reformas dos sistemas de saúde já foi bastante debatida, mas surgiram muitas evidências dos seus efeitos negativos. Em muitos países, a capacidade de gerenciamento da saúde pelo governo piorou por causa das reformas. Uma revisão das reformas conduzidas na América Latina realizada recentemente concluiu que elas não conseguiram alcançar os seus objetivos declarados de melhorar a atenção à saúde e de reduzir a iniquidade na saúde e que muitos de seus processos “resultaram no efeito contrário: maior iniquidade, menor eficiência e mais insatisfação sem melhora na qualidade da atenção”<sup>iv</sup>. Por outro lado, as reformas conseguiram atingir objetivos não-oficiais que podem ter sido importantes. A descentralização fez com que os governos centrais conseguissem retirar a carga do setor de saúde e redistribuí-la para as autoridades regionais, estaduais e locais e, através da economia gerada para o governo central, continuar pagando a dívida externa. A privatização, por sua vez, criou oportunidades para planos de saúde e empresas de seguro de saúde americanos penetrarem o mercado latino-americano.

Alguns processos na África e na Ásia encontram obstáculos diferentes, mas, de forma geral, levaram a resultados insatisfatórios similares. Um estudo comparativo detalhado dos processos de reforma do setor de saúde em Gana, na Índia, no Sri Lanka, e no Zimbábue concluiu que os pacotes de reforma foram “formulados inadequadamente para o contexto de um país em desenvolvimento” e que estavam “bastante desligados da realidade dos sistemas de saúde dos países e do ambiente sócio-político”; ao mesmo tempo, “a exequibilidade política das reformas era altamente questionável, especialmente em países asiáticos”<sup>iv</sup>. Os benefícios supostamente inerentes da dinâmica de mercado que subjazem as propostas de reforma não ocorreram em países em desenvolvimento que careciam de um sistema regulatório e administrativo forte, pois, na verdade, “o presente Estado deve ser ainda mais forte e capaz do que o seu predecessor se seu desejo é capitalizar sobre o mercado sem sofrer os seus efeitos colaterais” – o que inclui impactos na equidade<sup>vi</sup>.

As premissas das reformas dos sistemas de saúde apareciam de forma mais explícita nos programas de ajuste estrutural macroeconômico (structural adjustment programs – SAPs) implementados em muitos países da África, da Ásia e da América Latina sob a direção das IFIs. As SAPs normalmente incluíam o seguinte: liberalização das políticas de comércio (através da eliminação de impostos e de outras restrições às importações); privatização de serviços públicos e de empresas públicas; desvalorização na moeda nacional; e uma mudança de um sistema de

produção de alimentos e bens para consumo interno para um sistema de produção de bens para exportação<sup>14,51</sup>. Para que se possa entender as conseqüências dos modelos econômicos neoliberais nos esforços dirigidos aos determinantes sociais da saúde, é importante lembrar o impacto dos pacotes de ajuste estrutural dos gastos com o setor social de muitos países. Um dos princípios centrais dos SAPs era uma redução aguda nos gastos do governo, o que, em muitos casos, significava cortes drásticos nos orçamentos destinados ao setor social. Esses cortes afetaram áreas muito importantes para os determinantes de saúde, tais como educação, programas de nutrição, fornecimento de água, sistema sanitário, transporte, habitação e várias outras formas de proteção social, além do gasto direto com o setor de saúde. Com a redução drástica no orçamento público, não só os investimentos destinados a atacar os fatores sociais e ambientais que influenciam as condições de saúde não seriam considerados seriamente, como também o auxílio que já estava sendo prestado foi cortado. Os subsídios para produção de alimentos, por exemplo, foram eliminados em muitos países, juntamente com o controle de preço de produtos básicos. Além disso, muitos SAPs demandavam cortes abruptos na folha de pagamento do setor público. A dispensa de trabalhadores deixou um número imenso de pessoas desempregadas, sem segurança e, em muitos casos, com pouca chance de encontrar empregos formais no setor privado. Os efeitos negativos na saúde de indivíduos, famílias e comunidades foram documentados. Em alguns países, principalmente do sul da África, a desestabilização social e a insegurança que resultaram do processo contribuíram para o aumento da fome, a propagação de conflitos armados e a rápida disseminação do HIV/Aids – tendo o seu peso caído sobre os pobres, as mulheres e outros grupos socialmente excluídos<sup>lvii</sup>.

Como conseqüência dos SAPs e do mal-estar econômico global, os gastos com o setor social despencaram em muitos países durante os anos 80, com um resultado negativo nas condições de saúde de comunidades mais vulneráveis. Nos 37 países mais pobres do mundo, o gasto público com educação caiu 25% durante os anos 80, enquanto os gastos públicos com saúde caíram 50%<sup>lviii</sup>. Como os SAPs foram implementados a custo de muito sofrimento humano, qualquer um pensaria que o crescimento econômico registrado (a sua razão de ser) deve ser impressionante. Infelizmente, não é esse o caso. Muitos países de baixa renda que implementaram os SAPs, especialmente os países africanos, registraram um aumento baixo ou mesmo nulo na taxa de crescimento dos seus PIBs ou em qualquer outro indicador econômico após os ajustes. Assim, os problemas que seriam gerados somente no curto prazo, tal qual foi previsto pelas instituições financeiras internacionais, foram muito piores e os ganhos no longo prazo também não se concretizaram em muitos casos<sup>14,51</sup>.

De forma geral, a redução do Estado e a desregulação dos mercados pressupostas pelo modelo neoliberal criaram condições nem um pouco propícias para qualquer ação sistemática destinada a melhorar as condições de saúde através da ação sobre os determinantes de saúde. Essas condições foram convenientes, contudo, para os aumentos dos lucros das empresas, para as agências de empréstimo e os investidores do norte, para as elites de alguns países em desenvolvimento e para as próprias IFIs. Na maioria dos casos, os países continuaram a pagar suas dívidas externas, mesmo tendo reduzido os gastos no social.

## **1.8 A partir dos anos 90: paradigmas contestados e mudanças nas relações de poder**

### ***1.8.1 Debates sobre os desdobramentos da globalização***

As prescrições econômicas neoliberais continuaram a ser aplicadas até o fim dos anos 90. Todavia, ao passo em que a década avançava, esses modelos passaram a ser cada vez mais questionados, tanto por países em desenvolvimento, quanto por um número crescente de agências internacionais e de organismos do norte. Os erros e acertos da ortodoxia econômica incorporada aos SAPs foram debatidos veementemente; e as acusações contra as IFIs se multiplicaram<sup>lix,lx,lxi</sup>. As críticas esquentaram quando os países do antigo bloco soviético começaram a registrar os efeitos sociais e na saúde dos programas econômicos radicais de transformação das economias planificadas dessas sociedades e de integração delas ao sistema de mercado<sup>lxii,lxiii</sup>. Uma série de crises econômicas locais e regionais que ocorreram na década colocaram ainda mais ênfase na volatilidade da nova ordem econômica e na vulnerabilidade dos povos carentes e marginalizados às flutuações econômicas, as quais os atores globais não conseguem ou não tem vontade de prevenir. As críticas resultantes alimentaram ainda mais o movimento de protesto político e social que invadiu as manchetes dos jornais quando dezenas de milhares de manifestantes sacudiram a reunião da Organização Mundial do Comércio em Seattle, nos EUA, em 1999 – o que iniciou um período intenso de passeatas organizadas nos locais de todas as principais reuniões de organizações financeiras e comerciais e de fóruns como o G8.

O conceito da globalização ocupava um lugar central nessas contestações. Manifestantes e críticos denunciavam a ameaça apresentada por uma ordem econômica global dominada por empresas transnacionais e por fluxos voláteis de capital especulativo, cujos movimentos inconstantes podem causar efeitos devastadores em economias nacionais e no bem-estar de comunidades carentes e vulneráveis. Outros comentaristas enfatizaram os benefícios da integração econômica e tecnológica e argumentaram que o dinamismo da economia global liberalizada era o fator chave para retirar centenas de milhões de pessoas da pobreza, da fome e de desespero. Visões antagônicas a respeito do que seria a globalização e do que deveria ser se chocaram na mídia, em publicações acadêmicas, em fóruns internacionais e em debates entre formuladores de políticas<sup>lxiv,lxv,lxvi</sup>.

As instituições que eram alvo dos debates também estavam mudando. Balançados por uma onda de críticas de intelectuais e de ódio popular, as instituições de Bretton Woods e entidades como o G8 começaram a repensar suas perspectivas missões – ou, no mínimo, alterar sua retórica. Para poder enfrentar de forma mais eficiente os problemas dos países em desenvolvimento com suas dívidas, o Banco Mundial e o FMI lançaram a iniciativa Países Pobres Muito Endividados (Heavily Indebted Poor Countries – HIPC) em 1996 e, posteriormente, uma versão melhorada da HIPC. Os programas de HIPC ofereciam formas cuidadosamente estruturadas de alívio de dívida a mais de 40 dos países mais pobres do mundo (a maioria na África); os ganhos desse programa seriam investidos em áreas sociais básicas, como a saúde e a educação. Para amplificar ainda mais seus esforços de redução da pobreza, o Banco Mundial e o FMI introduziram o *Poverty Reduction Strategy Papers* (PRSPs) em dezembro de 1999 como uma “nova abordagem ao desafio de redução da pobreza em países de baixa renda, baseada em estratégias formuladas pelos próprios países e que serviriam de base para o auxílio”<sup>lxvii</sup>. Ao passo que os PRSPs foram anunciados como uma dissidência em relação aos esforços desenvolvimentistas e anti-pobreza, os críticos questionam se, na prática, os PRSPs não seriam simplesmente uma “reencarnação do ajuste estrutural”<sup>lxviii</sup>. O valor do modelo PRSP continua a ser debatido. As evidências colhidas até o momento sugerem, todavia, que os PRSPs tendem a negligenciar algumas questões básicas relacionadas à saúde<sup>68</sup>. O relatório da OMS de 2002 não encontrou evidências de que os PRSP

estavam levando a um maior compromisso com o aumento de investimentos em saúde e educação<sup>lxix</sup>. A avaliação de 2003 dos iPRSPs (*interim PRSPs*) de 23 países pobres muito endividados concluiu que ainda resta muito a ser feito no sentido de integrar políticas de saúde adequadas a estratégias de redução de pobreza<sup>lxx</sup>. A ausência de dados específicos para cada país sobre a distribuição das doenças, sobre os elementos que influenciam a carga das doenças, sobre os limitações mais importantes do sistema de saúde e sobre o impacto causado pelos serviços de saúde foi apontada em quase todos os iPRSP avaliados. Além disso, somente um pequeno número de iPRSPs documentaram esforços explícitos no sentido de incluir os interesses dos pobres na elaboração de políticas de saúde; de fato, a maioria não se utilizou de uma abordagem favorável aos pobres. A atenção dada ao processo de fazer com que a distribuição dos gastos com saúde estivesse mais ligada às necessidades dos pobres foi mais limitada ainda.

### **1.8.2 Ambigüidades da OMS**

O final dos anos 80 e o começo dos anos 90 testemunharam um declínio na autoridade da OMS, com a liderança da saúde mundial, de fato, cambiando da OMS para o Banco Mundial. Isso foi, em parte, ocasionado pelos recursos vastamente maiores do Banco; em 1990, os empréstimos do banco nos setores de população e saúde haviam ultrapassado o valor referente ao orçamento total da OMS<sup>lxxi</sup>). A mudança também refletia, em parte, a elaboração de uma política de saúde abrangente que passou cada vez mais a determinar a agenda de debate internacional, mesmo a de seus oponentes. O modelo de política de saúde tal qual apresentado no *World Development Report* intitulado *Investing in Health* (Investindo em Saúde) revelou autoridade intelectual e mostrou-se coerente com a ortodoxia política e econômica reinante<sup>lxxii</sup>. Apesar da redução do poder de influência da OMS durante o período, contudo, as ações da Organização formam um quadro complexo; um trabalho importante e inovador foi realizado por muitos grupos da OMS ou ligados a ela. Alguns dos esforços reservaram um lugar especial para os determinantes sociais e ambientais. Por exemplo, em algumas regiões (e mais claramente na Europa), ações direcionadas à questão da equidade em saúde e às bases sociais da saúde continuaram a ser realizadas como parte do compromisso com o ideal do Saúde para Todos. A *WHO Equity Initiative* (1995-98), cuja sede é em Genebra, definiu a questão da equidade em saúde, relacionando-a primordialmente à posição dos indivíduos na hierarquia social e, conseqüentemente, aos gradientes de poder social, econômico e político<sup>lxxiii, lxxiv</sup>. Apesar da produção intelectual de alta qualidade, o impulso inicial da iniciativa foi freado por conflitos de personalidade e embates políticos. A iniciativa foi suspensa em 1998.

Entre 1994 e 1997, a OMS patrocinou a *Task Force on Health in Development*. Presidida por Branford Taitt e incluindo outros formuladores de políticas de renome e líderes da área de saúde pública, a *Task Force* analisou políticas de desenvolvimento global e suas implicações na saúde, sublinhando o efeito das condições sociais na saúde e argumentando que o impacto na saúde de populações mais vulneráveis deveria ser o critério central na formulação de políticas para o desenvolvimento econômico. Entre uma série de outros documentos, a *Task Force on Health in Development* produziu um WHO Position Paper (um documento explicitando a posição da OMS sobre determinados assuntos) para a Cúpula Mundial para o Desenvolvimento Social que ocorreu em 1995 em Copenhagen. O artigo examinava “as tendências de privatização e da economia de mercado” que caracterizavam a “globalização do sistema econômico”. O artigo argumentava que os esforços direcionados ao crescimento econômico deveriam vir acompanhados de “um acesso mais igualitário aos benefícios do desenvolvimento, visto que as iniquidades causam sérias

conseqüências na saúde”. Além disso, enfatizava que os problemas de saúde poderiam ser “enfrentados com mais eficiência através da colaboração intersetorial”, atacando-se fatores como a pobreza, o desemprego, a discriminação de gênero e a exclusão social<sup>lxxv</sup>. Infelizmente o impacto prático da Task Force não foi proporcional à força moral de seus argumentos. O grupo propôs uma série de recomendações gerais de grande valia, mas não forneceu mecanismos para a implementação e para o acompanhamento. Nenhuma ação sistemática foi realizada no sentido de recrutar países para funcionarem como parceiros ou implementarem projetos pilotos relacionados aos conselhos da Task Force sobre a formulação de políticas nacionais e para medir os resultados. No âmbito da própria OMS, nenhuma estrutura de operacionalização foi desenvolvida e o que se pode aprender através do Task Force não influenciou o trabalho da Organização nos países e o diálogo sobre a implementação de políticas com os seus Estados-Membros.

Uma das principais ações da OMS em meados dos anos 90 foi a tentativa de reinterpretar e fortalecer a estratégia de Saúde para Todos, que ficou conhecida como *Saúde para Todos no Século XXI*<sup>lxxvi</sup>. Essa revitalização incluía novos esforços de promoção de ações intersetoriais, vistas como um elemento fundamental das estratégias de saúde pública. Assim, dez anos após a consulta técnica da Assembléia Geral da OMS sobre ações intersetoriais em saúde ocorrida em 1986, uma nova iniciativa da OMS de ação intersetorial era lançada. A iniciativa gerou um volumoso conjunto de trabalhos acadêmicos e de revisões de experiências de ação intersetorial nos níveis nacional e global e culminou em uma conferência internacional em Halifax, Nova Scotia, no Canadá, em 1997. A existência dessa iniciativa provava que não só a importância dos determinantes sociais e ambientais de saúde como também as dificuldades que os países estavam tendo para enfrentá-las estavam sendo reconhecidas<sup>lxxvii</sup>.

A eleição de Gro Harlem Brundtland para o cargo de Diretor-Geral em 1998 causou mudanças significativas na agenda institucional da OMS. Entre as prioridades de Brundtland estavam uma nova iniciativa contra a malária (*Roll Back Malaria*), uma campanha mundial contra o tabaco e uma reformulação conceitual dos sistemas de saúde. Brundtland tem o mérito de ter restaurado grande parte da credibilidade da OMS nos debates internacionais sobre o desenvolvimento. Contudo, essa renovação também teve um preço, e os sacrifícios afetaram áreas importantes para a promoção de ações sobre os determinantes sociais. As ambições do programa *Saúde para Todos no Século XXI* sofreu uma aguda redução. Na área de saúde e desenvolvimento, a marca de Brundtland era a Comissão de Macroeconomia e Saúde (*Commission on Macroeconomics and Health* – CMH), presidida por Jeffrey Sachs. A justificativa básica da CMH não era nova, mas ela conseguiu atrair a atenção dos formuladores de políticas ao inserir números na idéia de que os problemas de saúde dos pobres custam grandes somas de dinheiro à economia mundial. Ao quantificar em dólares o retorno econômico potencial de melhorias nas condições de saúde em países de renda baixa ou média, a CMH conseguiu dar destaque à saúde enquanto questão de desenvolvimento. Por ter se utilizado da linguagem do custo-benefício e por ter considerado os retornos de investimento, a CMH pode ter sido enxergada como uma proposta mais realista, pragmática e conectada ao mundo real, ao contrário de iniciativas anteriores da OMS tal como a *Task Force on Health in Development*, que discutia valores éticos e invocava a “coragem necessária à atenção”<sup>lxxviii</sup>.

### **1.8.3 Abordagens de DSS no nível dos países**

Durante os anos 90 e nos primeiros anos do século XXI, muitos países fizeram progressos notáveis no sentido de atacar as dimensões sociais da saúde.

As raízes diretas das ações contemporâneas de identificação e resolução de desigualdades de saúde determinadas socialmente estão no Canadian Lalonde Report<sup>lxxxix</sup> (1974) e no Relatório Black (Black Report), do Reino Unido<sup>lxxx</sup> (1980). O Relatório Black, de imediato, causou pouco impacto na formulação de políticas no Reino Unido, então governado pelo Partido Conservador de Margaret Thatcher, que rejeitou as recomendações do relatório, considerando-as utópicas. Contudo, o documento chamou a atenção de parte da comunidade científica. Ele inspirou uma série de pesquisas similares sobre as desigualdades de saúde em países como a Holanda, a Espanha e a Suécia. Especialistas em saúde pública e líderes políticos de muitos países começam a considerar opções de políticas de enfrentamento dos problemas apresentados pelos estudos – apesar de a ação ter permanecido vulnerável a mudanças políticas (como no caso da Espanha, por exemplo). Ao mesmo tempo, os efeitos da dimensão social na saúde foram se tornando cada vez mais claros, em particular, devido ao dados obtidos pelo Estudo Whitehall, conduzido por Sir Michael Marmot<sup>lxxxix,lxxxii</sup> que comparava as condições de saúde de servidores públicos ingleses. No Canadá, durante os anos 90, um notável estudo interdisciplinar financiado pelo Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) reuniu especialistas do campo da saúde pública e de outras áreas das ciências sociais e naturais com o objetivo de explorar “os determinantes da saúde das populações”. O objetivo não era só o de ampliar o conhecimento científico, mas também de identificar políticas que respondessem a seguinte questão: “O que pode ser feito para melhorar as condições de saúde dos países democráticos?” As principais descobertas e recomendações, publicadas em 1994 no livro *Why are some people healthy and others not?*, influenciou debates no Canadá e em outros países<sup>lxxxiii</sup>.

O vocabulário dos “determinantes sociais da saúde” passou a ser utilizado amplamente a partir de meados dos anos 90. Tarlov (1996) foi o primeiro a empregar o termo de forma sistemática. Tarlov identificava quatro categorias de determinantes de saúde: fatores genéticos e biológicos; atenção médica; comportamento individual; e as “características sociais dentro das quais a vida se dá”. Entre essas categorias, ele argumentava, “as características sociais predominam”<sup>6</sup>. Um série de publicações importantes disseminaram o uso desse vocabulário<sup>lxxxiv</sup>. Pesquisadores exploraram a questão de como as condições e os processos sociais podem ser traduzidos em experiências individuais de doença e de se a desigualdade social e econômica por si mesma poderia ser enxergada como um determinante da condição de saúde para todos os membros da sociedade, ou seja, se poder-se-ia esperar que qualquer sociedade mais igualitária que possua um dado nível de renda apresente melhores condições de saúde do que sociedades menos igualitárias em outros níveis sócio-econômicos<sup>lxxxv,lxxxvi</sup>. A consciência de que as evidências que surgiam a respeito dos determinantes sociais possuíam implicações mais profundas para as políticas públicas levou a ações no sentido de traduzir as descobertas científicas relevantes em uma linguagem mais acessível para os formuladores de políticas e para o público em geral<sup>lxxxvii</sup>.

Os países do leste europeu atingiram progressos mais rapidamente. Nesses países, no final dos anos 90 e nos primeiros anos do século XXI, o movimento em prol da formulação de políticas que combatessem as desigualdades e que atacassem os determinantes sociais ganhou força<sup>lxxxviii</sup>. Em alguns casos, especialmente na Suécia, o resultado foi uma reorientação dramática da saúde pública na direção da abordagem social. No Reino Unido, a chegada ao poder de um partido

trabalhista preocupado com as questões de equidade em saúde, levou a uma onda de novos estudos e de inovações nas políticas que colocou o país na vanguarda das ações de ataque aos determinantes sociais e em prol da redução das desigualdades de saúde. Fora da Europa, a Austrália, o Canadá e a Nova Zelândia foram verdadeiros líderes na pesquisa e na formulação de políticas relacionadas às dimensões sociais da saúde, apesar das tensões ocorridas entre a abordagem dos determinantes de saúde e outras estratégias em modelos de saúde e de atenção à saúde baseados no mercado e no atendimento individual<sup>lxxxix,xc</sup>. Contudo, ações bem-sucedidas sobre os determinantes de saúde através da implementação de políticas públicas não são um privilégio dos países de renda alta. Nos anos 90, um número de países em desenvolvimento também começou a implementar políticas e intervenções dirigidas às raízes sociais dos problemas de saúde. Para que se possa ter uma idéia do escopo das abordagens, dos obstáculos e das soluções propostas, e do movimento que se desenrolou em torno da idéia dos determinantes de saúde, iremos, a seguir, explorar os seus desdobramentos em alguns países a partir dos anos 90.

Para que se possa estudar e comparar os programas e as políticas nacionais de determinantes sociais é necessário que exista uma classificação que os organize de forma coerente, para que as suas similaridades e diferenças possam ser enxergadas. O quadro abaixo foi desenvolvido com esse propósito. Baseando-se em Diderichsen, Evans e Whitehead (2001)<sup>xcii</sup>, Mackenbach et al (2002)<sup>xciii</sup> e em outros trabalhos, ele classifica as políticas de DSS de acordo com seus pontos de entrada, ou seja, por exemplo, o estágio no qual se encontra o fator gerador de doença/bem-estar no qual se quer intervir. Para melhor visualizarmos a relação existente entre essas estratégias, devemos adotar a imagem de uma “corrente de produção social”, composta de mecanismos conectados entre si que vão desde a estratificação social subjacente à uma desigual distribuição dos resultados de saúde e de volta desde uma saúde precária às oportunidades e a posição socioeconômica dos indivíduos. Há quatro pontos básicos nessa corrente nos quais as políticas podem intervir:

- Reduzir a própria **estratificação social**, ou seja, por exemplo, “reduzir as desigualdades em termos de poder, prestígio, renda e riqueza que estejam ligados à posição sócio-econômica ocupada”<sup>92</sup>;
- Reduzir a **exposição** a fatores danosos à saúde por parte de grupos em posição menos privilegiada;
- Procurar reduzir a **vulnerabilidade** de grupos carentes às condições danosas à saúde que enfrentam;
- Através da **atenção à saúde**, reduzir as conseqüências desiguais dos problemas de saúde e prevenir a deterioração sócio-econômica de indivíduos que adoecem.

De certo modo, esses quatro pontos de entrada representam quatro níveis de “radicalidade” das políticas de DSS. O primeiro está ligado a programas que visam alterar a própria hierarquia sócio-econômica através de medidas de redistribuição. O segundo e o terceiro refletem medidas intermediárias mais modestas cujo objetivo é proteger grupos carentes contra os efeitos negativos na saúde causados pela sua posição social, como, por exemplo, melhorando as condições de trabalho e reduzindo o tabagismo em grupos de mais baixa renda. O quarto utiliza os serviços médicos para compensar o dano causado na saúde de grupos mais vulneráveis pelas forças sociais após o dano já ter sido causado e para prevenir que os efeitos da doença reduzam ainda mais a posição sócio-econômica do indivíduo. Essa categorização das políticas organizando-as de

acordo com os quatro pontos de entrada deve ser cruzada com uma outra classificação que leve em conta o grau de universalidade da cobertura dos programas (se o seu alvo é somente um grupo específico da população ou não).

Muitos programas nacionais que foram formulados no final dos anos 90 ilustram bem essa classificação. Entre os casos dignos de debate, escolhemos quatro que se ajustam melhor ao propósito da presente análise. Foram selecionados (1) para ilustrar a amplitude dos pontos de entrada identificados acima e (2) pois lições podem tiradas não somente do conteúdo das políticas, mas também do processo político no qual surgiram. O fácil acesso a ampla documentação sobre os cenários políticos foi um dos fatores que influenciaram a escolha dos exemplos.

### **Uma estratégia nacional de saúde pública abrangente: Suécia**

No final dos anos 90, a Suécia lançou uma estratégia inovadora de saúde pública baseada no modelo dos determinantes sociais. Diz muito o fato da estratégia não definir seus objetivos em termos de taxas de morbidade e de mortalidade. Ao invés disso, os objetivos nacionais de saúde são definidos com base nos determinantes sociais e ambientais das doenças. O meta maior da estratégia é “a criação de condições sociais que assegurem uma boa saúde de forma igual para toda a população”<sup>xciii</sup>. Pode-se dizer, assim, que a equidade em saúde é ponto central e explícito para as políticas de saúde pública da Suécia. O objetivo da estratégia é não só alterar o padrão de estratificação social que produz as iniquidades de saúde, como também trabalhar em nível mais intermediário no sentido de agir sobre fatores de exposição específicos para grupos mais carentes.

A política é baseada em 11 objetivos que representam os determinantes de saúde mais importantes:

- 1 Participação e influência na sociedade
- 2 Seguridade econômica e social
- 3 Condições seguras e favoráveis durante a infância e a adolescência
- 4 Vida profissional mais saudável
- 5 Produtos e espaços mais seguros e saudáveis
- 6 Serviços médicos e de atenção à saúde que promovam a saúde de forma mais ativa
- 7 Proteção eficiente contra doenças transmissíveis
- 8 Vida sexual segura e boa saúde reprodutiva
- 9 Mais atividade física
- 10 Bons hábitos alimentares e alimentos seguros
- 11 Um menor consumo de álcool e tabaco, uma sociedade livre de drogas ilícitas e a redução dos efeitos negativos do jogo em excesso

Os seis primeiros objetivos estão relacionados a fatores estruturais, ao passo que os cinco fatores restantes “falam de aspectos do estilo de vida sobre os quais o indivíduo tem poder de escolha, mas nos quais o ambiente social tem um papel importante. A responsabilidade de se alcançar esses objetivos é dividida com vários setores de diferentes níveis na sociedade,” incluindo os municípios, os conselhos dos condados e organizações voluntárias, além do governo federal<sup>90</sup>. O programa incluía estratégias de redução do isolamento dos domicílios e da segregação social, de aumento da participação em atividades recreativas, de captação de recursos adicionais para

escolas carentes, de redução do desemprego e de eliminação da discriminação quanto à contratação de imigrantes. Fundamentalmente, essa abordagem procura fortalecer a saúde da sociedade para então fomentar melhoras na saúde dos indivíduos, particularmente os de grupos mais vulneráveis.

A estratégia se baseia tanto na tradição cultural da Suécia de solidariedade quanto no modelo governamental de tomar decisões baseando-se em evidências concretas<sup>xciiv</sup>. O interesse da Suécia pelo registro de sua população vem de longa data. Desde o século XVIII, o governo vem mantendo o registro civil de nascimentos, mortes e *causa mortis*. Isso fez com que a Suécia tivesse amplas evidências estatísticas para apontar as tendências relativas à saúde e os padrões causais das doenças.

As novas políticas de saúde pública foram implementadas através de um processo político de consulta no qual participaram representantes dos principais partidos políticos da Suécia e da sociedade civil. Pesquisadores, políticos, conselhos de condados, municípios e prestadores de serviços de saúde exigiram ações sobre as causas sociais dos problemas de saúde, pedindo mais diretrizes de ação e objetivos direcionados ao país como um todo. Apoio também foi dado por sindicatos e organizações não governamentais. A disponibilidade de dados confiáveis sobre a existência de padrões de disparidade na saúde foi um dos fatores mais importantes na demanda pelas ações.

Um membro da administração do governo que apoiava a formulação da política conta que, durante o desenvolvimento das políticas, formulários de pesquisa foram enviados a diferentes setores do governo para definir de que forma as atividades dos setores causavam influência na saúde pública; através da perspectiva dos determinantes sociais – e não da perspectiva da doença – foi relativamente fácil para os setores determinarem as conseqüências de suas atividades para a saúde. Assim, outros setores participaram ativamente no processo de formulação da política desde o início. Os setores puderam dar seu feedback através da preparação, da circulação e do intercâmbio de muitos relatórios preliminares. Também se estimulou a participação da sociedade civil. Muitas organizações da sociedade civil receberam formulários para fazer seus comentários, e muitas delas forneceram um conteúdo bastante relevante<sup>94</sup>.

### **Coordenando políticas locais e nacionais de ação sobre as desigualdades de saúde: Reino Unido**

As recomendações presentes no Relatório Black não causaram muito impacto na Inglaterra durante os anos do governo conservador (1979-1997). Durante esse período, as desigualdades de saúde com raízes sociais documentadas no relatório se agravaram consideravelmente. No final dos anos 90, na Inglaterra, indivíduos cujos pais executavam funções qualificadas viveriam em média dez anos a mais do que os filhos de pais executando funções não qualificadas. As pequenas ações sobre as “variações da saúde” realizadas nos últimos anos do governo conservador pouco alteraram o padrão. Os anos de governo conservador testemunharam um aumento das desigualdades de renda no Reino Unido e uma explosão de famílias de baixa renda. Já em 1998-99, 14,3 milhões de pessoas (por volta de um quarto da população) e 4,4 milhões de crianças (por volta de uma em cada três) faziam parte de famílias cuja renda era menos da metade do que a renda média nacional<sup>xcv</sup>.

Em 1997, o trabalhista Tony Blair assume o poder e coloca as ações sobre as desigualdades de saúde como um dos focos principais da política nacional. Um mês após ter assumido a presidência, Blair reconheceu publicamente a ligação entre a pobreza e a saúde (uma ligação que os líderes do governo anterior não estavam dispostos a admitir). O governo trabalhista apontou Sir Donald Acheson para a presidir uma investigação independente sobre as desigualdades de saúde (Independent Inquiry into Inequalities in Health), que ficou incumbido de “identificar as áreas prioritárias sobre as quais a formulação de políticas dever agir no intuito de reduzir as desigualdades de saúde”<sup>xcvi</sup>. Divulgado em 1998, o Relatório Acheson produziu uma síntese das evidências científicas sobre um série de tópicos que ligavam as condições sociais às condições de saúde e estabeleceu 39 recomendações. Das 39, o Comitê Investigativo apresentou três como sendo fundamentais:

1. Todas as políticas que possam causar impactos na saúde deveriam ser avaliadas levando as desigualdades de saúde em conta;
2. A saúde da família e da criança deveria ser uma prioridade;
3. Outras ações destinadas a reduzir a desigualdade de renda e a melhorar as condições de vida de famílias carentes deveriam ser tomadas.

A investigação independente foi muito enfática ao afirmar a importância das políticas na redução das desigualdades de riqueza e na ampliação do acesso aos recursos na sociedade, para se atacar as desigualdades de saúde na raiz do problema (no ponto de entrada número um acima). O governo então passou a alinhar suas políticas com as recomendações básicas do relatório Acheson. O documento *Reducing health inequalities: an agenda for action*, publicado em 1999, serviu de resumo das ações do governo em diversas áreas, incluindo:

- *Aumentar o padrão de vida e combater a baixa renda* através do aumento dos benefícios sociais e da introdução de um salário mínimo;
- *Enfocar a educação e o desenvolvimento nos primeiros anos da infância*, por exemplo, através de programas pré-escolares (como o *Sure Start*) em áreas carentes.
- Fortalecer o emprego através da criação de uma série de serviços de seguridade social que atue sobre grupos prioritários;
- Construir comunidades saudáveis através de iniciativas de regeneração de áreas carentes, incluindo a criação de Health Action Zones<sup>95,xcvii</sup>.

Em 2001, O Secretário de Estado da Saúde anunciou duas grandes metas para a redução das desigualdades até 2010: uma dirigida a um grupo populacional definido pela sua ocupação e classe social, e a outra dirigida à áreas geográficas carentes. As metas eram: (1) reduzir em pelo menos 10% a lacuna entre a mortalidade de profissionais que executam funções manuais e a população como um todo; e (2) reduzir em pelo menos 10% a lacuna entre as cinco áreas com as menores expectativas de vida e a população como um todo<sup>xcviii</sup>. Já se entendeu que, para cumprir essas metas, serão necessárias ações em todos os níveis e em todos os departamentos do governo, criando pontes entre as diferentes funções. Do mesmo modo, um Estudo Transversal conduzido pelo Tesouro sobre as desigualdades de saúde foi realizado entre meados de 2001 e meados de 2002 com o objetivo de determinar de que forma o trabalho realizado pelos departamentos e programas do governo poderia ser coordenado de modo que as metas sejam atingidas mais facilmente e que o orçamento do governo possa ser usado de forma mais eficiente no combate das desigualdades de saúde<sup>xcix</sup>.

A estratégia geral do governo quanto à redução das desigualdades de saúde através de ações sobre os determinantes sociais é diferente dos seus esforços nacionais em prol da distribuição de renda através de iniciativas coordenadas localmente em áreas específicas. Um dos programas de distribuição de renda mais importantes (e um dos mais ambiciosos) foi a criação do primeiro salário mínimo nacional em abril de 1999. Mais de um milhão e meio de trabalhadores de baixa renda passaram a receber melhores salários por causa dessa medida. Essa e outras medidas de cunho nacional presentes nos quatro primeiros orçamentos anuais do governo trabalhista causaram um impacto positivo nas desigualdades de renda no país. A renda das famílias menos privilegiadas cresceu entre 1997 e 2000 (por volta de 9% para o decil menos elevado), ao passo que as famílias no decil mais alto tiveram uma discreta redução nas suas rendas<sup>95</sup>.

Além disso, algumas iniciativas em áreas específicas também foram fatores-chave para o fortalecimento da saúde em comunidades carentes através da melhoria das condições de vida e do combate da exclusão social. Entre as iniciativas realizadas em áreas específicas estão as Health Action Zones (HAZ), implementadas em 1997 em 26 bairros carentes do país. As HAZs contam com a participação de agências fiscalizadoras, autoridades de saúde e grupos voluntários e comunitários que trabalham na formulação de maneiras inovadoras de reduzir as desigualdades de saúde. Inicialmente, as HAZs eram projetos piloto de sete anos de duração cujo objetivo era “descobrir meios de quebrar as barreiras organizacionais para combater as desigualdades e fornecer melhores serviços”<sup>c</sup>. As atividades realizadas cobriram um amplo espectro de determinantes sociais. Entre elas estavam a formação e a inserção no mercado de trabalho de indivíduos da área; a promoção da educação em populações carentes; a construção de uma maior coesão social através de várias estratégias de auxílio às comunidades; e um melhor acesso aos serviços de saúde. Os primeiros resultados das HAZs foram irregulares e alguns líderes locais foram contra a decisão retrógrada tomada por autoridades nacionais de demandar que todas as HAZs demonstrassem de que modo estavam contribuindo para as prioridades nacionais nas áreas de doenças cardiovasculares, câncer e doenças mentais – uma medida que parecia reduzir a autonomia local. Contudo, apesar dessas dificuldades, as HAZs e outras iniciativas locais produziram meios inovadores de combate aos determinantes sociais da saúde. Em alguns casos, a consciência dos problemas de saúde e do impacto dos determinantes sociais na saúde aumentaram nas comunidades, e seus habitantes se engajaram veementemente<sup>100</sup>.

### **Os pontos de entrada dos DSS e o futuro do estado de bem estar social: Canadá**

O Canadá sempre foi considerado uma liderança no processo de saúde pública internacional, especialmente na questão dos determinantes mais gerais da saúde e na ampliação da participação da comunidade nos processo de saúde pública<sup>ci</sup>. O relatório Lalonde, de 1974, foi um dos primeiros estudos a propor um quadro mais amplo de compreensão dos determinantes da saúde – incluindo o estilo de vida e o ambiente físico e social – e a reconhecer o papel limitado dos serviços de saúde na melhoria da saúde. Também deve-se mencionar outras iniciativas do país em saúde pública, como o *healthy communities movement* (o movimento pela saúde da comunidade), de 1980 e a Carta de Ottawa de 1986. A sua tradição de pesquisa médica e nas áreas de saúde pública e ciências sociais fez com que o Canadá contribuísse significativamente para o aumento do conhecimento mundial sobre os DSS e também alimentou alguns debates vigorosos sobre políticas nacionais.

O sistema político federalista do Canadá atribui a responsabilidade pela saúde e pela política social às províncias e aos territórios, não centralizando a tomada de decisões no nível nacional. Durante os anos 90, houve um grande progresso no sentido de tornar as políticas das províncias, dos territórios e da federação mais receptivas às abordagens de DSS. Em 1994, o Ministro da Saúde do país adotou a ação intersetorial em saúde como um dos principais meios de melhoria da saúde dos canadenses<sup>ci</sup>. Um Position Paper da área de saúde, de 1998, identificava uma série de determinantes de saúde como alvos potenciais das políticas, tais como “a condição social e de renda; a existência de redes de auxílio social; educação, emprego e trabalho adequados; [...] um desenvolvimento saudável para as crianças; a existência de serviços de saúde, e questões de gênero e culturais”<sup>ciii</sup>. Em 1999, todos os níveis do governo apoiavam a abordagem da saúde populacional, que enfatizava as causas mais infra-estruturais dos problemas de saúde. O modelo de saúde populacional tem o objetivo de atacar as condições e fatores que influenciam a saúde dos indivíduos nas diferentes fases da vida. Esse modelo identifica variações sistemáticas na distribuição desses fatores na sociedade e aplica o conhecimento resultante no processo de formulação de políticas e ações. Reduzir a iniquidade entre os grupos populacionais é a meta mais geral, e as ações intersetoriais em saúde são uma estratégia de destaque<sup>civ</sup>.

A estrutura federativa do Canadá é um aspecto facilitador e, ao mesmo tempo, complicador no que concerne a saúde pública e algumas ações específicas sobre os DSS. As ações intersetoriais locais foram bem-sucedidas e algumas províncias fizeram um progresso impressionante em termos de formulação de políticas e de combate a alguns determinantes sociais. Contudo, como é difícil coordenar ações em âmbito nacional, alguns críticos afirmaram que compromissos com aspectos infra-estruturais (nas políticas de saúde pública) não se traduzem facilmente em ações<sup>101,cv</sup>. Em 1997, Sutcliffe e outros escreveram um relatório que dizia que “em muitas províncias, não havia nenhum programa governamental de combate aos determinantes mais amplos da saúde ou que se utilizasse de múltiplas estratégias”<sup>101</sup>. Nos primeiros anos do século XXI, o sistema de serviços médicos continuavam a absorver a maioria dos recursos do setor de saúde, sendo que menos de 3% dos gastos com saúde eram direcionados à promoção de saúde e à prevenção de doenças<sup>105,cvi</sup>.

Os debates a respeito da questão da saúde e das políticas dos serviços de saúde se intensificaram no final dos anos 90, relacionados a discussões mais amplas sobre o futuro do estado de bem-estar social e sobre a crescente influência do neoliberalismo na economia e na vida pública do Canadá. A década de 90 era vista como uma década de grande prosperidade, apesar da disparidade entre os ricos e os pobres no Canadá ter se ampliado substancialmente durante o período<sup>cvi</sup>. Teeple (2000) descreveu as condições político-econômicas que permitiram com que o estado de bem-estar social canadense pudesse ser criado após a Segunda Guerra Mundial, que incluem uma forte identidade nacional e a consciência da necessidade de mitigar os conflitos de classe<sup>cvi</sup>. O autor mostrou como esse cenário havia mudado a partir dos anos 70 com a globalização da economia e com a aproximação com os modelos neoliberais, o que afetava a formulação de políticas. Baseando-se nessas análises, alguns especialistas canadenses da área de saúde pública formularam críticas à tendência de liberalização e privatização, que viam associadas a aumento da intensidade do foco da saúde pública em fatores de risco individuais, ignorando as disparidades sociais e econômicas subjacentes. A discussão da saúde pública e da implementação de políticas de DSS no Canadá continua a opor os defensores de medidas robustas de distribuição de renda para reduzir a estratificação social (ponto de entrada 1) aos

patronos de uma abordagem menos ambiciosa com o objetivo de reduzir a exposição de grupos carentes à riscos (pontos de entrada 2-3)<sup>cxix</sup>.

### **Um programa multifatorial para famílias carentes: o programa *Oportunidades* do México.**

O programa mexicano *Oportunidades* foi muito bem-sucedido e mostra como é possível formular políticas inovadoras que levem em conta os DSS nos países em desenvolvimento. O *Oportunidades* (conhecido até 2002 como PROGRESA) é um programa de combate à pobreza no qual dinheiro é transferido a famílias carentes de regiões rurais sob algumas condições para que possam colocar seus filhos na escola, utilizar serviços médicos com mais frequência (como os serviços preventivos, por exemplo) e alimentar-se melhor. O programa foi lançado em 1997 e já gerou resultados tão positivos na melhoria da saúde e da educação que o governo resolveu expandi-lo para famílias carentes de áreas urbanas. O *Oportunidades* é baseado na idéia de que os efeitos causados por medidas nas áreas de educação, saúde e nutrição são sinérgicas e influenciam-se mutuamente. Conseguiu também começar a transcender a falta de espírito de grupo dos ministérios do setor social<sup>cx</sup>. O programa tem, por definição, uma cobertura dirigida a grupos específicos e não uma cobertura universal. Ele tem o objetivo de proteger famílias carentes de certas formas desiguais de exposição e vulnerabilidade e de melhorar o acesso dessas famílias aos serviços de saúde (os pontos de entrada 2-4).

O objetivo principal do *Oportunidades* é aumentar a capacidade de ação de grupos extremamente pobres no México, identificados em vários níveis<sup>cxii</sup>. Não se trata de um programa convencional, pois funciona através de incentivos monetários – que equivalem a um aumento de 25% da renda da família – concedidos às famílias para que possam aumentar sua escolaridade e utilizar com mais frequência os serviços de saúde. Em última instância, o objetivo do programa é incentivar os pais a decidir pela melhoria da saúde e da educação de seus filhos. O dinheiro é transferido para a mãe da família, uma estratégia intencional cujo intuito é fazer com que o dinheiro seja de fato aplicado no desenvolvimento da família e na melhoria da educação e do nível nutricional das crianças<sup>cxiii</sup>. É importante mencionar que um monitoramento rigoroso e independente, registrando resultados quantificáveis nas suas três áreas de atuação, estava previsto desde a criação do PROGRESA, o que fortaleceu a credibilidade científica e política do programa.

Quanto à saúde, o PROGRESA (e depois o *Oportunidades*) só distribuía o dinheiro para membros da família que concordavam em receber serviços preventivos prestados pelo Instituto Mexicano de Seguridade Social<sup>cxiiii</sup>. A pacote de saúde tem como objetivo atacar os problemas de saúde mais comuns e agir nos melhores pontos para a prevenção de doenças, como o saneamento, o planejamento familiar, a atenção pré-natal e neonatal, a prevenção e o tratamento de infecções respiratórias, prevenção de acidentes e primeiros socorros, entre outros<sup>cxv</sup>. Ao mesmo tempo, o programa procura melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo poder público, especialmente através da garantia de uma oferta constante de medicamentos, da contratação de mais médicos e enfermeiros e da melhoria dos salários dos prestadores de serviços de saúde<sup>110</sup>. Os resultados de um estudo conduzido em 2001 pelo Banco Mundial mostraram um aumento no uso dos hospitais públicos para tratamento preventivo, uma redução nas internações e uma melhoria significativa na saúde de crianças e adultos que participaram do programa. Em relação a crianças que não participaram do PROGRESA, reduziu-se a incidência de doenças em 23% e em 18% os casos de anemia e aumentou-se a altura entre um e quatro por cento<sup>112</sup>. Os adultos apresentaram não só uma redução no número de dias nos quais tiveram dificuldades em executar tarefas diárias por causa de doenças e no número de dias que tiveram que ficar de cama, como também um

aumento importante no número de quilômetros que conseguiam caminhar sem se sentirem cansados.

Em termos de educação, bolsas foram fornecidas a crianças e a adolescentes com menos de 18 anos durante o período de suas vidas no qual o risco de abandono escolar é maior (entre a terceira série do primeiro grau e o terceiro ano do segundo grau). Como é freqüente que as famílias contem com suas crianças para complementarem suas rendas em tempos de maiores dificuldades econômicas, o valor da bolsa foi regulado para que pudesse, ao menos em parte, compensar a redução na renda, que aumenta ao passo em que a criança vai avançando na escola. Além disso, uma bolsa maior era concedida às meninas, pois há mais risco de abandonarem a escola do que os meninos. Como resultado do programa, o número de inscritos em escolas aumentou entre 11 e 14 pontos percentuais para meninas e entre 5 e 8 por cento para os meninos. A transição para o segundo grau aumentou em quase 20% e o trabalho infantil diminuiu<sup>cxv</sup>.

Para melhorar a nutrição, o dinheiro só era transferido se as crianças menores de cinco anos de idade e as mães em fase de aleitamento visitassem regularmente as clínicas de monitoramento, onde o crescimento era medido, e se as grávidas fizessem os exames pré-natais e recebessem suplementos alimentares e educação em saúde com regularidade em clínicas. Além disso, um valor fixo de onze dólares mensais era transferido com o objetivo de melhorar a alimentação. Também era fornecida uma suplementação alimentar de 20% do consumo calórico e 100% dos micronutrientes necessários para crianças e lactantes. Uma avaliação realizada em 2000 mostrou que crianças com menos de cinco anos de idade a quem havia se recomendado acompanhamento médico e que receberam o auxílio nutricional apresentaram uma incidência 12% menor de doenças em comparação a crianças que não participaram do programa<sup>cxvi</sup>. A condição nutricional de crianças dentro do programa era melhor, o que reduzia a probabilidade de paradas no desenvolvimento das crianças entre 12 e 26 meses de idade<sup>cxvii</sup>. Além disso, os beneficiários do programa relataram um consumo calórico maior e uma dieta mais diversificada, incluindo maior consumo de frutas, vegetais e carnes. A deficiência de ferro também caiu em 18%<sup>cxviii</sup>.

Desde o seu lançamento em 1997, o governo mexicano tinha o compromisso de expandir o programa. Já no ano 2000, o programa cobria aproximadamente 2,6 milhões de famílias, por volta de um terço das famílias rurais do México, e funcionava já em 50,000 localidades<sup>cxix</sup>. Em 2002, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, aprovou o empréstimo de um bilhão de dólares – o maior do banco para o México – para a consolidação do PROGRESA e sua expansão para as áreas urbanas e para assegurar a sustentabilidade do programa no médio e no longo prazo. O sucesso do Progres/Oportunidades levou à implementação desse tipo de abordagem multissetorial em outras regiões da América Latina, como Argentina, Brasil, Colômbia, Honduras e Nicarágua.

Uma avaliação externa rigorosa do projeto foi um aspecto chave para a manutenção de sua legitimidade política. Por conta disso, o programa obteve um forte apoio no nível presidencial e de instâncias dentro das Secretarias de Educação, Saúde e Desenvolvimento Social. Durante a transição política de 2000, os importantes resultados obtidos e o contínuo compromisso político com o combate da pobreza fizeram com que o programa não somente pudesse sobreviver, como também pudesse ser expandido<sup>cxx</sup>.

Os exemplos citados acima são somente uma pequena parte das políticas nacionais em resposta aos determinantes sociais de saúde que surgiram nos anos 90 e que foram expandidos posteriormente. Esses exemplos mostram com mais clareza o ímpeto que aumentava no tocante aos DSS e ilustram algumas das questões científicas e políticas que provocam debates até hoje.

### **1.9 Os anos 2000: aceleração do processo e novas oportunidades**

Nos anos 2000, as ações em DSS continuaram se expandir nos países mais “adiantados”<sup>88,90</sup>. O contexto mais amplo de saúde global e de desenvolvimento evoluiu de maneira a abrir portas para o desenvolvimento das ações.

Hoje, a agenda de desenvolvimento global é cada dia mais determinada pelas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs), que foram adotadas por 189 países na Cúpula do Milênio das Nações Unidas, em setembro de 2000. As oito MDMs relacionam-se a metas quantitativas em indicadores de redução de pobreza; educação; maior influência das mulheres; saúde infantil; saúde materna; controle de doenças epidêmicas; preservação ambiental; e de desenvolvimento de um sistema justo de comércio global. As MDMs enfocaram, de forma fundamental, a necessidade de ações multisetoriais coordenadas. As MDMs superam a idéia de que os problemas sociais e de desenvolvimento urgentes que os países em desenvolvimento enfrentam podem ser combatidos isoladamente, com cada setor trabalhando separadamente, sem trabalho em grupo. Sem progressos no combate à fome, no fortalecimento da segurança alimentar, na ampliação do acesso à educação, no aumento da influência das mulheres e na melhoria das condições de vida nas favelas, por exemplo, os objetivos específicos da área de saúde nas MDMs não poderão ser alcançadas em muitos países de renda baixa ou média. Ao mesmo tempo, sem progressos na área de saúde, os países também não conseguirão atingir suas metas em outras áreas.

Três das oito MDMs têm foco direto na saúde e muitas outras têm componentes importantes de saúde, o que confirma que, de forma geral, a saúde, nos anos 2000, está em uma posição mais alta na hierarquia da agenda de desenvolvimento internacional do que nunca antes esteve<sup>1, cxxi</sup>. A saúde também fica cada vez mais importante devido à exercícios como a Comissão de Macroeconomia e Saúde da OMS e esforços de comunidades e de grupos da sociedade civil mobilizados com o objetivo de fazer da saúde um direito humano. A crescente relevância da saúde enquanto questão de desenvolvimento está mesclada com a consciência das desigualdades de saúde. A preocupação que existe com as desigualdades de saúde também cria outras oportunidades de fomento de ações sobre os DSS – pois os fatores sociais estão na raiz da maioria das disparidades de saúde.

Ao mesmo tempo, o vasto apoio acumulado pelas MDMs indica o surgimento de um ambiente relativamente mais consensual na saúde e no desenvolvimento internacionais, acabando com algumas das polarizações existentes nos anos 90 e criando uma base para trabalhos em parceria entre diversos atores. Os anos 90 foram caracterizados por combates ideologicamente carregados sobre a globalização, que era definida como “de todo ruim” ou “de todo boa”. Esse clima de oposição binária abriu caminho para análises mais pormenorizadas. Reconhecendo a complexidade e a ambigüidade dos processos político-econômicos que estão tomando lugar,

muitos atores tem se comprometido com uma postura mais pragmática quanto à cooperação. Há um interesse generalizado na maximização dos benefícios reais da globalização; reconhecendo-se, ao mesmo tempo, o mal que ela pode causar especialmente a grupos vulneráveis, e formulando-se políticas para limitar esses efeitos negativos e conseguir uma distribuição mais eqüitativa dos seus custos e dos seus benefícios<sup>cxxii,cxxiii</sup>.

O conflito armado, a degradação ambiental e a segurança global continuam a apresentar ameaças maiores e a causar polarizações. Contudo, de forma geral, não só tem aumentado a consciência da interdependência do mundo, como também os atores de diferentes países e setores estão cada vez mais certos de que devem trabalhar juntos. A consciência da interdependência reafirma as MDMs enquanto um acordo global sem precedentes entre nações desenvolvidas e em desenvolvimento<sup>7</sup>. Foram idéias similares que deram forma à Conferência Internacional sobre o Financiamento do Desenvolvimento, realizada em março de 2002, na cidade de Monterrey, no México. O aumento do auxílio para o desenvolvimento permanece incerto (sendo a meta de 0,7% do PIB dos países doadores), mas a força acumulada das conferências do Milênio e de Monterrey marca uma mudança no pensamento da cooperação para o desenvolvimento. De acordo com o compromisso feito com as MDMs e em Monterrey, “os países concordam em responsabilizarem-se uns aos outros, e foi dado mais poder aos cidadãos tanto de países de alta renda quanto de países de baixa renda para fazer com que seus governos cumpram suas metas.”<sup>8</sup>

Os anos 2000 também presenciaram a evolução da OMS no papel de promover ações em prol da equidade em saúde e da dimensão social da saúde. Em 2003, Lee Jong-wook foi eleito Diretor-Geral da OMS apoiando uma reconexão com os valores do Saúde para Todos. O estilo pessoal de Lee (um fomentador pragmático do consenso) também influenciou em sua eleição. Em um artigo do Lancet de dezembro de 2003, Lee escreveu:

Uma dos aspectos mais essenciais da justiça nas relações humanas é a promoção do acesso igualitário às condições que facilitam a saúde [...] O objetivo de Alma-Ata de fornecer Saúde para Todos estava certo, assim como os princípios básicos da atenção primária à saúde: acesso igual, participação da comunidade e abordagens intersetoriais para a melhoria das condições de saúde. Esses princípios precisam ser adaptados ao contexto atual<sup>121</sup>.

Em seu discurso na 57<sup>a</sup> Assembléia Geral da OMS em maio de 2004, Lee anunciou que a OMS tinha a intenção de criar uma comissão global sobre os determinantes de saúde para fazer a agenda pró-equidade avançar e para aumentar o apoio da Organização aos Estados Membros na implementação de abordagens abrangentes dos problemas de saúde, incluindo suas raízes sociais e ambientais. Lee afirmou que a comissão seria direcionada à ação prática. “O objetivo é reunir o conhecimento de especialistas, especialmente aqueles com experiência prática de combate a esses problemas, o que pode ajudar a dar um maior encaminhamento a todos os nossos programas”<sup>cxxiv</sup>.

## **2. PASSANDO À PRÓXIMA ETAPA: A COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

### **2.1 Os objetivos da Comissão**

A CSDH foi formada em um momento no qual o ímpeto pela ação sobre os DSS aumentava. Uma série de fatores, tais como a formação de uma base científica, a mobilização de várias instâncias ligadas ao problema e o ambiente político geral do desenvolvimento, criaram condições nas quais avanços nunca antes vistos em termos de políticas de DSS podem ser alcançados. Mas muitos países e comunidades permanecem excluídos – especialmente em partes do mundo onde as necessidades de saúde e os impactos negativos dos DSS são maiores. O que se precisa agora é do estímulo necessário para pegar o impulso já existente e levá-lo ao próximo nível: negociar uma compreensão mais ampla e ampliar a aceitação das estratégias de DSS entre tomadores de decisão e atores envolvidos, especialmente nos países em desenvolvimento; traduzir o conhecimento científico em agendas pragmáticas adaptadas ao nível de desenvolvimento econômico dos países; identificar intervenções bem-sucedidas e mostrar como elas podem ser ampliadas; e assegurar que os determinantes sociais tenham âncoras nas políticas de saúde da OMS e de outros atores mundiais. São essas as missões da CSDH.

A Comissão, durante os seus três anos de existência, quer levar mudanças a cabo, através das quais as relações sociais e os fatores que influenciam a saúde e os sistemas de saúde deverão ser mais visíveis, compreendidos e receber a devida importância. Baseando-se nisso, as oportunidades de desenvolvimento de políticas e de execução de ações (e os custos de não se agir) tornar-se-ão amplamente conhecidas e serão debatidas. Um número cada vez maior de instituições locais, nacionais e globais de saúde pública usará o conhecimento gerado e implementarão políticas públicas relevantes que influenciam a saúde. A capacidade de liderança, o interesse público e a presença de instituições aptas à tarefa tanto dentro do setor de saúde quanto fora dele irão servir de suporte para essa transformação. Os determinantes sociais da saúde serão incorporados ao planejamento, à formulação de políticas e ao trabalho técnico da OMS.

As metas da CSDH são ambiciosas. Para que consiga alcançá-las, terá que dar continuidade ao trabalho realizado por seus antecessores, compreender suas limitações e obstáculos, e ir além. A realização disso irá depender de decisões estratégicas baseadas na história.

## **2.2 Questões-chave para a Comissão**

A revisão histórica realizada acima trás à baila alguns dos desafios que a CSDH pode esperar encontrar e os motivos pelos quais essa ação é tão vital neste ponto. A história fornece lições para a CSDH e levanta questões que os membros da comissão terão que debater enquanto definem seus objetivos e estratégias mais precisamente. Nas páginas seguintes iremos focar em quatro questões que a pesquisa histórica mostrou serem fundamentais. Em cada uma dessas quatro áreas, iremos identificar uma ou algumas questões específicas que a Comissão terá que esclarecer.

### ***2.2.1 O escopo da mudança: definindo os pontos de entrada***

O escopo das mudanças pode ser mais ou menos ambicioso. A questão pode ser ilustrada historicamente pelo embate entre a atenção primária seletiva e a atenção abrangente, ou seja, por exemplo, entre a agenda do Saúde para Todos tal qual apresentada por Mahler em Alma-Ata e a Revolução pela Sobrevivência das Crianças conduzida por Grant e pela UNICEF nos anos 80. A CSDH vai ter que enfrentar a sua própria versão desse desafio e a obrigação de ter que escolher

entre as estratégias incorporadas nessas duas ações. Por um lado, a Comissão poderia se ver como a promotora de uma revolução estrutural no pensamento e nas ações das políticas de saúde, com conseqüências profundas nas estruturas sociais e na maneira dos governos responderem à sua responsabilidade pela saúde das populações. Por outro lado, a CSDH poderia ter um horizonte mais modesto e ter como objetivo a formulação e a promoção de um conjunto de intervenções que os Estados podem executar com facilidade, sem mudanças significativas nos seus modelos de governo, nos orçamentos ou nas suas relações com instituições financeiras internacionais ou com doadores (equivalente à estratégia GOBI). É claro que a escolha não precisa ser binária. Pode-se combinar as qualidades de ambas abordagens. Mas a CSDH terá, inevitavelmente, que se decidir quanto ao que pode ser chamado de problema “Mahler-Grant”. Esse posicionamento deve ser fruto de uma decisão consciente, racional e coletiva, e não simplesmente surgir confusamente do dia-a-dia das interações da comissão com seus parceiros e com a mídia.

No que concerne a comunicação, essa questão é também uma decisão de vocabulário (como por exemplo “justiça social” ou “eficiência”, “redução das disparidades”). No nível das ações conduzidas pelos países e das políticas formuladas, é uma questão de pontos de entrada. As decisões sobre a linguagem utilizada não é somente uma sutileza lingüística, ela afetará a maneira com que a CSDH irá trabalhar com os países e a escolha dos tipos de políticas a serem implementadas. Como foi mostrado nos exemplos dos países acima (seção 1.8.3), as políticas e as intervenções de combate aos DSS podem tocar nas estruturas sociais em vários níveis. As políticas mais ambiciosas irão tentar reduzir dramaticamente as disparidades de riqueza e poder entre os grupos da sociedade através de processos de redistribuição. No outro extremo do espectro, intervenções nos serviços de saúde direcionadas a grupos carentes têm por objetivos reparar ou servir de medidas paliativas ao dano causado pelas desigualdades sociais, no momento em que essa desigualdade já se transformou em doenças. É fundamental que a CSDH determine em que nível desse espectro ela deseja promover uma mudança. Anteriormente, no texto, foi apresentada uma lista dos pontos de entrada possíveis para as políticas de combate aos DSS e às iniquidades de saúde. Essa lista mostrava os seguintes pontos de entrada das políticas e intervenções sobre os DSS:

- Reduzir a própria **estratificação social**, reduzindo as desigualdades de poder, prestígio, renda e riqueza que estejam ligados à posição sócio-econômica ocupada<sup>92</sup>;
- Reduzir a **exposição** a fatores danosos à saúde por parte de grupos carentes;
- Reduzir a **vulnerabilidade** de grupos carentes às condições danosas à saúde que enfrentam;
- Através da **atenção à saúde**, reduzir as conseqüências desiguais dos problemas de saúde e prevenir a deterioração sócio-econômica de indivíduos que adoecem.

Essencialmente, esse quadro de ações questiona em que ponto da cadeia social de produção da saúde/doença se deseja (ou é possível) intervir em contexto específicos: através de políticas de redistribuição mais amplas, cujo objetivo é alterar desigualdades sociais estruturais; através de políticas menos ambiciosas e mais intermediárias que procuram proteger os indivíduos de grupos carentes contra as piores conseqüências na saúde de sua maior exposição à riscos (como, por exemplo, os programas anti-tabaco dirigidos a populações de baixa renda e as regras formuladas de segurança ocupacional que reduzem os riscos para a saúde de atividades profissionais de

menor prestígio); ou através da prestação de serviços médicos mais justos no final da “cadeia social de produção”.

Também ligada à questão dos pontos de entrada, está a decisão entre programas universais ou programas de foco específico. Graham e Kelly nos lembram que as evidências da ligação entre a condição sócio-econômica da população e sua condição de saúde gerou dois tipos de política<sup>cxxv</sup>. O primeiro tipo focaliza nos grupos em piores condições, ou seja, nos grupos mais excluídos socialmente, aqueles com mais fatores de risco e aqueles sobre os quais é mais difícil agir. Esse foco foi importante para a incorporação das desigualdades de saúde à agenda da exclusão social e para uma maior ênfase nos níveis local e da comunidade. Em termos de políticas e de intervenções, isso significa uma abordagem que tente tirar indivíduos de situações extremas. De fato, essas intervenções ajudam somente uma parte relativamente pequena da população. A segunda abordagem reconhece que, como os que estão nas piores condições em geral estão também nas piores condições de saúde, essa ação faz parte de um espectro mais amplo de saúde. Isso significa que não são somente os grupos e comunidades mais pobres que estão em piores condições de saúde, se comparados aos mais privilegiados. Além deles, há um grande número de pessoas que, apesar de não poderem ser classificados como “excluídos socialmente”, também são carentes em termos de saúde. Intervenções de diversos tipos (incluindo as preventivas) poderiam causar uma melhoria considerável na saúde desses indivíduos e gerar economias ao sistema de saúde. Como os programas universais podem vir a ser encarados como demasiadamente caros, existe o risco de que as estratégias implementadas venham, primeiramente, a combater determinantes intermediários que simplesmente aliviam as conseqüências da pobreza, não alterando as suas causas reais<sup>cxxvi</sup>. Alguns críticos argumentam que um efeito colateral das intervenções direcionadas (não universais) pode ser a legitimação da pobreza, tornando-a mais tolerável para os indivíduos e menos dispendiosa à sociedade<sup>cxxvii</sup>. Os membros da comissão irão refletir cautelosamente sobre o nível de mudança que desejam promover; as vantagens e a possibilidade de se selecionar vários pontos de entrada; a sincronia de forças e habilidades necessárias para a ação em muitos níveis; e a estratégia política adequada para a obtenção de resultados positivos.

As decisões sobre os pontos de entrada das políticas e sobre o conteúdo das políticas recomendadas irá sofrer variações conforme o contexto nacional no qual se aplica. Políticas bem-sucedidas de enfrentamento às DSS não podem ter um “tamanho único”. Os países e regiões estão mais ou menos preparados para a ação sobre os DSS e mais ou menos abertos quanto à abordagens mais profundas de redistribuição<sup>88</sup>. As especificidades dos contextos nacional e local irão mostrar quais determinantes sociais precisam ser combatidos mais urgentemente e quais políticas são as mais apropriadas. As particularidades nacional e local, especialmente as relacionadas às relações políticas de poder, irão determinar que oportunidades de ação existem e que restrições elas possuem e indicar quais instancias irão se alinhar com a agenda dos DSS e quais resistirão. Assim, a questão passa a ser não só “quais pontos de entrada serão os escolhidos?”, como também, e principalmente, “Como decidir?”, ou seja, que critérios serão utilizados na tomada de decisões sobre o nível de políticas/intervenções recomendadas para os casos particulares?

Presume-se, assim, que além de definir o quadro dos pontos de entrada para as intervenções e políticas de DSS, a CSDH também precisará desenvolver uma lista de países e jurisdições subnacionais, caracterizando-os por suas capacidades de ação sobre os DSS. A elaboração

dessa lista será uma tarefa importante para a equipe científica da Comissão e vai muito além do escopo desse artigo. Algumas questões-chave já podem ser apresentadas, todavia. A renda nacional será um fator de diferenciação, sendo que os países ricos terão, presumivelmente, na maioria dos casos, uma maior facilidade de implementar políticas de DSS mais abrangentes do que os países mais pobres. Contudo, tanto o *Good health at low cost* quanto estudos subseqüentes deixaram claro que a renda não é o único fator relevante. Países com níveis de renda mais ou menos equivalentes apresentam níveis muito diferentes de sucesso em áreas sociais relevantes para a saúde, como o acesso a alimentos adequados para toda a população; qualidade de habitação; água e saneamento; e educação. Assim, a lista produzida pela CSDH terá não somente que organizar os países por nível de renda, mas também por fatores menos quantificáveis que irão determinar suas oportunidades de ação. Roemer, Kleczkowski e Van Der Werff<sup>cxviii</sup>, explorando a influência do contexto nos sistemas de saúde, propuseram um critério de organização dos países que utilizam variáveis que poder ser relevantes. Eles classificam os países com base em três critérios:

- O grau de prioridade da saúde na agenda do governo e da sociedade, o que se reflete nos recursos nacionais alocados para a saúde;
- O quanto a responsabilidade de financiar e organizar o fornecimento de serviços de saúde para os indivíduos é enxergado como (1) uma responsabilidade social e coletiva ou, (2) em primeiro lugar, uma responsabilidade dos indivíduos necessitados;
- O quanto a sociedade (através de suas autoridades políticas) assume a responsabilidade por uma distribuição mais igualitária dos recursos de saúde.

Como a análise da CSDH reconhece, mas os planejadores técnicos muitas vezes ignoram, a história política, econômica e social de um país é profundamente relevante para se compreender quais políticas serão adequadas e eficientes naquele contexto. A Health Equity Team da OMS recentemente admitiu a relevância de se compreender os sistemas de saúde através de seus contextos políticos e históricos<sup>cxix</sup>. Isso se aplica, acima de tudo, aos esforços de mobilização de instâncias, de engajamento dos formuladores de políticas e de implementação de intervenções sobre os DSS.

A questão das particularidades dos países e das maneiras mais adequadas de engajamento irá levantar uma série de questões estratégicas importantes para a Comissão, incluindo o modo através do qual a CSDH irá cooperar com países cuja estrutura política é federativa (veja o exemplo do Canadá acima) e que tipo de apoio e de recomendações quanto à formulação de políticas a CSDH vai fornecer a países cujo contexto político-econômico (incluindo situações de conflito e/ou governos altamente autoritários ou irresponsáveis) não propicia qualquer ação maior de saúde sobre os DSS no curto e no médio prazo. Esses países serão “riscados” da lista da CSDH, por serem casos nos quais os recursos e a energia da Comissão não devem ser investidos, ou será que algum esforço deva ser realizado para formular recomendações a esses países e desenvolver o diálogo político para, assim, iniciar mudanças de longo prazo?

#### **Questões estratégicas principais:**

- Qual será a posição da CSDH quanto ao problema “Mahler-Grant”: escolher-se-á entre (1) uma crítica estrutural profunda baseada na visão da justiça social ou (2) a execução de um número fechado de intervenções que podem produzir resultados de curto prazo, mas que podem não atingir as causas mais profundas do sofrimento e das iniquidades de

saúde? Se uma estratégia mais seletiva, restrita a um número limitado de intervenções e pragmática for escolhida, os críticos podem, com razão, perguntarem-se por que motivo uma Comissão global foi formada, e não somente um grupo técnico de trabalho, o que teria custado muito menos.

- Que critérios a CSDH utilizará para identificar os pontos de entrada adequados para cada país/região?

### ***2.2.2 Antecipando uma possível resistência à mensagem da Comissão – e se preparando estrategicamente***

Sobre o motivo do insucesso das políticas que atuam sobre os DSS, a literatura existente sobre o assunto possui duas correntes. A primeira vê o impedimento como um problema de conhecimento e, a segunda, como uma questão de poder<sup>xxxx</sup>. De acordo com a primeira corrente, a ação de combate aos DSS foi fraca porque as evidências necessárias à implementação de ações não foram adequadas, ou não foram efetivamente comunicadas aos indivíduos em posição de efetuar mudanças. A segunda corrente focaliza na dimensão político-econômica do poder e do lucro, e sugere que as limitações mais importantes à ação sobre os DSS estão nesse campo. Ela vê o fracasso das políticas de DSS não como um sintoma da falta de conhecimento, mas como a consequência lógica das relações de poder. Em particular destaca o fato de que certos setores se beneficiam do “status quo” onde os DSS não são tomados em conta e acreditam que os seus interesses seriam comprometidos se políticas agressivas sobre os determinantes sociais fossem implementadas.

Está claro que entre os principais objetivos da CSDH está o preenchimento de lacunas de conhecimento científico sobre os determinantes sociais e sobre políticas e intervenções de combate a eles. A própria existência da Comissão confirma a convicção de que uma melhor comunicação da mensagem dos DSS aos formuladores de políticas, aos atores da saúde e do desenvolvimento e ao público em geral pode ajudar a catalisar ações que melhorarão significativamente as chances de pessoas carentes terem saúde. Contudo, a CSDH também deve levar em consideração a segunda corrente, centrada nas relações político-econômicas. Nossa pesquisa histórica mostrou que a falta de conhecimento não foi a principal causa do fracasso das ações sobre os DSS. A informação produzida durante os últimos 25 anos foi suficiente para que a maioria dos países admitisse, ao menos em princípio (através de várias declarações oficiais), a necessidade urgente de se agir. Contudo, limitações políticas surgiram, com freqüência, entre o reconhecimento da necessidade dessas políticas e sua implementação.

É especialmente importante que a CSDH venha a focalizar esses assuntos ainda no início de suas atividades. Desenvolver e conduzir um processo de geração de conhecimento científico vai parecer, de certo modo, mais óbvio e “natural” a muitos membros da Comissão e a seus auxiliares do que agir sobre as barreiras políticas existentes. Todavia, se a estratégia política não tiver sido bem planejada, as evidências científicas, mesmo que cientificamente corretas, podem não produzir as mudanças concretas que a Comissão deseja.

Alguns acadêmicos já começaram a analisar o aspecto político/estrutural da resistência às abordagens de DSS<sup>89,130</sup>, mas ainda há muito trabalho a ser feito. Como as particularidades dos contextos nacional e local serão cruciais e como haverá variações no espectro das ações com as

quais a Comissão vai lidar em cada uma das regiões, esse trabalho não pode mapear as relações de poder mais relevantes pormenorizadamente.

### **A classe médica**

A agenda de DSS, incluindo os esforços direcionados ao avanço da promoção de saúde e de ações intersetoriais, já encontraram, no passado, resistência ativa e passiva por parte dos profissionais e instituições de medicina<sup>14,16,89</sup>. Faz sentido presumir que esse padrão irá continuar após a formação da CSDH. Fazer da classe médica um parceiro construtivo é um desafio importante para as agendas de DSS e de equidade em saúde.

Os provedores de serviços de saúde, especialmente os clínicos gerais, fazem parte, normalmente, da elite social e compartilham de parte de seus valores e interesses de classe. Assim como outros membros de círculos sociais privilegiados, eles serão contrários e, freqüentemente, resistirão a políticas governamentais de redistribuição de recursos dos mais privilegiados para os mais carentes. Além disso, e mais importantes ainda, os clínicos têm um forte interesse na manutenção do monopólio sobre o discurso e a prática sobre a saúde. Os profissionais da medicina não querem que o controle das questões de saúde lhes fuja das mãos e que vá para outros setores ou instâncias profissionais nem querem ceder o poder de determinar a agenda de saúde para as comunidades. A atrofia das ações intersetoriais e a descrença generalizada na participação das comunidades no âmbito do Saúde para Todos reflete, parcialmente, essa dinâmica persistente, apesar de outros fatores também terem sido relevantes.

O motivo desse padrão está relacionado, em parte, ao desejo dos médicos de manter seu prestígio social, mas a questão mais fundamental é econômica. Os clínicos gerais e a classe médica como um todo ganham dinheiro com intervenções curativas. Eles não ganhariam dinheiro com a introdução de um programa escolar de nutrição ou com melhorias nas habitações em favelas. McGinnis *et al.* sublinharam a assimetria estrutural inerente entre a saúde pública e o fornecimento de tratamento médico curativo em relação à influência política e a competição por recursos. Esse assunto deve ser de interesse para a Comissão pois a ajuda a desenvolver sua abordagem de diálogo político. Em muitos cenários, a configuração estrutural de instituições de governo em saúde foi mesclada à “dinâmica de grupos de interesse”, da qual resultou um “vácuo de responsabilidade política pela manutenção da saúde da população. Em contraste, “um conjunto bem definido de atores – clínicos gerais e prestadores de serviços de assistência médica – são os responsáveis pela assistência médica.” Além do seu compromisso ético de prestar assistência médica a quem precisar, “os prestadores tem um incentivo financeiro muito grande para prestar assistência médica e um incentivo da classe para fazer lobby por mais recursos para a assistência médica”<sup>5</sup>. Prestadores de serviços médicos e outras instâncias que lucram com a assistência médica e com serviços relacionados podem resistir aos programas de DSS pois os vêem como competidores na disputa por recursos escassos que, de outro modo, seriam investidos em cuidados médicos.

### **Dentro dos governos nacionais**

As intervenções sobre as DSS são uma grande oportunidade de melhorar a condição de saúde das populações, particularmente de grupos mais vulneráveis e a custos baixos. Os governos nacionais deveriam estar interessados em implementar essas políticas. Contudo, o desejo e/ou a

capacidade técnica dos governos de colocar essas abordagens em prática não pode, de maneira alguma, ser ignorada.

Os Ministérios da Saúde (MS) podem estar sendo cautelosos em relação às abordagens de combate aos determinantes sociais pois essas abordagens podem não só transferir recursos do MS para outros departamentos do governo, quanto reduzir a autoridade científica e política do MS sobre a saúde. O ato de tornar a saúde um assunto de todos deveria ser visto com um desenvolvimento altamente construtivo, mas também pode ser enxergado como uma redução do poder e das prerrogativas do MS e de especialistas do setor de saúde. Ao mesmo tempo, experiências anteriores de Ação Intersetorial em Saúde sugerem também que ministérios e funcionários do governo podem, ao menos inicialmente, relutar em comprometer seu tempo, sua energia e seus recursos com projetos relacionados a metas de saúde<sup>42</sup>.

Em geral, servidores eleitos devem calcular o custo-benefício de ações em termos dos ciclos eleitorais levando em conta a necessidade de apresentar de forma rápida os resultados ao seu eleitorado. Eles trabalham com uma janela de tempo limitada e buscam resultados rápidos, preferindo as políticas que tornam óbvia a relação causal entre a intervenção e o resultado. Ao contrário disso, alguns programas de DSS demandam anos ou mesmo décadas até que resultados mensuráveis possam ser gerados. Essas ações não colaborarão com os interesses eleitorais imediatos dos tomadores de decisão. Além disso, é difícil, em muitos casos, estabelecer relações de causalidade entre um programa específico e uma melhoria nas condições de saúde. Além disso, deve-se considerar que os principais beneficiários das intervenções de DSS seriam as populações pobres e marginalizadas que, com frequência, participam menos do processo político e, assim, trariam menos resultados em termos de votos para os políticos.

Como argumentam McGinnis et al: “Evidências de que uma mudança social provocaria melhorias na saúde não são suficientes para convencer o público em geral [e, mais ainda, os formuladores de políticas] de que investimentos na redistribuição de recursos devam ser feitos. Essas decisões dependem muito da ideologia vigente e dos valores sociais.”<sup>5</sup> Alguns líderes de governo serão contra muitos aspectos do programa de DSS com base em valores ideológicos, pois consideram que as intervenções de DSS são interferências desnecessárias em processo que teriam melhores resultados se legados às forças do mercado e à escolha/responsabilidade dos indivíduos. Haverá resistência à introdução de novas políticas governamentais de redistribuição por parte de líderes de países ricos que querem assegurar a hegemonia do modelo neoliberal. Também pode-se esperar resistência de membros do governo de países em desenvolvimento que sofrem um forte lobby e são influenciados pelos interesses do setor privado ou por instituições globais alinhadas à agenda neoliberal. Além disso, mesmo nos países em que há um interesse real na adoção de medidas de redistribuição, os governos podem não conseguir implementar esses programas: por causa da falta de recursos; dos tetos definidos para gastos sociais e de outras limitações impostas por instituições financeiras internacionais e por doadores; ou por causa da carência de recursos humanos e de outros recursos para o planejamento, implementação e gestão de programas sociais complexos. Ao mesmo tempo, muitos formuladores de políticas de países em desenvolvimento e responsáveis pela implementação de programas apresentam um nível (compreensível) de fadiga ceticismo e resistência às prioridades enxergadas como impostas de fora pra dentro. Essa resistência é um obstáculo inerente à introdução de *qualquer* iniciativa nos países em desenvolvimento. Assim, será de suma importância que a CSDH alinhe suas recomendações políticas com as estruturas e os quadros políticos através dos quais o país opera

e que determinam as relações entre os países desenvolvidos e os doadores (por exemplo, os PRSPs). A CSDH não pode ser vista como mais uma iniciativa de formulação de “prioridades globais” e de recomendação de ações sem uma relação clara com as estruturas e processos existentes hoje.

### **O setor corporativo**

É provável que os setores corporativo e comercial venham a oferecer resistência a algumas recomendações da CSDH – assim como ocorreu com as tentativas anteriores de catalisar ações sobre fatores de risco à saúde, como o fumo e a dieta. Homedes e Ugalde demonstraram que as reformas no setor de saúde sob influência do neoliberalismo na América Latina beneficiaram primordialmente as grandes corporações. Eles argumentam que essas reformas “excluíram das políticas de saúde as medidas que teriam um impacto negativo no lucro das empresas, tais como programas de segurança em fábricas ou na agricultura, redução de acidentes em transportes, redução do uso do tabaco, a produção de medicamentos genéricos e a promoção de listas de medicamentos básicos.”<sup>54</sup> Se o setor corporativo e os seus aliados se opuseram a essas ações dentro do planejamento do setor de saúde, é plausível que venham a resistir a estratégias similares propostas sob a bandeira dos DSS.

A agenda de DSS pode entrar em conflito mais explicitamente com empresas que lucram diretamente com a comercialização de produtos e estilos de vida que podem causar danos à saúde, como, por exemplo, os fabricantes de produtos derivados do tabaco; de açúcar; de *fast food* e de *junk food*; de álcool; de automóveis; e de armas. Como McGinnis *et al* observaram em relação ao contexto dos EUA: “As questões comportamentais que, juntas, são as responsáveis por um grande número de mortes – como o consumo do tabaco, do álcool, os excessos na alimentação e o sedentarismo – são subprodutos, em parte, de forças comerciais poderosas. Só as indústrias de tabaco e de bebidas alcoólicas representam 100 bilhões de dólares em vendas anuais para os EUA. A indústria alimentícia gasta bilhões só em propaganda e promoção.”<sup>55</sup>

Nesse sentido, os esforços contínuos de combate à indústria do tabaco e de estabelecer a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pode fornecer ensinamentos para a CSDH<sup>xxxxi</sup>. Mesmo assim, a situação da agenda de DSS em relação aos interesses das empresas é mais complicada do que o caso do tabaco. As intervenções de DSS podem ser vistas como uma ameaça aos interesses de empresas nacionais ou transnacionais de muitos setores, incluindo algumas das marcas mais poderosas e adoradas pelos consumidores, ao invés de atacar uma só indústria (e uma com um perfil público bastante negativo). As recomendações que as Redes de Conhecimento da Comissão irão produzir sobre emprego/condições de trabalho e sobre globalização/comércio devem ser muito sensíveis a isso. Muitas empresas transnacionais estão dispostas a combater a regulação e o controle governamentais de questões como as práticas empregatícias, a segurança no trabalho e o impacto das atividades empresariais no meio-ambiente. O lucro obtido muitas vezes depende da sua capacidade de driblar esses entraves. A eterna motivação das empresas em minimizar a quantidade de impostos que devem pagar também ajuda. Deve-se pressupor que muitas empresas transnacionais irão ver as políticas de combate aos determinantes sociais e ambientais da saúde como uma ameaça, pois essas políticas podem aumentar os custos de produção e impor novas regras sobre o seu comportamento em relação a processos produtivos, relações de trabalho, impacto ambiental e práticas comerciais.

A agenda de DSS também pode incomodar os interesses de empresas lucrativas ligadas ao setor médico e à indústria farmacêutica. A indústria farmacêutica pode ver a CSDH como uma ameaça por dois motivos: primeiro, porque uma abordagem de prevenção de doenças e de promoção de saúde que ataque as raízes do problema não irá gerar lucros para a indústria (e pode, de fato, no longo prazo, reduzir a demanda por alguns de seus produtos); e, segundo, porque temem que a Rede de Conhecimento em globalização e comércio ou outros órgãos da Comissão possam fazer críticas públicas à indústria e/ou fazer recomendações contrárias aos seus interesses.

### **Dentro de organizações internacionais e da comunidade do desenvolvimento**

Instituições como o Banco Mundial e o FMI tem um poder de influencia imenso sobre a saúde e as políticas sociais de países em desenvolvimento. Os conflitos gerados pela agenda de Alma-Ata nos anos 80, nos fornece, entre outras coisas, ensinamentos sobre o que pode acontecer quando os líderes de saúde recomendam a implementação de políticas que não condizem com o quadro promovido por instituições financeiras internacionais. Para evitar que essa situação se repita, a CSDH terá que administrar a sua relação com as IFIs e outras instituições de desenvolvimento de forma estratégica. Isso pode ser um grande desafio. A política dessas IFIs evoluíram desde os anos 80, mas alguns analistas advertem que essa mudança aconteceu somente no nível da retórica. O fato do Banco Mundial ter reconhecido a importância de um Estado forte e hábil<sup>cxxxii</sup> e a existência de quadros como os PRPSs não significa que tenham ocorrido mudanças nos princípios e imperativos subjacentes do modelo neoliberal. Os críticos argumentam que a assimetria nas relações de poder entre as IFIs e os países continua e que os tipos de políticas recomendadas pelo Banco Mundial e o FMI permanecem iguais em vários aspectos<sup>68,cxxxiii</sup>. As IFIs continuam a defender uma maior liberalização dos mercados e mais privatizações, um Estado “mais leve” e tetos rigorosos para os gastos públicos, incluindo os gastos com saúde e com serviços sociais. Elas recomendam aos países que, em muitos casos, ajam contrariamente à política que a CSDH irá promover.

Além disso, tanto as IFIs quanto as agências de desenvolvimento bilaterais dos países poderosos sofrem uma forte influência das agendas das empresas. É comum que as IFIs ajam no intuito de realizar os interesses dos governos que detém suas ações. Assim, devido ao fato de que as empresas mais influentes podem enxegar a mensagem da Comissão e as políticas recomendadas como uma ameaça, as IFIs e as agências bilaterais podem tentar desmerecer a Comissão e as suas recomendações, seja através de críticas públicas ou, por trás da cena, dando conselhos aos formuladores de políticas dos países e a outros interlocutores. A CSDH deve, então, considerar a possibilidade de buscar o apoio de setores chave dentro das IFIs, das agências bilaterais e de outras agências doadoras de modo prioritário, entrando em contato com essas organizações ainda no começo de suas operações.

### **Principais questões estratégicas:**

- Para que venha a ser interessante para os líderes políticos, a agenda de DSS deverá oferecer a possibilidade de obtenção de resultados rápidos. Isso se aplica aos processos políticos dos países e à Comissão em nível global. Que “resultados rápidos” seriam esses, na visão dos países combatendo os determinantes sociais e da CSDH?
- Como a Comissão irá cultivar sua relação com as principais instituições financeiras internacionais e, especialmente, com o Banco Mundial?

### **2.2.3 Identificando aliados e oportunidades políticas**

O sucesso da Comissão depende, em grande parte, da sua capacidade de construir uma rede de alianças e parcerias com atores influentes de vários níveis, incluindo instituições globais, governos e formuladores de políticas dos países, o setor comercial e a sociedade civil organizada. Felizmente, ao passo em que a CSDH deve esperar encontrar resistência de alguns setores influentes (e deve ter estratégias adequadas de combate a isso em mãos), a Comissão também poderá gozar de oportunidades únicas. Ela estará trabalhando com um contexto político que, se administrado corretamente, irá permitir que as ações sejam mais bem-sucedidas do que foram esforços anteriores. É certo que a responsabilidade mais básica dos membros da comissão será a de utilizar sua rede pessoal de contatos e conexões a várias esferas de influência (política, comercial, acadêmica, na imprensa, na sociedade civil) para construir e manter uma rede de alianças cada vez maior que irá apoiar e divulgar o trabalho da Comissão, disseminar sua mensagem e auxiliar na implementação de suas recomendações. Para funcionar integralmente, essa rede deverá funcionar simultaneamente em vários níveis.

#### **Atores internacionais**

O apoio de grandes instituições globais, incluindo o de agências relevantes das Nações Unidas, será essencial para criar um movimento constante em torno da agenda de DSS e para assegurar que ela esteja integrada de forma mais permanente às políticas de saúde internacionais e aos modelos de desenvolvimento. O histórico do debate entre a atenção primária abrangente e a atenção primária seletiva ocorrido nos anos 80 sugere que a divergência cada vez maior entre as estratégias implementadas pela OMS e a UNICEF foi um fator significativo para o enfraquecimento do compromisso global com o Saúde para Todos e com a atenção primária abrangente (e, assim, com o seu componente de ação intersetorial). Felizmente, a agenda de DSS parece estar fortemente alinhada às políticas de desenvolvimento da ONU, construídas a partir das MDMs. De fato, é verdade que, apesar de certos aspectos do programa das MDMs serem obviamente questionáveis (como não tratar de doenças não-transmissíveis e não focalizar nos sistemas de saúde), o quadro geral das MDMs apresenta uma oportunidade majestosa de assegurar o papel central da saúde no desenvolvimento e, de forma geral, aumentar a consciência da relação entre a saúde e as condições sociais/econômicas/políticas subjacentes. Acima de tudo, as MDMs são, por definição, um quadro de ações internacionais coordenadas que já possui o apoio dos principais atores envolvidos. Como há similaridade entre as recomendações da CSDH e as MDMs, a Comissão pode lucrar com o compromisso cada vez maior do mundo e dos países para com as metas.

O trabalho realizado pelo Projeto do Milênio da ONU, cujo relatório final foi publicado em janeiro de 2005, sublinhou a relação intrínseca entre um amplo espectro de questões econômicas, ambientais e de saúde e o desenvolvimento internacional realizado a partir das MDMs<sup>8</sup>. Tem havido uma maior conscientização da urgência da necessidade de ações multisetoriais que melhorem a vida dos cidadãos mais vulneráveis do mundo, assim como está ganhando força o modelo de um “acordo global” entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento que aumentaria dramaticamente os investimentos em áreas importantes para a agenda de DSS, como a pobreza e a segurança alimentar, a educação, o aumento da influência das mulheres, água, saneamento, condições de moradia em favelas urbanas e a melhoria dos serviços médicos<sup>7</sup>. Deve ser uma grande prioridade para a CSDH fazer parte do conjunto de fóruns e de processos de

formulação de políticas ligados às MDMs e abrir canais de diálogo com os principais atores (que podem, por sua vez, assegurar com que a CSDH se beneficie do processo). Entre os fóruns e instituições mais relevantes estão o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas; as equipes de conselheiros do Secretário-Geral; a Campanha do Milênio; o Fórum de alto nível sobre as MDMs; e as várias agências especializadas das Nações Unidas que contribuem para as ações das MDM e que estão sincronizando seu trabalho com as prioridades das MDMs.

A importância do contato com as principais instituições financeiras internacionais já foi sublinhada. A contestação de aspectos das políticas das IFIs permanece forte. O debate sobre as consequências dos PRSPs na capacidade dos países em desenvolvimento de fortalecer seus sistemas de saúde e implementar políticas sociais de promoção de saúde e de equidade em saúde permanece. Mesmo assim, é possível que algumas atitudes do Banco Mundial e de alguns bancos regionais de desenvolvimento estejam mudando, de modo que as políticas recomendadas pela CSDH possam ser assimiladas mais facilmente. O compromisso público do Banco Mundial com as MDMs<sup>xxxiv</sup> é muito importante, e as relações entre a OMS e o Banco se fortaleceram através da colaboração ocorrida no Fórum de Alto-Nível sobre as MDMs. O Banco Mundial e outros bancos internacionais de desenvolvimento também foram importantes no sucesso de programas como o PROGRESA/Oportunidades do México. A ênfase colocada pelo Banco Mundial da equidade como uma questão chave para o desenvolvimento internacional é uma oportunidade para a CSDH passar sua mensagem de que, se os países e a comunidade internacional querem combater de forma séria as iniquidades de saúde, a melhor maneira é através dos DSS.

Uma vantagem estratégica da CSDH em comparação a esforços anteriores de promoção de ações intersetoriais sobre os determinantes de saúde nos anos 90, é o forte e visível compromisso dos altos escalões da OMS, incluindo o Diretor-Geral, com os DSS. A adesão do alto escalão da OMS aumenta a chance das políticas de DSS tornarem-se padrão na OMS durante a existência da Comissão e do trabalho técnico da Organização e o diálogo político com os Estados-membros incorporarem permanentemente essa dimensão. Por outro lado, alguns setores da comunidade de saúde global e até mesmo da própria OMS, serão céticos em relação à abordagem de DSS. A estrutura da Comissão e de suas Redes de Conhecimento, incluindo o foco especial nos sistemas de saúde e nas doenças prioritárias para a saúde pública, foi desenvolvida para que pudesse maximizar as chances de conseguir a aderência de setores biomédicos aos DSS, mostrando como as abordagens de DSS podem fazer com que obtenham melhores resultados em seus programas e contribuir para o fortalecimento de sistemas de saúde integrados e sustentáveis. Um Grupo de Referência de alto-nível da OMS ligado à Comissão irá desenvolver uma agenda de ações internas da OMS para incorporar as recomendações principais da Comissão nas políticas e no planejamento da OMS de modo mais permanente.

A união com Fóruns internacionais como o G-8 e com corpos regionais e o desenvolvimento de alianças políticas mais ou menos formalizadas relativas a questões específicas (como a fome) serão de suma importância para a Comissão. A preocupação dos países do G-8 com as desigualdades econômicas e de saúde é um ponto de entrada importante para a CSDH, do qual os membros da Comissão e suas equipes deverão tirar proveito. Apesar de terem sido criticadas em alguns setores por serem demasiadamente influenciadas pelo modelo neoliberal, iniciativas de desenvolvimento baseadas na África, como a NEPAD, revelam criatividade e um compromisso revigorado com uma abordagem abrangente de desenvolvimento que poderia oferecer oportunidades para ações sobre os DSS. Algumas iniciativas de desenvolvimento, como a aliança

global contra a fome lançada recentemente pelos presidentes do Brasil, do Chile, da França e da Espanha estão diretamente relacionados aos temas tratados pela Comissão e podem permitir o desenvolvimento de parcerias. As propostas recentes do Reino Unido sobre o cancelamento das dívidas e um possível “Plano Marshall” para a África revelam o quanto ao menos alguns setores responsáveis por políticas internacionais e pelo desenvolvimento desejam conceber novas estratégias e ponderar sobre inovações de peso.

### **Atores dos países**

No nível dos países, como já foi dito acima, a Comissão começa o seu trabalho em um momento no qual o ímpeto pela realização de ações orquestradas sobre os DSS está crescendo. Muitos países política e economicamente influentes aprovaram políticas robustas de combate aos DSS, e é possível que muitos outros também estejam dispostos a fazê-lo em breve. O problema das desigualdades de saúde determinadas socialmente está ganhando importância política em cada vez mais regiões<sup>88</sup>. Os progressos mais importantes no campo do desenvolvimento de políticas têm sido alcançados em países de alta renda. Contudo, como revela o exemplo do Oportunidades, alguns países em desenvolvimento também estão introduzindo programas pioneiros. Durante a reunião de janeiro de 2005 do Conselho Executivo da OMS, países em desenvolvimento que possuem representantes no Conselho, incluindo Bolívia, Gana, Lesoto e Tailândia, expressaram forte aprovação pela CSDH. Muitos países em desenvolvimento parecem estar prontos para considerar propostas sérias e práticas para a formulação de políticas e o desenvolvimento de intervenções que reduzam a desigualdade de saúde através da ação sobre os fatores sociais.

A proximidade com os processos dos países e com os formuladores de políticas será vital para o sucesso da Comissão. Mais uma vez, os membros da Comissão terão de fazer uso de sua rede de contatos pessoais e terão um papel acima de tudo político. Uma função importante da Comissão será mediar o diálogo sobre as políticas implementadas e o compartilhamento do conhecimento entre países “mais adiantados” que já aprovaram políticas de saúde que tomem em conta DSS e países que desejam implementar essas políticas e que buscam conselhos práticos e sugestões de como proceder.

### **O setor privado**

Já discutimos o problema que a CSDH pode ter que enfrentar quanto às possíveis tensões entre a mensagem da Comissão e os interesses de atores influentes do setor privado, especialmente as empresas transnacionais. Está claro que uma das principais questões estratégicas para a Comissão será descobrir maneiras adequadas de lidar com o setor de negócios. É improvável que recomendações de promoção de mudanças estruturais cujo objetivo é reduzir desigualdades sociais através de uma redistribuição de recursos de larga escala conduzida pelo governo recebam o apoio do setor de negócios. Contudo, certas políticas intermediárias e algumas intervenções destinadas a melhorar as condições de saúde através da ação sobre os DSS podem, de fato, interessar a alguns atores do setor privado, e podem, assim, fazer com que algumas indústrias e empresas apoiem as propostas da CSDH. A Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização (patrocinada pela Organização Internacional do Trabalho) que conta com a participação de Taizo Nishimo, presidente do conselho administrativo da Toshiba, pode fornecer alguns ensinamentos<sup>cxxxvi</sup>. Algumas políticas e intervenções recomendadas pela Comissão podem ser consideradas propícias aos negócios. Por exemplo, investimentos no desenvolvimento infantil e na educação ajudam bastante na criação da força de trabalho mais saudável, mais preparada e mais adaptável que muitas empresas modernas do setor tecnológico e de serviços precisam. Da

mesma maneira, projetos de melhoria das condições de habitação em favelas urbanas poderiam se reverter em lucros para empresas de construção civil. Dois relatórios publicados recentemente sobre o tema da competitividade (um pelo Fórum Econômico Mundial e outro pelo Banco Mundial) mostram que os países nórdicos estão entre as economias mais competitivas do mundo. Os investimentos desses países em equidade social e em programas comprometidos com DSS não impedem que sejam competitivos na economia global. Pelo contrário, de acordo com o autor do estudo realizado pelo Banco Mundial, “descobrimos que a seguridade social é boa para os negócios, pois tira o peso dos custos de atendimento médico das costas das empresas e assegura a existência de uma força de trabalho bem treinada e educada.”<sup>cxxxvii</sup> Essas descobertas podem ser tornar fortes argumentos para a CSDH.

Por outro lado, há questões metodológicas e éticas que devem ser consideradas na relação com o setor de negócios e com governos preocupados com os resultados financeiros. A Comissão deve ponderar sobre se e como se utilizará dos argumentos da redução de custos e da relação custo-benefício na promoção de políticas de saúde que toquem nos DSS. É possível que seja conveniente utilizar esses argumentos ao tentar convencer os responsáveis pelas decisões políticas das abordagens de DSS. Um conselheiro de políticas sênior comentou em uma oficina realizada recentemente sobre a formulação de políticas baseadas em evidências: “O que torna uma evidência mais convincente? Com certeza o impacto financeiro [...] Qual é a melhor maneira de fazer o governo prestar atenção? Resposta: dinheiro!”<sup>cxxxviii</sup> Como observamos anteriormente, o impacto da Comissão de Macroeconomia e Saúde se deve muito à sua decisão de justificar suas recomendações com base nos ganhos econômicos, e não fundamentando-se em argumentos éticos. De forma semelhante, o argumento da redução de gastos já foi utilizado pelos defensores das políticas de DSS em vários países que começaram a implementar ou ao menos consideraram estratégias de saúde pública relacionadas aos determinantes de saúde. Contudo, a cientificidade desses argumentos pode ser questionável. (Fazer com que as pessoas vivam mais de 50 anos não irá resultar necessariamente em economias vultuosas para os sistemas de saúde no longo prazo; isso depende em grande parte do tipo e da qualidade da atenção de saúde e de outros serviços dos quais as pessoas precisam no decorrer de suas vidas.). Seria plausível, em termos econômicos, apresentar as políticas de DSS aos governos como instrumentos de economia de dinheiro? Seria moralmente correto assim fazê-lo? A comissão deverá refletir sobre o quanto é possível mesclar argumentos econômicos para as políticas de DSS com argumentos de equidade, justiça social e direitos humanos.

### **Sociedade Civil**

Desde antes de Alma-Ata e dos seus programas de saúde baseados na comunidade, a participação de grupos da sociedade civil foi citada com frequência como um fator chave para o sucesso de programas cuja política intersectorial de combate aos determinantes de saúde funcionou bem no âmbito local e nacional<sup>14,27,42</sup>. Como o objetivo da CSDH é produzir resultados e não só palavras, ela deve levar essa correlação a sério e configurar suas estratégias de acordo.

A CSDH pode se beneficiar do papel cada vez mais importante da sociedade civil nos níveis global, nacional e local. Em muitas partes do mundo, aumentou a influência da sociedade civil organizada e a sua capacidade de gerar e distribuir conhecimento e de prestar auxílio a ações, derrubando barreiras políticas e espaciais através do uso de novas tecnologias de comunicação<sup>cxxxix,cxl,cxli</sup>. A mobilização da sociedade civil foi um fator essencial em alguns processos políticos ocorridos recentemente (desde a derrubada do apartheid à “Revolução

Laranja”, na Ucrânia). Na área da saúde, o impacto do Comitê pelo Progresso Rural de Bangladesh (BRAC), da Treatment Action Campaign (da África do Sul), de outras organizações da sociedade civil transformou as relações entre a classe médica, o governo, as indústrias e as comunidades.

Muitas das principais ONGs internacionais demonstraram um forte apoio à agenda de DSS, antes mesmo da criação da Comissão<sup>cxlii</sup>. Se a CSDH obtiver a participação ativa de grupos da sociedade civil em muitas fases do seu trabalho, ela pode contar com o vigor da voz cada vez mais forte e da influência da sociedade civil na campanha pela mudança das políticas e pela tradução de boas idéias em resultados concretos. Reconhecendo a importância estratégica dessa questão, o secretariado da CSDH está desenvolvendo uma estratégia de parceria com a sociedade civil organizada que irá garantir espaço para a participação da sociedade civil em todos os aspectos do processo da CSDH, incluindo os países parceiros e as Redes de Conhecimento. A presença da CSDH na II Assembléia da Saúde dos Povos em Junho de 2005 em Cuenca, no Equador, é um passo importante na abertura do diálogo.

#### **Principais questões estratégicas:**

- Como a CSDH pode se posicionar de forma mais eficiente dentro do quadro dos processos globais e nacionais ligados às Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs)?
- É cientificamente plausível, estrategicamente interessante e eticamente aceitável que a CSDH utilize o argumento de que as políticas de saúde que atacam os determinantes sociais são um bom investimento cujo retorno virá na forma de um desempenho econômico melhor e/ou uma redução de custos para os sistemas de saúde no futuro?
- Pode a CSDH agir de modo a conquistar a adesão do setor de negócios sem perder a credibilidade de outros setores, como, por exemplo, da sociedade civil? De que forma os possíveis conflitos entre os interesses existentes serão mediados durante a vigência da Comissão?

#### **2.2.4 Evidências, processos políticos e a “narrativa” da Comissão**

As evidências científicas certamente são importantes para convencer setores mais céticos quanto ao valor de políticas destinadas aos DSS. Mas as evidências por si só não são suficientes para catalisar a ação política. Em termos políticos, algo que pode ser tão fundamental quanto as evidências é a “narrativa” na qual está inserida.

A idéia, obviamente, não é nova. De fato, é tão antiga quanto à própria política. Contudo, a história recente da saúde pública tem confirmado a importância desse tema. O movimento de atenção primária à saúde que surgiu nos anos 70 se baseou em evidências coletadas de programas de saúde baseados na comunidade implementados na década anterior. Mas o que permitiu com que a atenção primária e o Saúde para Todos fossem os fatores de união de um movimento global não foram as evidências apresentadas (que, nos anos 70, eram relativamente parcas). O que levou a essa mudança foi a narrativa estimulante sobre a justiça, a prosperidade humana e a transformação social apresentada pelos defensores da atenção primária e incorporada na figura épica de Mahler. Do mesmo modo, a vitória subsequente da atenção primária seletiva está mais relacionada a uma mudança nos interesses políticos e ao surgimento de uma narrativa não só nova, como também, em certos aspectos, mais instigante (por ser mais simples), do que à

existência de evidências. Essa nova narrativa tirou o foco da justiça social e o colocou nas crianças que estavam morrendo e na rapidez com a qual se precisava agir para poder salvá-las. A narrativa da atenção primária seletiva consistia basicamente de um conjunto de imagens de antes e depois que foram usadas com frequência na promoção da “revolução pela sobrevivência das crianças”. A primeira mostrava uma criança pequena muito doente, com diarreia, fraca e desidratada, ao passo que a segunda mostrava a mesma criança saudável, vibrante, devido à administração de sais para reidratação oral<sup>14</sup>. A narrativa da atenção primária seletiva e da GOBI ignorava muitas das complexidades políticas e econômicas com as quais os defensores do modelo de Alma-Ata estavam tentando lidar. Mas foi exatamente essa simplicidade humana que não só fortaleceu a atenção primária seletiva e a agenda de sobrevivência das crianças como também as tornou mais palatáveis.

A importância da narrativa para a implementação de mudanças nas políticas de saúde foi confirmada em uma pesquisa recente. Uma equipe de renomados especialistas em saúde pública estudou como as informações científicas são de fato usadas (ou ignoradas) em processos de formulação de políticas através da realização de uma oficina qualitativa. As descobertas dessa equipe devem fazer com que os cientistas da saúde pública deixem de acreditar que podem influenciar o modo como as políticas são formuladas simplesmente oferecendo evidências científicas sólidas ao governo. Os formuladores de políticas entrevistados pelo estudo enfatizaram a necessidade das mensagens serem simples (e não obscurecidas pelo uso de jargão especializado) e argumentaram que os pesquisadores deveriam levar a janelas de tempo com as quais os governos operam mais em consideração. Evidências sólidas não tem o poder inerente de provocar mudanças se não forem apresentadas de forma instigante e temporalmente oportuna e se a sua relevância para as questões presentes dos tomadores de decisão não estiver clara. Muitos formuladores de políticas enfatizaram o “valor de uma boa narrativa”. Como um conselheiro do Reino Unido observou:

“[O que é importante é] se a evidência é apresentada de forma convincente ou não, e o quão interessante você é capaz de torná-la. A validade de uma “boa história” é um exemplo de como o estilo por influenciar a política”<sup>138</sup>.

Os participantes argumentaram que o uso da narrativa não é menos ético do que a formulação de políticas baseadas em evidências. Como um dos nossos informantes sublinhou, não é um caso de escolher entre um e outro. “As narrativas podem ser usadas junto às evidências para convencer.” De fato, a narrativa é o veículo humano através do qual a evidência revela a totalidade do seu significado.

A narrativa dos determinantes sociais deve ser capaz de chamar a atenção dos responsáveis pelo processo decisório e de outros atores envolvidos, insuflando-lhes com a noção de que os DSS são importantes e que é possível e urgente promover ações direcionadas aos DSS. A narrativa deve ser capaz de fazer com que os formuladores de políticas “vendam” a agenda da DSS para os seus colegas. Criar uma narrativa instigante e coerente e fazer que seja incorporada coletivamente é certamente o desafio mais importante que a CSDH irá enfrentar.

#### **Principal questão estratégica:**

- Que história a CSDH quer contar sobre as condições sociais e sobre o bem-estar humano? Que narrativa será capaz de tocar a imaginação, os sentimentos, a

racionalidade e o ímpeto dos responsáveis pelo processo decisório na política e do público em geral e encorajá-los a agir?

## **CONCLUSÃO**

Existe hoje uma oportunidade sem precedentes de se atacar as raízes do sofrimento e das mortes desnecessárias que se dão nas comunidades mais carentes e vulneráveis do mundo. As raízes da maioria das desigualdades de saúde e de grande parte do sofrimento humano são sociais: os determinantes sociais de saúde. Durante a década passada, o conhecimento científico sobre os DSS progrediram dramaticamente. Além disso, hoje, as condições políticas são mais favoráveis do que nunca foram. Essa oportunidade é importante demais para a deixarmos escapar. Para concretizá-la, é necessário ter liderança e basear-se no conhecimento científico, mas também é importante ter visão moral e sabedoria política. É por esse motivo que a Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde foi formada.

Essa oportunidade extraordinária é fruto de um longo processo histórico. Os determinantes sociais tinham um grande espaço na Constituição da OMS de 1948, mas foram eclipsados pela nova era da saúde pública que teve lugar nas décadas subseqüentes, dominada por programas verticais baseados no uso de tecnologia. Os determinantes sociais da saúde e a necessidade da existência de ações intersetoriais dirigidas a eles ressurgiram durante o período de Alma-Ata e foram cruciais para o desenvolvimento do modelo de atenção primária abrangente proposto para a agenda do Saúde para Todos. Durante esse período, alguns países fizeram progressos importantes com relação a determinantes sociais chave como a nutrição e a educação das mulheres. Contudo, como ocorreu com outros aspectos da atenção primária abrangente, a ação sobre os determinantes perdeu força devido à hegemonia do neoliberalismo econômico e político que se deu a partir dos anos 80, com seu foco na privatização, na desregulação, na redução dos Estados e na liberalização dos mercados. Durante o período (no qual emergiram muitas variantes do neoliberalismo), ações governamentais de melhoria das condições de saúde através do combate das iniquidades sociais subjacentes foram, em muitos contextos, consideradas inexecutáveis.

Todavia, recentemente, a maré começou a virar. As falhas existentes nas recomendações políticas neoliberais foram expostas e houve um amplo reconhecimento da necessidade de abordagens alternativas. A preocupação com as desigualdades de saúde entre os países e dentro deles aumentou, assim como o conhecimento científico sobre os determinantes sociais também cresceu de forma acelerada nos anos 90. Essas evidências científicas estão sendo aplicadas na formulação de novas políticas públicas em um número de países cada vez maior. Por enquanto, essa tendência permanece restrita em grande parte aos países de renda alta, mas muitos países em desenvolvimento já começaram a implementar ações inovadoras sobre os DSS – e muitos outros países também desejam assim fazê-lo. No ano 2000, as Metas de Desenvolvimento do Milênio, que foram adotadas por 189 países e que montam um novo quadro integrado para o desenvolvimento mundial, coloca o foco novamente na interdependência entre o desenvolvimento e a necessidade de ações simultâneas e coordenadas em uma série de áreas, incluindo a política macroeconômica, a alimentação, a agricultura, a educação, as questões de gênero e a saúde. Sem uma forte política de ação sobre os DSS, as MDMs relativas à área da saúde não serão alcançadas na maioria dos países de renda baixa e média. Essa mudança de maré é uma oportunidade histórica para se implementar ações sobre os determinantes e uma chance de se

mudar a o que se crê ser e o que se pratica sob a alcunha de *políticas de saúde* (ou seja, torna-las políticas não preocupadas somente com o fornecimento dos serviços de saúde).

Durante essa missão da CSDH, será muito útil ter noção da história. Para que consiga maximizar suas chances de obter sucesso, a Comissão deve formular suas estratégias consciente do passado dos esforços dirigidos aos DSS e dos ensinamentos que cada uma dessas experiências pode fornecer. Esse trabalho teve o objetivo de apresentar uma revisão histórica das principais ações de DSS. Ele delineou, de forma geral, o crescimento do conhecimento sobre os DSS e sobre a dinâmica política que influenciou a forma dos esforços de intervenção sobre as dimensões sociais da saúde e contribuiu para o seu sucesso ou o seu fracasso. Prescrever ações não foi o objetivo desse trabalho. Ele terá cumprido sua missão se tiver esclarecido algumas das questões mais urgentes com as quais os membros da comissão terão de lidar no processo de estabelecer a identidade, fixar os objetivos e determinar o espectro das estratégias da Comissão.

Para concluir, relembremos as questões chave identificadas:

1. Qual será a posição da CSDH quanto ao problema “Mahler-Grant”: escolher-se-á entre (1) uma crítica estrutural profunda baseada na visão da justiça social e (2) a execução de um número fechado de intervenções que podem produzir resultados de curto prazo, mas que podem não atingir as causas mais profundas do sofrimento e das iniquidades de saúde? Se uma estratégia mais seletiva, pragmática e restrita a um número limitado de intervenções for escolhida, os críticos podem, com razão, perguntarem-se por que motivo uma Comissão global foi formada, ao invés de um grupo técnico de trabalho, o que teria custado muito menos.
2. Que critérios a CSDH utilizará para identificar os pontos de entrada adequados para cada país/região?
3. Para que venha a ser interessante para os líderes políticos, a agenda de DSS deverá oferecer a possibilidade de obtenção de resultados rápidos. Isso se aplica, em nível global, tanto aos processos políticos dos países quanto à Comissão. Que “resultados rápidos” seriam esses, na visão de países combatendo os determinantes sociais e da CSDH?
4. Como a Comissão irá cultivar sua relação com as principais instituições financeiras internacionais e, especialmente, com o Banco Mundial?
5. Como a CSDH pode se posicionar de forma mais eficiente dentro do quadro dos processos globais e nacionais ligados às Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs)?
6. É cientificamente plausível, estrategicamente interessante e eticamente aceitável que a CSDH utilize o argumento de que as políticas de saúde que tratam dos determinantes sociais são um bom investimento cujo retorno virá na forma de um desempenho econômico melhor e/ou de uma redução de custos para os sistemas de saúde no futuro?
7. Pode a CSDH agir de modo a conquistar a adesão do setor de negócios sem perder a credibilidade de outros setores, como, por exemplo, da sociedade civil? De que forma os possíveis conflitos entre os interesses existentes serão mediados durante a vigência da Comissão?
8. A questão da “narrativa” se relacionada a todas essas questões. Não é somente uma nota de roda-pé nos problemas científicos e políticos enfrentados pela Comissão. Está no cerne dos esforços que a CSDH deve realizar para promover a mudança. Que história a CSDH quer contar sobre as condições sociais e sobre o bem-estar humano? Que

narrativa será capaz de tocar a imaginação, os sentimentos, a racionalidade e o ímpeto dos responsáveis pelo processo decisório na política e do público em geral e encorajá-los a agir?

## REFERÊNCIAS

- i WHO. 2003. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva: WHO.
- ii Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging Inequities in Health. New York: Oxford UP.
- iii Leon D, Walt G (eds). 2001. Poverty, Inequality and Health: an international perspective. New York: Oxford UP.
- iv Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds.). 2000. Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor. Monroe, Maine: Common Courage.
- v McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. 2002. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs* 21(2): 78-93.
- vi Tarlov A. 1996. Social Determinants of Health: The sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. London: Routledge: 71-93.
- vii UNDP. 2003. Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP.
- viii UN Millennium Project. Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: United Nations.
- ix Virchow R. 1848/1985. *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Cambridge: Science History Publications.
- x McKeown T. 1976. *The Modern Rise of Population*. New York: Academic Press.
- xi Constitution of the World Health Organization. 1948. Disponível em [http://policy.who.int/cgibin/om\\_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record=%7B9D5%7D&softpage=Document42](http://policy.who.int/cgibin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record=%7B9D5%7D&softpage=Document42)
- xii Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. In press. Promoting Public Health in the 21st Century: The role of WHO. In Kawachi I and Wamala S (eds.). *Globalization and health*. New York: Oxford UP.
- xiii Norman Sartorius. Personal Communication. Citado em Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. In press. Promoting public health in the 21<sup>st</sup> century: the role of WHO. In Kawachi I and Wamala S, (eds.). *Globalization and health*. New York: Oxford UP.
- xiv Werner D, Sanders D. 1997. *Questioning the Solution: the politics of primary health care and child survival*. Palo Alto, CA: Healthwrights.
- xv Litsios S. *Malaria Control, the Cold War, and the Postwar Reorganization of International Assistance*. Geneva: WHO.
- xvi Cueto M. 2004. *The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care*. Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series.
- xvii Litsios S. 2002. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A personal reflection. *International Journal of Health Services* 32(4):709-32.
- xviii Newell K. 1975. *Health by the People*. Geneva: WHO.
- xix Djukanovic V, Mach EP (eds). 1975. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint UNICEF/WHO Study*. Geneva: WHO.
- xx Cited in Cueto, *The Origins of Primary Health Care*, 3.
- xxi Mahler H. 1981. The Meaning of "Health for All by the Year 2000". *World Health Forum* 2 (1): 5-22.
- xxii WHO/UNICEF. 1978. *Declaration of Alma-Ata*. Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

- xxiii WHO/Rockefeller Foundation. 1986. Intersectoral Action for Health: The way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting 3-6 March 1986. New York: Rockefeller Foundation.
- xxiv WHO. 1986. Intersectoral action for health. Geneva: WHO.
- xxv World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>
- xxvi Raphael D. 2003. Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. Health Promotion International.
- xxvii Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good Health at Low Cost. New York: Rockefeller Foundation.
- xxviii Pan-American Health Organization. 1988. National Health and Social Development in Costa Rica: A case study of intersectoral action. Washington, DC: PAHO.
- xxix Saenz L. 1985. Health Changes during Decade: The costa rican case. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds.). Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation.
- xxx Rosero-Bixby L. 1985. Infant Mortality Decline in Costa Rica. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation.
- xxxi Munoz and Scrimshaw. 1995 The Nutrition and Health Transition of Democratic Costa Rica. Boston, MA: International Fund for Developing Countries.
- xxxii Marga Institute. 1984. Intersectoral Action for Health: Sri Lanka study. Sri Lanka: Marga Institute.
- xxxiii Fernando D. 2000. An Overview of Sri Lanka's Health Care System. Health care systems in transition III. Sri Lanka, Part I. Vol. 22(1).
- xxxiv Gunatilleke G (ed.). 1984. Intersectoral Linkages and Health Development: Case studies in india (Kerala state), Jamaica, Norway, Sri Lanka, and Thailand. Geneva: World Health Organization.
- xxxv Spiegel J, Yassi A. 2004. Lessons from the Margins of Globalization: appreciating the Cuban health paradox. Journal of Public Health Policy 25(1): 86-88
- xxxvi Diaz-Briquets S. 1983. The Health Revolution in Cuba. Austin: University of Texas Press.
- xxxvii Nayeri K. The Cuban Health Care System and the Factors Currently Undermining It. J Community Health. 1995 Aug;20(4):321-34
- xxxviii Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. 2004. Comprehensive versus Selective Primary Health Care: Lessons for global health policy. Health Affairs 23(3): 167-76.
- xxxix Rosenfield P. The Contribution of Social and Political Factors to Good Health. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation. 173-85.
- xl Rosenfeld sugere que grau de compromisso dos países com a seguridade social pode ser medida através de indicadores objetivos, como, por exemplo, "a ininterrupção dos gastos do governo com programas de seguridade social que incorporem programas de saúde preventiva, subsídios para a educação e para a alimentação, e outros benefícios sociais como moradia e transporte" (p. 177-178). Todavia, o aumento dos gastos com o social promovido pelas instituições financeiras internacionais à época da publicação do Good Health at Low Cost dificultou essa continuidade (veja abaixo).
- xli Mulholland C. 1999. Promoting Health through Women's Functional Literacy and Intersectoral Action. Geneva: WHO.
- xliv Von Schirnding Y. 1997. Intersectoral Action for Health: Addressing health and environment concerns in sustainable development. Geneva: WHO.
- xlvi Commission for Sustainable Development. International Workshop on Health, the Environment and Sustainable Development. Copenhagen, 23-25 February 1994. Citado em Von Schirnding 1997, 27.
- xlvii Walsh J, Warren K. 1979. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. New England Journal of Medicine 301:18: 967-974.
- xlviii Grant J. 1983. A Child Survival and Development Revolution. Assignment Children 61/62.
- xlix Grant J. 1984. Marketing Child Survival. Assignment Children 65.
- l Shuftan C. 1990. The Child Survival Revolution: A critique. Family Practice Dec;7(4):329-32.
- lii Kent G. 1991. The Politics of Children's Survival. New York: Prager.
- liii Ruxin J. 1994. Magic Bullet: The history of oral rehydration. Medical History 38: 363-97.
- liiii Coburn D. 2000. Income Inequality, Social Cohesion and The Health Status of Populations: the role of neoliberalism. Social Science and Medicine 51: 135-46.
- liiii Gershman J, Irwin A. 2000. Getting a Grip on the Global Economy. In Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds.). 2000. Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor. Monroe, Maine: Common Courage.
- liiii Nabarro D, Cassels A. 1994. Strengthening Health Management Capacity in Developing Countries. London: Overseas Development Administration.

- liii Standing H. 1999. Frameworks for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An analysis and review of policy issues. Harvard Center for Population Studies Working Paper Series Number 99.06.
- liv Homedes N, Ugalde A. 2005. Why Neoliberal Health Reforms have Failed in Latin America. *Health Policy* 71: 83-96.
- lv Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The Challenge of Health Sector Reform: What must governments do?* Basingstoke: Palgrave.
- lvi Bjorkman JW, Altenstetter C. 1997. Globalised Concepts and Local Practice: Convergence and divergence in national health policy reforms. In Altenstetter C, Bjorkman JW (eds.). *Health Policy Reform, National Variations and Globalization*. Basingstoke: Macmillan.
- Citadi em Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The Challenge of Health Sector Reform: What must governments do?* Basingstoke: Palgrave.
- lvii Schoepf B, Schoepf C, Millen J. 2000. Theoretical Therapies, Remote Remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. In Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds.). 2000. *Dying for Growth: Global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage.
- lviii UNICEF. 1989. *State of the World's Children 1989*. New York: UNICEF.
- lix Barnet R, Cavanagh J. 1994. *Global Dreams: Imperial corporations and the new world order*. New York: Simon and Schuster.
- lx Danaher K (ed). 1994. *Fifty Years is Enough: The case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Boston: South End.
- lxi George S, Sabelli F. 1994. *Faith and Credit: The World Bank's secular empire*. Boulder, CO: Westview.
- lxii Bennet N, Bloom D, Ivanov S. 1998. Demographic Implications of the Russian Mortality Crisis. *World Development* 26:1921-37.
- lxiii McKee M. 2001. The Health Consequences of The Collapse of The Soviet Union. In Leon D, Walt G (eds.). *Poverty, Inequality and Health: An international perspective*. New York: Oxford UP.
- lxiv Mander J, Goldsmith E. 1996. *The Case Against the Global Economy*. San Francisco: Sierra Club.
- lxv World Bank. 1996. *Global Economic Prospects and the Developing Countries: 1996*. Washington, DC: World Bank.
- lxvi World Bank. *World Development Report 1999/2000 -- Entering the 21st Century: The changing development landscape*. Washington, DC: World Bank.
- lxvii International Development Association/IMF. 2002. *Review of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) Approach: Main findings*. Washington, DC: IMF.
- lxviii Labonte R, Schrecker T. 2004. *Fatal Indifference: The G-8, Africa and global health*. Cape Town: University of Cape Town Press.
- lix WHO. 2002. *Health in PRSPs: WHO submission to World Bank/IMF review of PRSPs*. Geneva: WHO.
- lxx Laterveer L, Niessen L and Yazbeck A. 2003. Pro-Poor Health Policies in Poverty Reduction Strategies. *Health Policy and Planning* 18(2): 138-145.
- lxxi Fee E et al. In press. *The World Health Organization and the transition from "international" to "global" health*.
- lxxii World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. Washington, DC: World Bank.
- lxxiii Braveman P. 1998. *Monitoring Equity in Health: A policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO.
- lxxiv Mills C. 1998. *Equity and Health: Key issues and WHO's role*. Geneva: WHO.
- lxxv WHO. 1995. *Health in Social Development: WHO position paper, World Summit for Social Development, Copenhagen, March 1995*. Geneva: WHO.
- lxxvi WHO. 1998. *Health For All in the 21st Century*. Geneva: WHO.
- lxxvii WHO. 1997. *Intersectoral Action for Health: A cornerstone for Health for All in the Twenty-first Century*. Geneva: WHO.
- lxxviii WHO. 1997. *Health: The courage to care*. Geneva: WHO.
- lxxix Lalonde M. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
- lxxx Black D et al. 1980. *Report of the Working Group on Inequalities in Health*. London: Stationery Office.
- lxxxi Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. 1978. Employment Grade and Coronary Heart Disease in British Civil Servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32:244-9.
- lxxxii Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. 1991. Health Inequalities among British Civil Servants: The Whitehall II study. *Lancet* 337: 1387-1393.
- lxxxiii Evans RG, Barer ML, Marmor T. *Why are some People Healthy and Others not? The determinants of health of populations*. New York: A de Gruyter, 1994.
- lxxxiv Marmot M, Wilkinson R. 1999. *Social Determinants of Health*. New York: Oxford UP.
- lxxxv Wilkinson R. 1996. *Unhealthy Societies*. London: Routledge.
- lxxxvi Kawachi I (ed). 1999. *The Society and Population Health Reader*. New York: New Press.

- lxxxvii Wilkinson R, Marmot M. 1999. *Social Determinants of Health: The solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- lxxxviii Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. *Reducing Inequalities in Health: A European perspective*. London: Routledge.
- lxxxix Raphael D (ed). 2004. *Social Determinants of Health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- xc Crombie I et al. 2004. *Closing the Health Inequalities Gap: An international perspective*. Dundee: NHS Health Scotland.
- xci Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. 2001. *The Social Basis of Disparities in Health*. In Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. *Challenging inequities in health*. New York: Oxford UP.
- xcii Mackenbach J, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. 2002. *Strategies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health*. In Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. *Reducing Inequalities in Health: A European perspective*. London: Routledge.
- xciii Swedish National Institute of Public Health. 2003. *Sweden's New Public Health Policy: National public health objectives for Sweden*.
- xciv Interview with Pirooska Ostlin, 10 January 2005.
- xcv Benzeval M. 2002. *England*. In Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. *Reducing Inequalities in Health: A European perspective*. London: Routledge.
- xcvi Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M. *The Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: The Stationery Office, 1998.
- xcvii Department of Health. 1999. *Reducing Health Inequalities: An action report*. London: Stationery Office.
- xcviii Department of Health. 2001. *Tackling Health Inequalities: Consultation on a plan for delivery*.
- xcix Department of Health. 2002. *Tackling Health Inequalities: 2002 cross cutting review*.
- c Judge K, Mackenzie M. 2002. *Theory Based Evaluation*. In Mackenbach J, Bakker M (eds). *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*.
- ci Sutcliffe P, Deber R, Pasut G. 1997. *Public Health in Canada: A Comparative Study of Six Provinces*. *Canadian Journal of Public Health* Vol 87(4): 246 - 249
- cii Advisory Committee on Population Health. 1994. *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*. Ottawa: Health Canada. ciii Health Canada. 1998. *Taking action on population health*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- civ Health Canada. 1999. *Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health*. Ottawa: Health Canada.
- cv Hylton J. 2003. *Improving Health Status through Inter-Sectoral Cooperation*. Edmonton, Canada: Muttart Foundation.
- cvi Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. 1999. *Intersectoral Action Towards Population Health*. Ottawa: Health Canada.
- cvii Curry-Stevens A. 2004. *Income and Income Distribution*. In Raphael D (ed.). *Social Determinants of Health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- cviii Teeple G. 2000. *Globalization and the Decline of Social Reform*. Aurora: Garamond.
- cix Raphael D, Curry-Stevens A. 2004. *Conclusion: Addressing and Surmounting the Political and Social Barriers to Health*. In Raphael D (ed). *Social Determinants of Health: Canadian perspectives*. Toronto: Canadian Scholars Press.
- cx Levine R. 2004. *Millions Saved: Proven successes in global health*. Center for Global Development, Washington, DC pp.75-76
- cxi Skoufias E, Davis B, de la Vega S. 2001. *Targeting the Poor in Mexico: An evaluation of the selection of households into PROGRESA*. In *World Development* Vol. 29(10) pp.1769-84.
- cxii Gertler P, Boyce S. 2001. *An Experiment in Incentive-Based Welfare: The impact of PROGRESA on health in Mexico*.
- cxiii Nota: essas informações referem-se somente ao PROGRESA, e não ao Oportunidades. O Oportunidades expandiu o número de bolsas educacionais e introduziu um novo plano de poupança para estudantes do Segundo grau.
- cxiv Gomez de Leon J, Parker S, Hernandez D. 1999. *PROGRESA: A new strategy to alleviate poverty in Mexico*. Disponível em <http://www.worldbank.org>
- cxv Schultz P. 2000. *Final Report: The Impact of PROGRESA on School Enrollments*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- cxvi Gertler P. 2000. *Final Report: The impact of PROGRESA on health*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.

- cxvii Behrman J, Hoddinott J. 2000. An Evaluation of the Impact of Progresa on Pre-School Child Height. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- cxviii Hoddinott J, Skoufias E. 2003. The Impact of Progresa on Food Consumption. IFPRI Discussion Paper 150. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- cxix Skoufias E. 2000. Is Progresa Working? Summary of the results of an evaluation by IFPRI. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- cxx Rogelio Goimez-Hermosillo. 2004. Personal Communication.
- cxxi Lee JW. 2003. Global Health Improvement and WHO: Shaping the future. *Lancet* 362: 2083–88.
- cxxii Drager N, Vieira C. 2002. Trade in Health Services: Global, regional and country perspectives. Washington, DC: PAHO.
- cxxiii See Kawachi I, Wamala S (eds.). Forthcoming. *Global and Health*. New York: Oxford UP.
- cxxiv Lee Jong-wook, speech to the 57th World Health Assembly, 17 May 2004.
- cxxv Graham H, Kelly M. 2004. Health Inequalities: Concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency.
- cxxvi Macintyre S, Petticrew M. 2000. Good Intentions and Received Wisdom are not Enough. *Journal of epidemiology and Community Health* 54: 802-803.
- cxxvii Petticrew M, Macintyre S. 2001. What do we Know about Effectiveness and Cost-Effectiveness of Measures to Reduce Inequalities in Health?
- cxxviii Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werf A. 1984. *National Health Systems and their Reorientation toward Health for All: Guidance for policymaking*. Geneva: WHO.
- cxxix Solar O, Irwin A, Vega J. 2004. Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement issues and the health systems context. WHO Health Equity Team working paper.
- cxix Navarro D (ed). 2002. *The Political Economy of Social Inequalities*. Amityville, NY: Baywood.
- cxix Hirschhorn N. In press. *The Tobacco Industry Documents: What they are, what they tell us, and how to search them: a practical manual*. Geneva: WHO.
- cxxii World Bank. 1997. *World Development Report 1997: The state in a changing world*. Washington, DC: World Bank.
- cxxiii Stiglitz J. 2002. *Globalization and its Discontents*. New York: Norton.
- cxxiv Carvalho S. 2003. *2002 Annual Review of Development Effectiveness: Achieving development outcomes: the millennium challenge*. Washington, DC: World Bank.
- cxxv World Bank. Forthcoming. *World Development Report 2006: Equity and development*. Washington, DC: World Bank.
- cxxvi World Commission on the Social Dimension of Globalization. 2004. *A Fair Globalization: Creating opportunities for all*. Geneva: ILO.
- cxxvii Citadi em Becker E. 2004. Nordic Countries Come Out Near the Top in Two Business Surveys. *New York Times*. October 14, 2004.
- cxxviii Petticrew M, Whitehead M, Macintyre S, Graham H, Egan M. 2004. Evidence on Public Health Policy for Inequalities: 1: The reality according to policymakers. *J Epidemiol Community Health* 58:811-816.
- cxxix Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2001. *Global civil society 2001*. Oxford: Oxford UP.
- cxli Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2002. *Global civil society 2002*. Oxford: Oxford UP.
- cxli Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2003. *Global civil society 2003*. Oxford: Oxford UP.
- cxlii See the 2000 People's Health Charter. Disponível em <http://www.phmovement.org/charter/pch-index.html>