



**COMISSÃO DE DETERMINANTES
SOCIAIS DE SAÚDE**



**Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os
Determinantes Sociais de Saúde**

**Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
RASCUNHO
5 de Maio de 2005**

Este rascunho foi preparado para a segunda reunião da Comissão de Determinantes sociais de saúde pela Secretaria da comissão, baseado na Divisão para Equidade na Saúde da OMS, Escritório do Diretor-Geral Adjunto, Grupo de Evidências e Informações para Políticas, Organização Mundial de Saúde, Genebra. Os autores são Orielle Solar e Alec Irwin. Informações valiosas foram fornecidas por outros membros da Secretaria da Comissão, e em particular, por Jeanette Vega.

Quaisquer erros são total responsabilidade dos autores principais.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	4
2. DETERMINANTES SOCIAIS: DEFINIÇÕES; DIFERENÇA DE FATORES DE RISCO INDIVIDUAIS.....	4
3. DEFINIÇÃO DE VALORES CENTRAIS: OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A EQUIDADE NA SAÚDE.....	5
4. BUSCANDO A EQUIDADE ATRAVÉS DE POLÍTICAS DE SAÚDE: DESVANTAGENS EM SAÚDE, DISPARIDADES E GRAUS DE DIFERENÇA	9
5. MODELANDO OS DETERMINANTES DE SAÚDE OS CAMINHOS PARA A INEQUIDADE	11
5.1 DAHLGREN E WHITEHEAD: INFLUÊNCIAS EM CAMADAS.....	11
5.2 DIDERICHSEN ET AL.: ESTRATIFICAÇÃO SOCIAL E PRODUÇÃO DE DOENÇAS.....	12
5.3 MACKENBACH ET AL.: SELEÇÃO E CAUSA.....	13
5.4 BRUNNER, MARMOT E WILKINSON: MÚLTIPLAS INFLUÊNCIAS N O DECORRER DA VIDA.....	13
5.5 SÍNTESE.....	14
6. PROPOSTA DE MODELO CONCEITUAL PARA A CSDH.....	16
6.1 DETERMINANTES SOCIAIS ESTRUTURAIS E INTERMEDIÁRIOS.....	17
6.2 CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO.....	18
6.3 NÍVEIS DE AÇÃO DE POLÍTICAS SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	19
6.4. SELEÇÃO DE TEMAS ESPECÍFICOS PARA A CSDH.....	20
7. MODELOS DE INTERVENÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS PARA AGIR SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	26
7.1 MODELO DE K. STRONKS.....	26
7.2 MODELO DE M. WHITEHEAD E G. DAHLGREN.....	27
7.3 MODELO DE DIDERICHSEN ET AL.....	28
7.4. SÍNTESE: PRINCÍPIOS-CHAVE DAS POLÍTICAS.....	30
8. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	33

1. Introdução

A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) afirmou seu desejo de ter julgados não somente o rigor científico de suas análises, mas também as políticas e mudanças institucionais, catalisadas nos países através da promoção e parceria da Comissão. Para estabelecer objetivos factíveis para seu trabalho sobre políticas e comunicar mensagens consistentes a parceiros e ao público, a CSDH requer clareza sobre assuntos conceituais básicos. Dentre eles, há:

- O conceito de determinantes sociais de saúde (SDH);
- Os valores centrais para a análise da Comissão e para recomendações sobre políticas;
- Como os determinantes sociais de saúde afetam o status da saúde, e suas conseqüências;
- Como os determinantes sociais de saúde estão relacionados às iniquidades em saúde;
- Os determinantes sociais de saúde mais importantes a serem tratados pela Comissão, e porquê;
- Níveis de intervenção apropriados e pontos de ação de políticas sobre os determinantes sociais de saúde; e
- O principal objetivo das políticas sobre determinantes sociais de saúde (melhoria do status médio da saúde ou redução das iniquidades na saúde)

Este ensaio traça um modelo conceitual e com ele, busca servir como base para discussão e esclarecimento desses assuntos na CSDH. O atual formato deste ensaio é um *rascunho inicial*. Seu objetivo é abrir um debate, e não, fornecer respostas definitivas. Ele resume os resultados de uma fase inicial de pesquisas e análises da Secretaria da CSDH. Este ensaio passará por modificações subseqüentes para incorporar os *inputs* dos membros da Comissão, o que levará a um documento final, que relacionará sucintamente os fundamentos conceituais do trabalho da Comissão.

Este ensaio inicia por recordar a definição da CSDH sobre determinantes sociais e algumas implicações metodológicas. A seguir ele considera a questão dos valores. Nós propomos o conceito de equidade na saúde como uma pedra angular no modelo normativo da Comissão. Ao aplicarmos critérios de equidade, consideraremos os resultados de políticas que almejam principalmente: (1) lidar com as desvantagens em saúde nos grupos populacionais-alvo; (2) reduzir as disparidades na saúde; e (3) tratar o gradiente de saúde através do espectro total de posições sócio-econômicas. A próxima seção do ensaio revisa vários modelos, que procuram explicar o relacionamento entre os determinantes sociais de saúde e seu papel causal e gerador de iniquidades na saúde. Após extrair lições destes enfoques, propusemos um modelo abrangente de determinantes sociais de saúde, situando os maiores determinantes e esclarecendo os níveis de ação política. Utilizando esse modelo, demonstramos então como e porque propusemos um grupo temático chave para o trabalho da Comissão. Finalmente, revisamos vários modelos de avaliação que a CSDH poderá usar para desenvolver recomendações de políticas e sugerir alguns princípios de base para a escolha de tais políticas.

2. Determinantes sociais: definições; diferença com relação aos fatores de risco individuais

Os determinantes sociais de saúde (SDH) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou, de acordo com a frase de Tarlov, "as características sociais dentro das quais a vida transcorre"¹. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde. Os determinantes sociais de saúde que merecem a atenção são aqueles que podem ser potencialmente alterados pela ação baseada em informações.²

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu a partir de uma série de comentários publicados nos anos 70 e no início dos anos 80, que destacavam as limitações das intervenções sobre a saúde, quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. As críticas afirmavam que para compreender e melhorar a saúde, é necessário focalizar as populações, com pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades aos quais esses indivíduos pertencem³. Foi sugerido um movimento "contrário à correnteza", no que diz respeito tanto aos fatores de risco individuais quanto a padrões e modelos sociais que moldam as chances das pessoas serem saudáveis. Um ponto comum a essas críticas foi o argumento de que a atenção médica não ser o principal fator de auxílio à saúde das pessoas. Pelo contrário, o conceito de determinantes sociais está ligado aos "fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes"⁴.

Em alguns contextos, os determinantes de saúde continuam a ser compreendidos como características do indivíduo, tais como a rede de apoio social da pessoa, ou o salário, ou função. No entanto, a população não é meramente uma coleção de indivíduos. As causas da má saúde se agrupam em padrões sistemáticos, e além disso, os efeitos sobre um indivíduo podem depender da exposição sobre outros indivíduos, e de suas conseqüências⁵. Isso ocorre porque os determinantes de características individuais diferentes em uma população podem não ser os mesmos determinantes de diferenças entre as populações⁶. Diante deste fato, é útil distinguir dois tipos de questões etiológicas: a primeira busca a causa dos casos, e a segunda, as causas das incidências. Quando se trata de determinantes sociais, queremos compreender como as causas dos casos individuais estão relacionadas às causas da incidência nas populações⁷. Por que observamos uma relação gradual entre a posição social e um status de saúde que afeta as pessoas em todos os níveis da hierarquia social? Como ela muda com o tempo? Os fatores determinantes sobre a saúde estão mudando para melhor? O mesmo ocorre para todos? Onde e para quem elas estão mudando para pior⁸?

3. Definição de valores centrais: os determinantes sociais de saúde e a equidade na saúde

A elaboração de um modelo conceitual pelos membros da Comissão passa necessariamente por uma avaliação de valores. Nós propomos o conceito de equidade na saúde como fundamento para essa reflexão. A equidade na saúde pode ser definida como ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos⁹. Iniquidades na saúde envolvem mais que meras desigualdades, já que algumas desigualdades na saúde - como, por exemplo, a disparidade entre a expectativa de vida de homens e mulheres - não podem ser descritas razoavelmente como injustas, e algumas não são nem evitáveis e nem remediáveis. Iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou são injustas. Elas têm suas raízes na estratificação social¹⁰. Portanto, a iniquidade na saúde pode ser definida como uma categoria moral profundamente inserida na realidade política e na negociação das relações sociais de poder.

Os determinantes sociais de saúde e os determinantes sociais das iniquidades na saúde não são necessariamente os mesmos¹¹. Dentre os vários fatores sociais e processos que influenciam a saúde, alguns, mas não todos, representam grande contribuição às disparidades da saúde entre os diferentes grupos sociais. É possível promover políticas sobre determinantes sociais de saúde capazes de melhorar os indicadores médios de saúde em um país, sem alterar o tamanho das disparidades de saúde entre grupos privilegiados e grupos em desvantagem. Assim, surge uma questão-chave para a CSDH: a melhoria de indicadores médios de saúde é um objetivo suficiente para as políticas

recomendadas pela Comissão, ou os efeitos positivos prováveis sobre a equidade na saúde devem ser um critério central para a seleção de políticas pela CSDH?

Alegamos que a Comissão deve concentrar sua atenção nos determinantes sociais de saúde que são causas maiores de *iniquidades na saúde*, e que as políticas recomendadas pela Comissão devem ter um impacto substancial sobre a equidade na saúde. No entanto, nem o valor filosófico do conceito de equidade na saúde, nem o desejo de um enfoque pró-equidade nas políticas de saúde podem ser simplesmente presumidos. É necessário justificar a equidade na saúde conceitualmente e também, "dar argumentos para que o governo assuma a responsabilidade de reduzir as diferenças sócio-econômicas sobre a saúde"^{12 13}. Vários argumentos valiosos para a aplicação do conceito filosófico de equidade na saúde em políticas têm sido divulgados recentemente. Muitas dessas contribuições vieram de Amartya Sen, ou adotam suas categorias. Será útil lembrar os pontos gerais de vários desses argumentos, dando atenção particular àqueles que enfatizam a tradução da equidade na saúde em políticas.

Stronks e Gunning-Schepers (1993) extraíram dos trabalhos de Sen, Berlin e de outros, a construção de um argumento em prol de ações governamentais para tratar as iniquidades na saúde, baseados em uma teoria de justiça social. Eles alegam que uma sociedade justa é caracterizada por fornecer um alto grau de liberdade a todos os seus membros, especificamente a "liberdade positiva" de escolher um plano de vida, dentre várias opções, que se adapte melhor ao conceito de "vida boa" de um indivíduo. Um governo justo não promove somente um conceito de "vida boa", mas sim, deixa sua escolha de vida aberta aos indivíduos. No entanto, um governo justo é obrigado a promover as condições que permitam a possibilidade de cada indivíduo escolher livremente seu plano de vida, ou seja, "a capacidade de ser tão saudável quanto possível nessas condições", já que a presença ou ausência dessa capacidade básica "determina quais planos de vida dentre os quais os indivíduos podem escolher." Assim, um bom governo é obrigado a tomar ações sobre os determinantes sociais para garantir a igualdade de possibilidades de saúde, evitando as condições sociais que limitam a capacidade de saúde de algumas pessoas em uma sociedade e criam desigualdades na oportunidade dessas pessoas exercerem sua liberdade positiva.

É importante notar que o fator a ser igualado não é o status de saúde, mas sim as *oportunidades de saúde*, já que os indivíduos podem empregar sua liberdade positiva para escolher um tipo de vida que compromete a saúde em prol de outros bens. Isso realça que as desigualdades na saúde não representam problemas por si mesmas, já que as "desigualdades em resultado das escolhas livres feitas por um indivíduo são aceitáveis". O princípio de justiça aplicado aqui "não exige que todos tenham o mesmo nível de saúde, mas sim uma tal distribuição dos determinantes de saúde, até onde podem ser controlados, para que cada indivíduo tenha as mesmas possibilidades de levar uma vida longa e saudável"¹⁴.

Em um trabalho recente, Anand (2004) fez um importante avanço, deixando claro que equidade na saúde, e não somente os indicadores médios de saúde, devem ser preocupação das políticas públicas. Em convergência com Sen, Anand realça que a saúde é um "bem especial" cuja distribuição justa merece a preocupação particular das autoridades políticas. Existem duas razões principais para encarar a saúde um bem especial: (1) a saúde é uma parte constituinte direta do bem-estar de uma pessoa; e (2) a saúde permite a uma pessoa funcionar como um agente¹⁵. As desigualdades na saúde são, portanto, reconhecidas como "desigualdades na capacidade de funcionamento das pessoas". Quando tais desigualdades surgem como consequência das diferenças de posições sociais dos indivíduos, aparece uma grave falha no princípio político de igualdade de oportunidade. Portanto,

um governo justo deve considerar uma distribuição justa de saúde entre os membros de uma sociedade como uma responsabilidade primordial.

Ruger (2005) desenvolveu argumentos similares, ligando a visão sobre a capacidade de Sen à filosofia política de Aristóteles. “Enquanto reconhece a relação estreita entre a saúde e outros bens sociais valiosos, como a educação”, Ruger “ênfatiza a importância da saúde para o indivíduo como agente — a capacidade de viver a vida que a pessoa valoriza”. A saúde é vista como sustentáculo para todos os outros aspectos do florescimento ou da capacidade humana. Portanto, a promoção de uma distribuição igualitária de oportunidades reais de saúde emerge como uma tarefa fundamental para as políticas públicas. “As políticas públicas devem ter como foco a capacidade de funcionamento dos indivíduos, e as políticas de saúde devem objetivar a manutenção e a melhoria dessa capacidade, ao prover as necessidades de saúde”¹⁶.

Um modelo de valores baseado na equidade na saúde representa uma base forte para o planejamento de ações sobre determinantes sociais de saúde^{17 18}. Ao mesmo tempo, as ações de políticas sobre determinantes sociais também podem ser justificadas pelo uso de vários enfoques normativos, e em particular, aquele dos direitos humanos. O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas declarou que os direitos à saúde são um “direito inclusivo” que se estende “não somente a serviços de saúde apropriados e fornecidos em devido momento, mas também aos determinantes de saúde correspondentes”, em seus Comentários Gerais de 2000¹⁹. Os acordos internacionais de direitos humanos reconhecem, portanto, a responsabilidade dos governos em agir sobre os determinantes sociais de saúde, e podem facilitar a tradução desta responsabilidade em políticas. É necessário refletir mais para esclarecer a complementaridade e possíveis tensões entre as visões de equidade e de direitos humanos sobre os determinantes sociais de saúde, à das recentes análises da pluralidade dos modelos morais, usadas para legitimar ações sobre a saúde^{20 21}.

Para resumir, o conceito de equidade na saúde fornece um fundamento ético forte para o trabalho da CSDH. Existe uma relação próxima entre a equidade na saúde e os determinantes sociais, tanto conceitualmente, como em termos políticos. Um progresso substancial na equidade na saúde não poderá ser alcançado sem ações sobre os determinantes sociais de saúde. Por outro lado, em um momento onde as desigualdades de saúde entre países tornam-se um foco crescente de preocupações²², a contribuição potencial das medidas sobre os determinantes sociais de saúde para a equidade na saúde constitui um argumento científico, ético e político importante para as ações sobre determinantes sociais de saúde.

A discussão anterior representa somente um passo inicial na definição de um modelo de valores para a CSDH. Propõe-se que um grupo de trabalho composto por membros da Comissão com interesse especial nesta área se pronuncie, com o apoio da Secretaria, com um projeto de desenvolvimento dessa análise. Os resultados serão submetidos a toda a Comissão para revisão e para adicionar contribuições. A discussão acima aponta para vários assuntos que precisam ser explorados de forma mais profunda. Eles incluem as seguintes questões, listadas em linhas gerais, de mais amplas a mais específicas:

- Uma análise rígida dos determinantes sociais pode chegar à conclusão de que, para reduzir significativamente os graus de diferenças em saúde, são necessárias mudanças estruturais em várias sociedades contemporâneas, como, por exemplo, o funcionamento dos mercados e o papel de redistribuição do estado. A CSDH está preparada para “comprar” tais idéias? Que formas de filosofia política podem guiar suas deliberações e recomendações, neste âmbito? A recente discussão sobre a equidade na saúde tem sido subentendida pelos modelos de justiça social

derivados de pensadores liberais, e, em particular, o de John Rawls, para quem a democracia liberal de mercado continua sendo o paradigma das organizações sociais apropriadas entre "povos bem-organizados". As idéias de Rawls (e a democracia liberal em si, onde quer que exista) claramente ainda têm muito a oferecer. Ainda assim, uma análise da equidade na saúde em sociedades contemporâneas deve ser preparada para testar e desafiar o paradigma democrático liberal em si – tanto em nível das abstrações idealizadas por Rawls quanto em nível das "democracias de mercado existentes na realidade".

- Vários assuntos importantes e insuficientemente esclarecidos agrupam-se ao redor das noções de liberdade individual, a pessoa como agente e escolha. Um modelo de determinantes sociais de saúde baseado em equidades parece estar apoiado sobre uma relação complexa entre as idéias de liberdade e responsabilidade. Por um lado, o enfoque na equidade busca igualar as *oportunidades*, e não as *conseqüências*. Ele declara serem aceitáveis as diferenças na saúde que surgem em virtude de escolhas individuais feitas livremente; e por outro lado, uma análise de determinantes estruturais sugere que certas formas de "livre escolha" (por exemplo, a "escolha" de trabalhadores com baixa renda de fumarem mais que os grupos sócio-econômicos mais altos) são, na realidade, moldadas por forças sociais que estão muito além do controle do indivíduo. Uma análise profunda de equidade e dos determinantes sociais de saúde precisa desenvolver um estudo claro do escopo e dos limites das liberdades pessoais, como são construídas e/ou negadas em contextos sociais distintos, ou através de restrições e condicionamentos sociais variados. Para desenvolver essa análise, seria útil consultar a noção de "violência estrutural" de Paul Farmer^{23 24}, assim como relatos da distorção do agenciamento pessoal pela opressão social sistêmica, descritos por cientistas sociais como Philippe Bourgois²⁵. Ao refletir sobre os determinantes sociais de saúde, a equidade e o indivíduo como agente, não se deve esquecer que, em sociedades onde a saúde é considerada principalmente uma assunto privado, o tema da "responsabilidade pessoal" tem sido utilizado politicamente para absolver o governo da responsabilidade de tratar as desigualdades na saúde e responder mais ativamente às necessidades de saúde dos grupos pobres e excluídos.

Talvez este tópico e o ponto precedente possam ser mais bem resumidos ao enfatizarmos que um modelo confiável de equidade na saúde deve vir fortemente equipado com uma *teoria do poder*. Isso ocorre ao observar-se que as iniquidades na saúde surgem fundamentalmente a partir da alocação de poder e renda a posições sociais distintas²⁶. Novamente, o trabalho de Sen sobre a capacidade, a racionalidade e a liberdade fornece valiosas linhas abertas de questionamento a esse respeito, especialmente se forem cruzadas com uma análise concreta dos mecanismos e práticas de manipulação, exclusão, desinformação e retirada do poder, ocorrentes em sociedades contemporâneas, tanto nas autoritárias quanto naquelas que se autodenominam democráticas. A filosofia deveria fazer algo a mais que simplesmente descrever um ideal de liberdade humana (ou de saúde humana igualmente distribuída). Ela deveria demonstrar também como podemos começar a avançar em direção a um ideal político mais concreto.

- As análises dos direitos humanos enfatizam não somente direitos individuais, mas também o direito das pessoas à participação informada nos processos de tomada de decisões que afetam suas vidas e o exercício de sua liberdade. O trabalho de Sen sobre o *aspecto do processo* da liberdade explora tais assuntos²⁷. É importante esclarecer até que ponto o conceito de equidade na saúde implica em um aspecto do processo, e como os procedimentos relevantes podem ser especificados. Será que a equidade da saúde descreverá, em sua operacionalização social e política concreta, a participação das comunidades e de outros participantes nas tomadas de

decisões relacionadas à saúde e projetos de equidade na saúde (incluindo ações sobre os determinantes sociais de saúde)? Como esta participação será estruturada? Quais seriam seus objetivos precisos? Em que nível (is) ela seria realizada, e quem seria incluído? Ranaan Gillon sugeriu o que pode estar em jogo ao perguntar, em um contexto de discussão de julgamento de valores sobre a equidade na saúde, se não seria apropriado convidar os pagantes de impostos cujas contribuições financiam programas de fundos nacionais de saúde a votar sobre a composição geral dos orçamentos do setor de saúde (por exemplo, a proporção de gastos feitos com a prevenção e os cuidados com a cura, benefícios especiais para grupos vulneráveis, etc.)²⁸. Um debate semelhante representa, claramente, somente um ponto em uma discussão mais ampla sobre os modos de participação da comunidade, necessários para uma operacionalização forte da equidade na saúde.

- Claramente, faz-se necessário analisar mais trabalhos para traduzir os princípios filosóficos da equidade na saúde em práticas de planejamento e alocação de recursos em vários níveis governamentais. O comprometimento amplo com a equidade não pré-determina as prioridades entre os diferentes critérios morais que podem ser usados legitimamente, em nível local e nacional, para alocar os escassos recursos de saúde. A alocação pode ter critérios baseados, por exemplo, em necessidades; maximização do benefício do indivíduo; e maximização do benefício do nível da população. Todos esses critérios são "moralmente respeitáveis", mas podem levar a julgamentos conflitantes (e em muitos casos irão), como investir nos recursos disponíveis que promovem a saúde e o bem-estar social (Gillon). É importante continuar a trabalhar com o que se dispõe atualmente, para verificar se um modelo de equidade na saúde, tal qual o apresentado acima, pode esclarecer esses pontos operacionais, já que são claramente relevantes para os planejadores e implementadores dos programas nos países. Nesses meios, a CSDH deve ser levada muito a sério.

4. Buscando a equidade através de políticas de saúde: desvantagens na saúde, disparidades e graus de diferença

Hoje, a equidade na saúde é cada vez mais considerada um objetivo de políticas pelas agências de saúde internacionais e pelos agentes de políticas nacionais²⁹. No entanto, como demonstrado por Hilary Graham, o comprometimento dos líderes políticos em "lidar com as desigualdades na saúde" pode ser interpretado de formas diferentes, e autorizar uma ampla gama de estratégias políticas diversas.

É possível identificar três grandes visões sobre a redução das desigualdades na saúde: (1) melhoria da saúde das populações em desvantagem, através de programas-alvo; (2) diminuição das disparidades de saúde entre aqueles expostos a circunstâncias sociais mais pobres e os grupos em melhor situação; (3) tratar de maneira completa todo o gradiente de saúde, ou seja, a associação entre a posição sócio-econômica e a de saúde em toda uma população.

Para ter sucesso, todas as três opções requerem ações sobre os determinantes sociais de saúde. As três constituem potenciais efetivos para aliviar o peso da doença suportado por pessoas em desvantagem social. E, no entanto, as visões diferem significativamente em seu valor fundamental e nas implicações para a programação. Cada um oferece vantagens específicas e gera problemas distintos.

Os programas para a melhoria da saúde entre populações em desvantagem têm a vantagem de almejar algo claramente definido, para um segmento relativamente pequeno da população, e portanto, demonstram facilidades no monitoramento e no alcance dos resultados. Os programas com alvo definido para tratar das desvantagens na saúde podem ser alinhados com outras intervenções pontuais em um programa governamental antipobreza, como, por exemplo, em programas de bem-estar social com foco nos locais em desvantagem. Por outro lado, um enfoque semelhante pode ser enfraquecido politicamente, precisamente pelo fato de não ser uma estratégia para toda uma população, mas sim, beneficiar sub-grupos que representam apenas uma pequena percentagem da população. Além disso, esse enfoque não tem o compromisso de elevar os níveis da saúde dos grupos mais pobres a um ponto mais próximo das médias nacionais. Mesmo se um programa for bem sucedido e gerar ganhos de saúde absolutos entre aqueles em desvantagem, um progresso a mais poderá ser alcançado entre os grupos em melhor situação, o que pode significar a ampliação das desigualdades na saúde.

Um enfoque que tenha como alvo as disparidades na saúde confrontará diretamente o problema dos resultados relativos. Os objetivos dos índices atuais de desigualdade na saúde na Inglaterra sobre a mortalidade infantil e a expectativa de vida são exemplos de enfoques que têm tais disparidades como alvo. No entanto, esse modelo também traz problemas. Um deles é que seus objetivos são tecnicamente mais desafiadores que aqueles associados a estratégias concebidas somente para melhorar o status da saúde entre aqueles em desvantagem. "O movimento em direção aos alvos (de redução de disparidades) requer tanto melhorias absolutas nos níveis de saúde em grupos sócio-econômicos inferiores, como uma taxa de melhoria que ultrapassa aquela em grupos sócio-econômicos mais elevados". Ao mesmo tempo, Graham declara que os enfoques orientados para as disparidades têm ambigüidades morais ocultas semelhantes àquelas com foco em desvantagens na saúde. Os modelos de disparidades na saúde continuam a dirigir seus esforços para os grupos de minorias em uma população (pois há uma preocupação com as pessoas em maior desvantagem, comparados com aqueles que estão em melhor situação). Ao adotarmos esta postura, "um enfoque centrado nas disparidades na saúde pode subestimar o efeito de amplo impacto das desigualdades sócio-econômicas sobre a saúde, não somente no mais baixo, mas também em todos os demais níveis hierárquicos sócio-econômicos". Ao concentrar o foco naqueles em muita desvantagem, os modelos baseados em disparidades podem obscurecer o que ocorre nos grupos intermediários, incluindo aqueles "vizinhos dos que estão em pior situação", que também podem estar passando por dificuldades de saúde.

Um modelo muito mais inclusivo para a tomada de ações sobre as desigualdades na saúde trata os graus de diferença sócio-econômicos na saúde através de todo o espectro de posições sociais. Com o enfoque sobre graus de diferença na saúde, "lidar com as desigualdades na saúde torna-se um objetivo de toda a população: como o objetivo de melhorar a saúde, isso inclui a todos". Por outro lado, este modelo claramente vai de encontro a grandes desafios técnicos e políticos. Os graus de diferença na saúde subsistem insistentemente aos períodos de epidemias, e aparecem em quase todas as principais causas de mortalidade, levantando dúvidas sobre a sua redução significativa, mesmo se esse for o desejo das lideranças políticas. As ações de políticas públicas em relação aos graus de diferença podem ser complexas e ter alto custo. Além disso, elas somente são capazes de alcançar resultados satisfatórios em longo prazo. No entanto, está claro que a visão de equidade sobre os determinantes sociais, quando tratada de forma consistente, deve levar ao tratamento dos gradientes de diferença.

Segundo Graham, é importante que as estratégias baseadas em ações sobre desvantagens na saúde, disparidades na saúde e gradientes de diferenças não sejam mutuamente exclusivas e não entrem em conflito uma com a outra. As visões são complementares e podem apoiar uma à outra. “O tratamento das desvantagens em saúde reduz as disparidades na saúde, e ambos os objetivos fazem parte de uma estratégia ampla para reduzir os gradientes de diferenças da saúde”. Assim, surge um padrão seqüencial, onde "cada objetivo acrescenta uma camada extra ao impacto das políticas". É claro, a relevância e a seqüência desses enfoques variará de acordo com os níveis de desenvolvimento econômico dos países envolvidos, ou de outros fatores contextuais. Um enfoque com alvo focal pode ter pouca relevância em um país onde 80% da população vivem em extrema pobreza. Neste caso, a CSDH pode contribuir ligando uma reflexão mais profunda dos valores de base dos programas sobre determinantes sociais de saúde a análises do contexto de cada país, mapeando e seqüenciando as opções de políticas pragmaticamente.

5. Modelos dos determinantes de saúde e os caminhos para a iniquidade

Nos últimos 15 anos, vários modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos através dos quais os determinantes sociais de saúde afetam os resultados na saúde, para deixar claras as conexões entre diferentes tipos de determinantes de saúde; e para localizar pontos estratégicos para as ações de políticas. Dentre os principais modelos, há aqueles propostos por Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998, adaptado subseqüentemente por Diderichsen, Evans e Whitehead 2001); Mackenbach (1994); e o de Marmot e Wilkinson (1999). Esses modelos são particularmente importantes para demonstrar as formas de contribuição dos determinantes sociais de saúde sobre as iniquidades na saúde em vários grupos sociais.

5.1 Dahlgren e Whitehead: influências em camadas

O famoso modelo de Dahlgren e Whitehead explica como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais (ver figura na próxima página)³⁰. Os indivíduos estão no centro da figura, e têm idade, gênero e fatores genéticos que indubitavelmente influenciam seu potencial de saúde final. A camada imediatamente externa representa o comportamento e os estilos de vida das pessoas. As pessoas expostas a circunstâncias de desvantagem tendem a exibir uma prevalência maior de fatores comportamentais, tais como fumo e dieta pobre, e também se deparam com barreiras financeiras maiores ao escolherem um estilo de vida mais saudável.

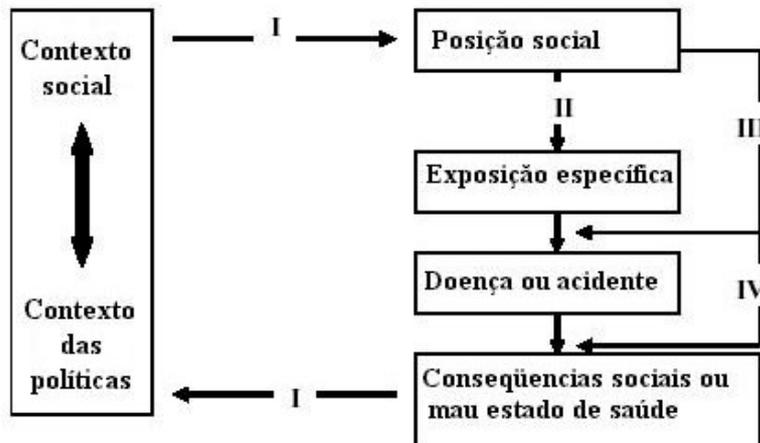
A influência da sociedade e da comunidade é demonstrada na próxima camada. Essas interações sociais e pressões ocultas influenciam o comportamento pessoal da camada abaixo, para melhor ou pior. Para os grupos mais próximos do fim da escala social, compostos por pessoas que vivem em condições de extrema privação, os indicadores de organização comunitária registram uma disponibilidade menor de redes e sistemas de apoio, além de menos serviços sociais e lazer em atividades comunitárias e modelos de segurança mais frágeis. No próximo nível, encontramos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais. Nesta camada, as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho, e acesso menor aos serviços.

O último dos níveis inclui as condições econômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo. Essas condições, como o estado econômico e as condições do mercado de trabalho do país, influenciam todas as outras camadas. O padrão de vida de uma dada sociedade, por exemplo, pode influenciar a escolha de um indivíduo sobre habitação, trabalho e interações sociais, assim como hábitos alimentares. Da mesma forma, alguns fatores podem influenciar o padrão de vida e a posição sócio-econômica, dependendo das crenças culturais sobre a posição das mulheres na sociedade, ou da atitude geral sobre as comunidades étnicas minoritárias³¹.



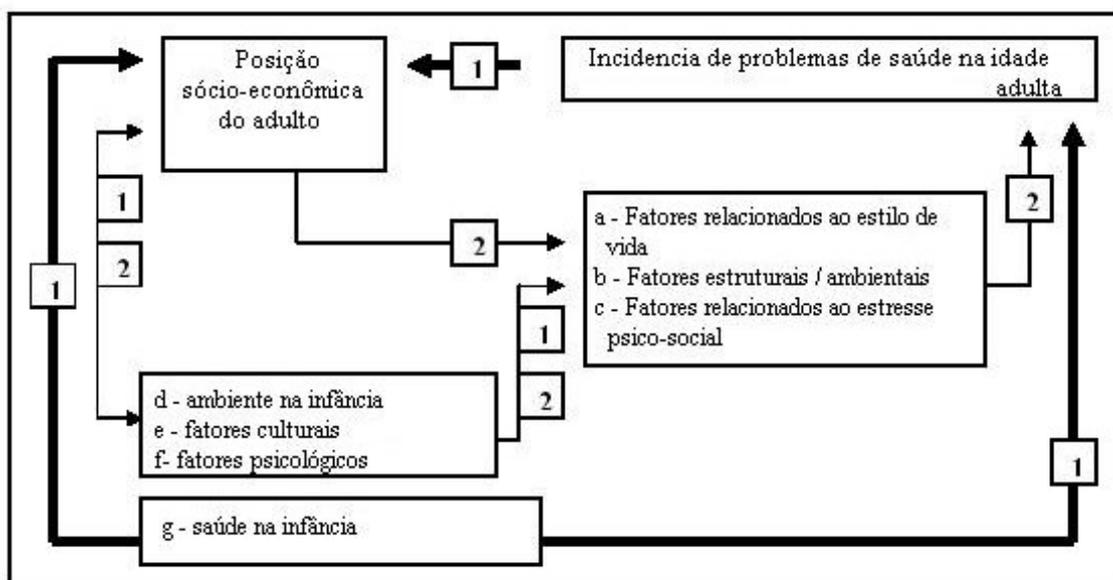
5.2 Diderichsen et al.: estratificação social e produção de doenças

O modelo de Diderichsen e Hallqvist de 1998 foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Este modelo enfatiza a criação da estratificação social pelo contexto social, que delega aos indivíduos posições sociais distintas. A posição social das pessoas determina suas oportunidades de saúde. No diagrama abaixo, o processo de delegação de posições sociais aos indivíduos é mostrado em (I). Os mecanismos envolvidos são "os principais mecanismos sociais que geram e distribuem o poder, a riqueza e os riscos", como, por exemplo, o sistema educacional, as políticas de trabalho, as normas direcionadas aos gêneros e as instituições políticas. A estratificação social, por sua vez, engendra uma exposição diferente às condições que causam danos à saúde (II) e ao diferencial de vulnerabilidade (III), assim como às conseqüências que geram diferenças entre o mau estado de saúde de grupos em maior ou menor vantagem, mostrado como mecanismo (IV). As "conseqüências sociais" referem-se ao impacto que um certo evento pode ter sobre as circunstâncias sócio-econômicas que afetam um indivíduo ou uma família. Este modelo inclui uma discussão de pontos para ações de políticas, um aspecto que retomaremos em uma seção adiante.



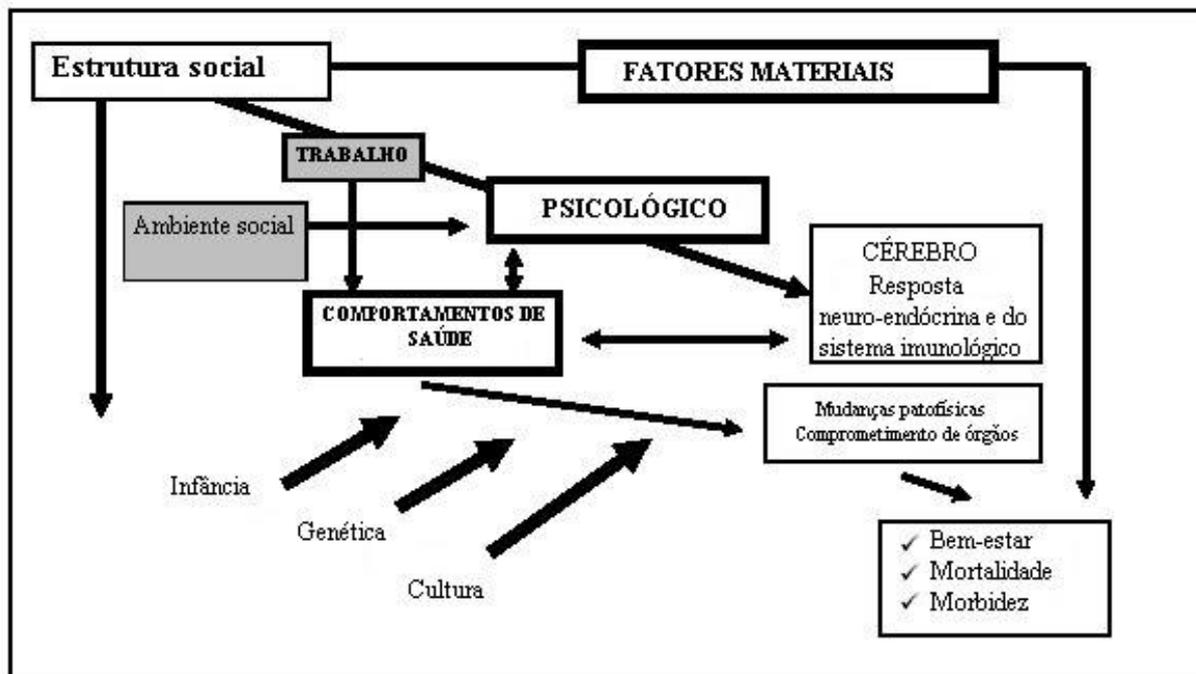
5.3 Mackenbach et al.: seleção e causa

O modelo de Mackenbach enfatiza os mecanismos que geram as desigualdades na saúde: seleção *versus* causa. O número "1" representa os processos de seleção dos efeitos dos problemas de saúde em idade adulta sobre a posição sócio-econômica desses adultos, e dos efeitos da saúde na infância sobre a posição sócio-econômica dos adultos e sobre os problemas de saúde em idade adulta. O número "2" é um mecanismo de causa sobre três grupos de fatores de risco intermediários entre a posição sócio-econômica e os problemas de saúde (Fatores do estilo de vida, fatores estruturais / ambientais, fatores psicológicos e relacionados ao stress). O modelo inclui o ambiente na infância, os fatores culturais e os fatores psicológicos, e demonstra sua contribuição às desigualdades na saúde, tanto como fator de seleção como fator causal³².



5.4 Brunner, Marmot e Wilkinson: múltiplas influências no decorrer da vida

Esse modelo foi desenvolvido para ligar as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva). Subseqüentemente, o modelo foi aplicado ao processo social subliminar às desigualdades na saúde, gerando um modelo de fatores sociais que causam mau estado de saúde e que contribuem para as desigualdades na saúde. Este último modelo foi incluído no relatório Acheson da Grã-Bretanha, utilizado para ilustrar como as desigualdades sócio-econômicas em resultados de saúde são conseqüência das diferenças de exposição ao risco ambiental, psicológico e comportamental no decorrer da vida^{33 34}. Este modelo liga o padrão social à saúde e à doença por caminhos materiais, psico-sociais e comportamentais. Fatores genéticos, de infância e culturais também são influências importantes sobre a saúde da população.



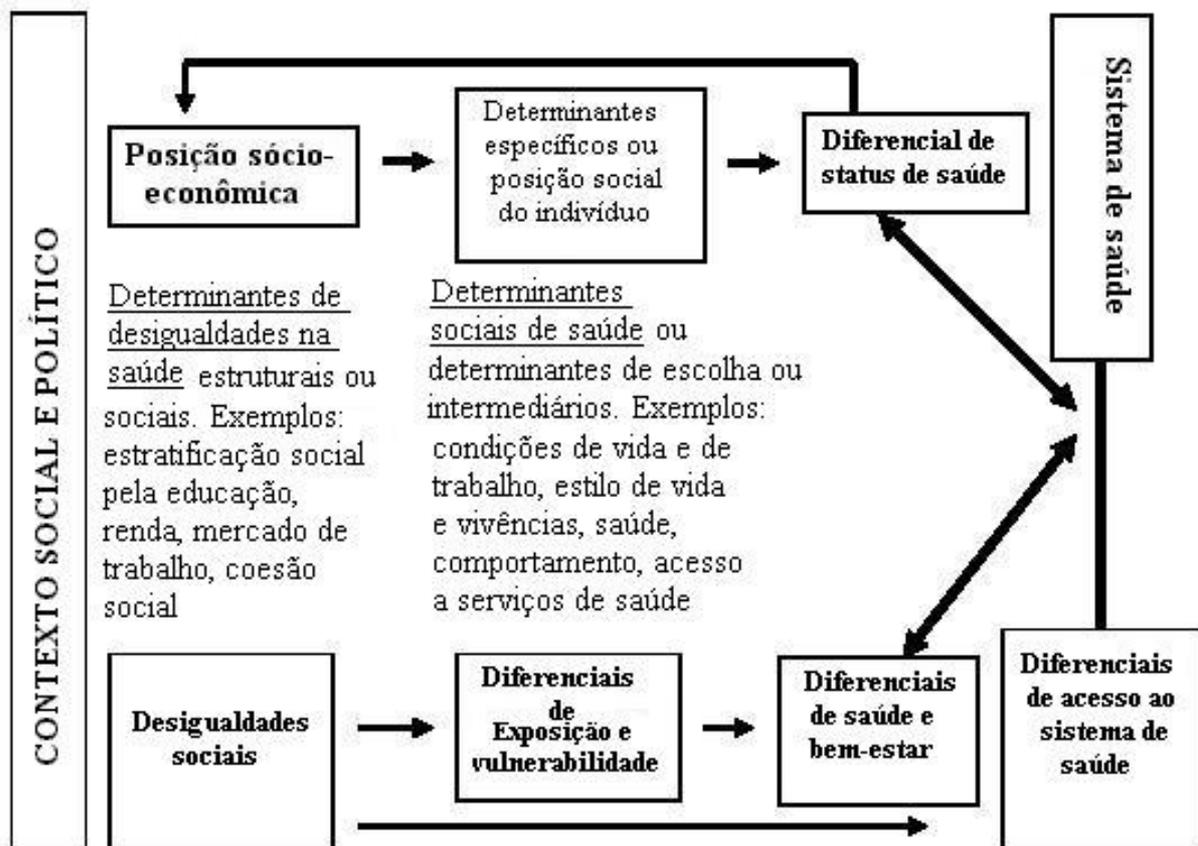
5.5 Síntese

Os vários modelos examinados (além de outros que não foram revisados aqui) buscam explicar os mecanismos que geram desigualdades na saúde via determinantes sociais de saúde. Destas propostas, surgem vários temas que merecem atenção especial, incluindo "seleção *versus* causa", a perspectiva dos "determinantes específicos" e o enfoque no "decorrer da vida". Os analistas do enfoque no decorrer da vida argumentam que as políticas que evitam o acúmulo de risco nos períodos biológicos e sociais críticos – como o desenvolvimento pré-natal, a transferência da escola primária para a secundária, a entrada no mercado de trabalho e a saída do mesmo – devem receber atenção especial para proteger os mais vulneráveis³⁵. No entanto, os debates atuais sobre a incorporação da perspectiva no decorrer da vida apresentam divergências. Certos modelos desta área são restritivos, enquanto outros dão grande prioridade aos eventos e condições da infância.

Outras diferenças reveladoras podem ser observadas entre os modelos analisados em nossa pesquisa. Alguns modelos ignoram o sentido inverso do efeito da saúde sobre a posição sócio-econômica, enquanto outros o incorporam, explicitamente. Alguns incluem aspectos biológicos, enquanto outros

ignoram esse aspecto – e seria possível argumentar que os caminhos biológicos são mais relevantes para as intervenções clínicas e menos para a formação de políticas. Os serviços e sistemas de saúde pública raramente ganham espaço nestes modelos, refletindo o fato do conceito de determinantes sociais ter sido introduzido nos debates sobre saúde pública para sublinhar a importância dos fatores não-clínicos sobre a formação da saúde dos indivíduos e das populações³⁶.

Um modelo inclusivo para os determinantes sociais de saúde deve alcançar os seguintes objetivos: (a) esclarecer os mecanismos através dos quais os determinantes sociais geram iniquidades de saúde; (b) demonstrar como os principais determinantes estão relacionados uns aos outros; (c) fornecer um modelo de avaliação de prioridades para os determinantes sociais de saúde; e (d) mapear os níveis específicos de intervenção e os pontos de ação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Cada um dos modelos que examinamos anteriormente traz uma importante contribuição, embora nenhum deles dê conta de cumprir todos os requisitos por si mesmo. Entretanto, ao combinarmos elementos de vários modelos, poderemos chegar a uma breve estrutura que poderá aguçar o debate. O esquema abaixo é um primeiro estágio desta estrutura sistemática. Uma versão mais desenvolvida será apresentada e discutida na próxima seção, na qual tratamos a questão dos focos temáticos específicos para a Comissão. Como um primeiro passo, o modelo abaixo pretende reunir os pontos mais significativos dos modelos revisados nas páginas anteriores.



Indo da esquerda para a direita, vemos o contexto sócio-político (incluindo os processos econômicos e as instituições políticas) dando lugar a um conjunto de posições sócio-econômicas desiguais. Os grupos são estratificados de acordo com níveis de renda, educação, status profissional, gênero, raça

ou etnia e outros fatores. Essa coluna do diagrama ("Posição Sócio-econômica") lista os mecanismos subliminares de estratificação social e de criação de desigualdades sociais. Esses mecanismos sócio-econômicos de estratificação podem ser chamados de *determinantes estruturais de saúde* ou de *determinantes sociais de iniquidades de saúde*. Esses mecanismos configuram as oportunidades de saúde dos grupos sociais de acordo com sua posição na hierarquia do poder, com o prestígio e com o acesso aos recursos.

Logo à direita, observamos como essas posições sócio-econômicas são traduzidas em determinantes específicos do status de saúde individual, que refletem a localização social do indivíduo dentro do sistema estratificado. Com base em seu respectivo status social, os indivíduos passam por diferente exposição e vulnerabilidade aos fatores que comprometem sua saúde. O modelo demonstra como a posição sócio-econômica de uma pessoa pode afetar sua saúde, mas que seu efeito não é direto. A posição sócio-econômica influencia a saúde através de determinantes mais específicos, intermediários. Esses fatores intermediários incluem condições materiais, (ex.: condições de habitação e trabalho); circunstâncias psico-sociais, (ex.: fatores psico-sociais causadores de stress); e também de fatores comportamentais (ex.: fumo). O modelo supõe que os membros de grupos sócio-econômicos inferiores vivem em circunstâncias materiais menos favoráveis que os grupos sócio-econômicos mais elevados, e que as pessoas mais próximas à base da escala social assumem mais freqüentemente comportamentos que prejudicam a saúde em comparação com os mais privilegiados.

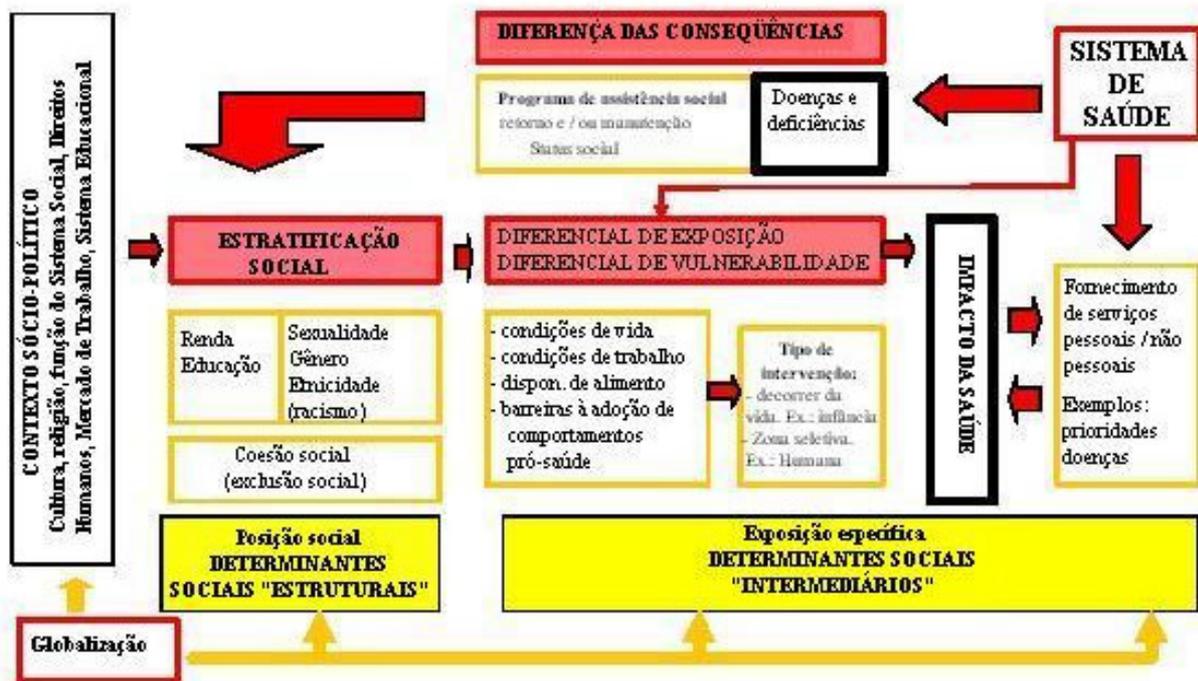
Um elemento único a este modelo é a incorporação explícita do sistema de saúde. As desigualdades sócio-econômicas na saúde podem ser parcialmente explicadas pelo efeito inverso da saúde sobre a posição sócio-econômica, como, por exemplo, quando alguém passa por uma queda de renda por causa de uma deficiência física causada pelo trabalho. As pessoas que estão em pior estado de saúde se movem mais freqüentemente para baixo que para cima da escala social, quando comparadas às pessoas saudáveis. Isso significa que o sistema de saúde pode ser visto em si como um determinante social de saúde. Este fato ocorre independente do papel central que o setor de saúde tem na promoção e na coordenação das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Sobre isto, o Departamento de Saúde da Grã-Bretanha afirmou que o sistema de saúde deve ter um papel mais ativo na redução das desigualdades na saúde, não somente provendo acesso igual aos serviços de saúde, mas também estabelecendo programas de saúde públicos, e envolvendo outras entidades que promovem políticas para melhorar a saúde de comunidades em desvantagem³⁷.

6. Proposta de modelo conceitual para a CSDH

O diagrama abaixo adiciona elementos extra à estrutura discutida anteriormente. O modelo ampliado busca resumir visualmente as principais lições da análise precedente e organizar em um modelo único inclusivo as principais categorias de determinantes sociais de saúde; um grupo específico de focos temáticos recomendados à Comissão; e um mapeamento dos níveis das potenciais ações de políticas. Fez-se necessário um gráfico um tanto quanto complexo, pois ele procura representar em forma esquemática uma realidade social e política complexa. Nós "navegaremos através" do diagrama, esclarecendo as ligações entre seus componentes. Esse modelo torna visíveis os conceitos e categorias discutidas neste ensaio. Ela também aponta os determinantes sociais específicos para os quais propomos que a Comissão dirija seu trabalho, e fornece um contexto para compreendermos porque esses determinantes específicos devem ter prioridade. Antes de tratar da questão dos focos temáticos propostos, seria útil se familiarizar com a visão ampliada do modelo. Os assuntos principais são: (a) determinantes estruturais *versus* intermediários; (b) o que significa contexto sócio-político; e (c) níveis nos quais pode-se lidar com as iniquidades na saúde.

Modelo Conceitual para a CSDH
RASCUNHO

Modelo de Determinantes da Equipe de Equidade da Organização Mundial de Saúde³⁸



6.1 Determinantes sociais estruturais e intermediários

Como o anterior, este modelo também identifica os dois principais grupos de determinantes (estruturais e intermediários) e fornece exemplos específicos para cada um. Os determinantes *estruturais* são aqueles que geram estratificação social. Eles incluem fatores tradicionalmente ligados à renda e à educação. Hoje também é vital reconhecer gênero, etnicidade e sexualidade como estratificadores sociais. Um ponto central para nós é o aspecto de coesão social relacionado ao capital social. Os determinantes *intermediários* surgem a partir da configuração da estratificação social subliminar, e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde. Aqui, a literatura reflete as discussões atuais sobre acúmulo de exposição e sobre seleção. Na categoria de determinantes intermediários nós incluímos: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos de população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável. O recolhimento de amostras relevantes da população para análise e tomada de ação sobre os determinantes específicos pode ser feito de várias formas. Introduzimos dois exemplos de grupos selecionados (1) por maior vulnerabilidade (crianças) e (2) por distribuição geográfica (favelados).

O *sistema de saúde* em si também deve ser compreendido como determinante intermediário. O papel do sistema de saúde torna-se particularmente relevante no que toca ao acesso ao sistema, fator que engloba as diferenças de exposição e vulnerabilidade. Isto está firmemente relacionado aos modelos pessoais e não-pessoais de organização e de fornecimento de serviços de saúde. O sistema de saúde pode tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidade, não somente melhorando o acesso aos cuidados médicos, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o status de saúde. Um exemplo disso é a inclusão de suplementação alimentar no sistema de saúde. Um outro aspecto de grande importância é o papel do sistema de saúde na mediação das diferentes

conseqüências da doença sobre a vida das pessoas. O sistema de saúde é capaz de assegurar que os problemas de saúde não levem a uma deterioração extra do status social das pessoas, e de facilitar a reintegração social de pessoas doentes. Exemplos incluem programas para doentes crônicos que apóiam sua reinserção no mercado de trabalho, e modelos de financiamento de saúde apropriados que evitam que as pessoas sejam forçadas à pobreza pelos altos custos de cuidados de saúde.

6.2 Contexto sócio-político

Este modelo difere de outros no que toca à importância atribuída ao *contexto sócio-político*. Este é um termo deliberadamente amplo que se refere ao espectro de fatores na sociedade que não pode ser medido individualmente. O termo *contexto*, portanto, inclui um amplo grupo de aspectos estruturais, culturais e funcionais, cujo impacto sobre os indivíduos dificulta a quantificação, mas que exerce uma influência poderosa de formação de padrões de estratificação social e, portanto, sobre as oportunidades de saúde das pessoas. Dentro do contexto, portanto, são encontrados vários destes mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm as hierarquias sociais, como o mercado de trabalho, o sistema educacional e as instituições políticas.

Os fatores contextuais mais relevantes, ou seja, aqueles que têm um papel maior sobre a geração de desigualdades sociais, podem diferir consideravelmente de um país para o outro³⁹. Por exemplo, em alguns países a religião é um fator decisivo, e em outros, menos. As diferenças de contexto vão contra os enfoques de políticas sobre determinantes sociais de saúde do tipo "tamanho único". Como os mecanismos produtores de estratificação social diferem de acordo com o ambiente, certas intervenções ou políticas poderão ser efetivas em um contexto específico, mas não em outros. Ao mesmo tempo, deve-se considerar o *timing* das intervenções de acordo com os processos locais, assim como, por exemplo, parcerias, disponibilidade de recursos, além da contextualização e compreensão da intervenção e/ou política pelos participantes em nível nacional e local⁴⁰.

A especificidade necessária para uma compreensão apropriada do contexto pode variar de acordo com os determinantes de saúde sobre os quais a pessoa deseja agir. Por exemplo, os elementos contextuais mais relevantes para ações sobre o desenvolvimento na pequena infância serão diferentes dos elementos mais relevantes para os sistemas de globalização ou saúde. Em linhas gerais, a construção / mapeamento do contexto deve incluir ao menos quatro pontos: (1) sistemas políticos e processos, incluindo definição das necessidades, políticas sobre determinantes já existentes, padrões de discriminação, participação da sociedade civil, e responsabilidade / transparência na administração pública; (2) políticas macroeconômicas, incluindo fiscal, monetária, balanços de pagamentos e políticas comerciais; (3) políticas que afetam fatores como distribuição de trabalho, habitação e de terra; (4) políticas públicas em áreas como educação, bem-estar social, serviços médicos, água e esgoto⁴¹.

Para estabelecer objetivos de políticas factíveis, essas considerações gerais devem ser suplementadas com outro elemento de análise contextual mais específico à saúde, ou seja, uma avaliação do valor social estabelecido para a saúde. O valor da saúde e o grau com o qual a saúde é vista como preocupação social coletiva difere muito em contextos regionais e nacionais variados. Nós argumentamos antes, baseados em Roemer e Kleczkowski, que o valor social atribuído à saúde em um país constitui um aspecto importante e frequentemente negligenciado do contexto, sobre o qual as políticas de saúde devem ser planejadas e implementadas⁴². Ao construir uma tipologia de sistemas de saúde, Roemer e Kleczkowski propuseram três áreas de análise que indicam como a saúde é valorizada em uma dada sociedade:

- Até que ponto a saúde é uma prioridade no planejamento governamental / da sociedade, que se reflete pelo nível de recursos nacionais alocados à saúde.
- Até que ponto a sociedade assume a responsabilidade coletiva pelo financiamento e fornecimento de serviços de saúde. No coletivismo máximo (também chamado de modelo baseado no estado), o sistema preocupa-se quase totalmente com o fornecimento de benefícios coletivos, deixando pouca ou nenhuma escolha para o indivíduo. No individualismo máximo, o mau estado de saúde e seus tratamentos são vistos como preocupações de cada indivíduo.
- Até que ponto chega a responsabilidade pela redistribuição societária. Esta é uma medida do grau com que uma sociedade assume responsabilidade sobre a distribuição de seus recursos de saúde. A responsabilidade pela distribuição está em seu máximo quando a sociedade garante acesso igual aos serviços para todos⁴³.

Esses critérios são importantes para as políticas dos sistemas de saúde e para a avaliação do desempenho dos sistemas de avaliação. Eles também são relevantes para avaliar as oportunidades de ação direcionada sobre os determinantes sociais de saúde.

As instituições e processos globais influenciam crescentemente o contexto sócio-político de todos os países, e em muitos casos, restringem a autonomia dos atores nacionais, incluindo os estados. Acordos comerciais globais, o desenvolvimento de novas tecnologias, as atividades de corporações transnacionais e outros fenômenos associados à *globalização* também têm um impacto direto sobre os determinantes de saúde em vários níveis. Isso justifica a inclusão da globalização no modelo, como um fator que atua em vários níveis, com implicações para todos os componentes do modelo.

6.3 Níveis de ações de política sobre os determinantes sociais de saúde

Será crucial para a CSDH identificar o(s) nível (is) no qual ela deseja promover as mudanças, para lidar com os determinantes sociais de saúde através de políticas. O modelo ajuda a situar esses níveis, esclarecer suas relações e sugerir o escopo e limites das ações de políticas em cada área. A distinção básica crucial existe entre as políticas que buscam tratar os determinantes estruturais, ou seja, alterar a configuração da estratificação social existente, e as políticas e intervenções direcionadas aos determinantes intermediários de saúde.

Com base em Diderichsen et al., a tipologia ou o mapeamento dos pontos de entrada de ações de políticas sobre os determinantes sociais de saúde identifica as seguintes opções principais, itens que figuram em caixas mais escuras no modelo: **estratificação social; diferencial de exposição / diferencial de vulnerabilidade; e diferencial das conseqüências**. A primeira é a opção de alteração da **estratificação social** em si, reduzindo-se as "desigualdades de poder, prestígio, renda e riqueza ligadas às posições sócio-econômicas diferentes"⁴⁴. Por exemplo, as políticas que têm com objetivo diminuir as disparidades entre os gêneros influenciam a posição das mulheres em relação à dos homens. Neste caso pode-se esperar a necessidade de avaliar o impacto das políticas sociais e econômicas para mitigar seus efeitos sobre a estratificação social. Mais à direita do modelo, vê-se outros níveis onde as políticas podem atuar: diminuindo o **diferencial de exposição** a fatores que danificam a saúde; diminuindo a **vulnerabilidade** das pessoas em desvantagem das condições que danificam a saúde que enfrentam; e intervindo no sistema de saúde para reduzir o **diferencial das conseqüências** do mau estado de saúde. As políticas escolhidas devem fornecer evidências para o grupo de intervenções (tanto sobre doenças quanto sobre o ambiente social como um todo) que reduzirão a possibilidade de conseqüências desiguais do mau estado de saúde. Por exemplo, recursos adicionais destinados à reabilitação podem se realocados para reduzir as conseqüências sociais das doenças. Um componente crítico neste nível é o financiamento igualitário da saúde pública. Ele

envolve a proteção do empobrecimento que surge a partir de doenças catastróficas, assim como a compreensão das conseqüências de vários mecanismos de financiamento públicos e privados, e de seu uso pelas populações em desvantagem. Esses assuntos serão explorados mais profundamente em uma seção subsequente deste ensaio, sobre modelos de intervenção e desenvolvimento de políticas para ações sobre os determinantes sociais de saúde.

6.4. Seleção de temas específicos para a CSDH

É claro que a CSDH não pode esperar tratar de toda a gama de determinantes sociais ilustrada no modelo acima. Deve-se fazer escolhas razoáveis sobre os tópicos abordados pela Comissão, dentre as atividades de construção do conhecimento, recomendações de políticas e atividades de promoção e divulgação. A seleção de temas não é rigidamente fixa. Ainda assim, um grupo de propostas foi desenvolvido nos últimos meses, numa pesquisa feita pelo Secretariado e pela Presidência, consultas com especialistas dentro e fora da Organização Mundial de Saúde, e discussões iniciais entre os comissários, em sua primeira reunião em Santiago. A seção a seguir reflete o pensamento que levou a uma série de recomendações específicas sobre temas prioritários para a CSDH. Os membros da Comissão estão convidados a tecer considerações sobre esses assuntos e a elaborar uma lista de temas para a Rede de Conhecimento da Comissão, ensaios e outros produtos e atividades.

Alguns pontos preliminares merecem nossa atenção. Em primeiro lugar, é claro que para a maioria dos principais determinantes sociais de saúde (se não todos), não existem dados precisos sobre a morbidez e a mortalidade diretamente associada a esses fatores. Isso significa que ainda não é possível graduar esses determinantes sociais de saúde de acordo com a influência sobre a doença (e isso poderá nunca ser factível). Uma pergunta à parte seria se esta gradação seria ou não *desejável*, mas não entraremos nesta discussão aqui. Assim, a avaliação da importância relativa de determinantes sociais de saúde específicos deve inevitavelmente ser desenvolvida na ausência de dados quantitativos abrangentes; todas essas avaliações envolvem um aspecto mais ou menos abertamente "político".

A seleção das áreas recomendadas para o trabalho da Comissão foi fortemente moldada por uma preocupação com o tratamento de áreas "órfãs", ou seja, áreas importantes e relativamente negligenciadas pelas pesquisas anteriores, e portanto, insuficientemente tratadas nas intervenções. A base de dados de intervenções sobre os determinantes de saúde não é grande⁴⁵. Ainda assim, a literatura disponível oferece uma revelação importante: nem todos os grandes determinantes foram alvo de intervenções. Os fatores sociais foram particularmente negligenciados pelas intervenções cujo alvo é a redução de iniquidades. As intervenções têm mais freqüentemente o objetivo de garantir o acesso ao sistema de saúde e de agir sobre fatores de risco comportamentais. Tratando-se do acesso ao sistema de saúde, a maioria das políticas se preocupa com o financiamento. Uma proporção bastante grande de intervenções tem como alvo os determinantes que figuram dentre os cuidados preventivos regulares, incluindo fatores comportamentais (por exemplo, promoção de saúde e a educação). Menos intervenções almejam o tratamento de determinantes que não estão sob responsabilidade direta do sistema de saúde ou de organizações de saúde pública, como, por exemplo, aqueles que afetam o ambiente social. Em geral, quanto menor o número de determinantes tratados em um tipo particular de intervenção, mais freqüentemente este tipo de intervenção será usada⁴⁶. Ou seja, as pessoas têm uma tendência compreensível às coisas simples, mas os modelos simples nem sempre levam a resultados satisfatórios.

As intervenções e políticas sobre os determinantes estruturais de saúde constituem áreas órfãs no campo dos determinantes. Há mais trabalhos feitos sobre os determinantes intermediários (vulnerabilidade e exposição decrescentes), mas as intervenções neste nível freqüentemente têm como alvo somente um determinante, que não possui relação com outros fatores intermediários ou com fatores estruturais mais profundos. As intervenções do sistema de saúde geralmente têm sido limitadas a assuntos relacionados com o acesso ao sistema, e, além disso, há um foco maior sobre o componente financeiro e atividades educacionais para a promoção de mudanças de comportamento saudável. As intervenções nem sempre têm escopo amplo o suficiente para lidar seriamente com as barreiras sociais aos comportamentos saudáveis. A CSDH pode assegurar um valor agregado genuíno ao campo dos determinantes ao direcionar pesquisas e apoio a essas áreas negligenciadas.

Os seguintes aspectos foram incluídos no desenvolvimento de uma lista proposta de focos para a Comissão:

- Temas que têm impacto sobre os gradientes de iniquidades de saúde, ou seja, áreas fortemente relacionadas à construção e manutenção da estratificação social.
- Temas que incorporam uma perspectiva para todo decorrer da vida (dado o impacto poderoso desses fatores sobre as iniquidades de saúde), vinculados à possibilidade de tratar de grupos geralmente expostos a alta vulnerabilidade, com um enfoque ao longo de todo o decorrer da vida.
- Temas especialmente próximos ao sistema de saúde e, portanto, às responsabilidades e oportunidades do setor de saúde de lidar com as iniquidades de saúde. Todos os temas selecionados devem refletir as áreas nas quais o setor de saúde pode realisticamente esperar exercer influência, favorecendo, assim, a implementação de intervenções sobre os determinantes sociais de saúde, e evoluindo em direção a políticas mais amplamente orientadas para a equidade.
- Temas que refletem problemas de saúde de rápido crescimento, predominantes em países em desenvolvimento.
- Temas que refletem preocupações fortes em *todos* os países, implicando em conseqüências tanto para países desenvolvidos como para aqueles em desenvolvimento.
- Temas que engajariam ou mobilizariam grupos com alto risco de exposição e vulnerabilidade a preocupar-se com os determinantes sociais de desigualdades na saúde.
- Temas já amplamente reconhecidos como determinantes sociais de saúde importantes, para que desde o início o trabalho da Comissão possa focalizar-se não somente em tentar convencer os parceiros da relevância do tema, mas também na busca e na promoção de intervenções efetivas e políticas que tratem os problemas.

No item que se segue, exploramos em detalhe as bases para a seleção de cada um dos temas recomendados, buscando obedecer os critérios gerais acima mencionados.

6.4.1 Foco em áreas que causam impacto direto sobre os gradientes de saúde: exclusão social e de gênero.

Parte do valor agregado da CSDH será o apoio aos países, não somente para lidarem com os determinantes intermediários, mas também para implementarem opções de políticas mais ambiciosas, para explorar mais profundamente as fontes estruturais das disparidades na saúde. A

exclusão social e de gênero foi identificada como um determinante estrutural chave. Ela aponta para as forças sociais que modelam diretamente as iniquidades de saúde. Sendo assim, elas são de central relevância para a Comissão. Ao mesmo tempo, a exclusão social e de gênero constitui um determinante estrutural sobre o qual o sistema de saúde pode de fato intervir (direta ou indiretamente) e que pode ser incorporado à programação do setor de saúde, incluindo o fornecimento de serviços clínicos de saúde, mas não se limitando a eles.

Na perspectiva de gênero, dois determinantes sociais de saúde são cruciais: (1) os impactos múltiplos da divisão sexual de trabalho; e (2) o acesso diferenciado por gênero aos recursos que permitem o pagamento direto de serviços médicos ou à participação em contratos de seguro públicos ou privados. Ambos os aspectos são importantes para análise de gênero e da equidade na saúde.

A exclusão social é um grande fator condutor das iniquidades na saúde e está fortemente ligada a vários outros determinantes sociais de saúde, assim como ao capital social. O conceito de capital social tem tido crescente relevância para a explicação de padrões de desigualdades na saúde em comunidades. Ele também informa as opções de políticas e intervenções que têm como alvo a redução de desigualdades de saúde, particularmente através do esforço e do investimento para construir capital social, de maneira que possam gerar benefícios de saúde em comunidades em desvantagem social. Em um sentido mais amplo, os formuladores de políticas vêem o potencial do capital social para a geração de resultados econômicos, sociais e de saúde como uma razão para considerar pré-requisitos o trabalho com comunidades e a construção do capital social, ao lidarem com privações e desigualdades⁴⁷. A coesão social e o engajamento da comunidade, portanto, tornam-se centrais para a transformação de políticas em práticas. Uma quantidade crescente de trabalhos empíricos testa a relação entre a saúde e a medição do capital social. Ao mesmo tempo, embora os efeitos positivos do capital social sobre a saúde tenham sido identificados, muitas questões ainda estão para ser tratadas. Estudos específicos sobre as intervenções poderão fornecer avanços que permitirão testes mais precisos sobre os benefícios de saúde advindos de elementos específicos do capital social⁴⁸.

6.4.2 Incluindo uma perspectiva para toda a vida: desenvolvimento na pequena infância

Alguns estudos mostram que a principal explicação para a persistência e a piora das desigualdades é a forma com que a saúde (tanto boa quanto má) é transmitida de geração a geração através de processos econômicos, sociais e de desenvolvimento, e que as vantagens ou desvantagens são reforçadas na vida adulta. O enfoque no decorrer da vida focaliza elementos diferentes da experiência da saúde, desde o momento da concepção, passando pela infância e a adolescência, até a idade adulta e velhice. O modelo do decorrer da vida descreve os caminhos que causam as desigualdades na saúde e suas conexões a vários fatores sociais e econômicos, assim como estudos sobre o desenvolvimento na infância. Ele revela pontos críticos na transição entre a infância e a idade adulta, quando um indivíduo pode tender a vantagens ou desvantagens na saúde. Esse enfoque mostra que as políticas mais comuns de saúde, educação e de bem-estar social nem sempre fornecem proteção suficiente para as pessoas em pontos cruciais de mudança. Os padrões não são uniformes, e variam de acordo com a classe social, mas também de acordo com a etnicidade. As circunstâncias sociais influenciam a saúde em todas as etapas da vida, mas têm um efeito particularmente forte *in utero*, na pequena infância e na infância. Para muitas pessoas, os padrões de

desenvolvimento cognitivos, físicos e/ou emocionais são efetivamente fixados na infância, com efeitos benéficos ou prejudiciais subsequentes sobre a saúde.

Tais revelações sugerem que, para desenvolver estratégias robustas para a promoção da equidade na saúde através de políticas sobre determinantes sociais, a CSDH precisa de um foco específico sobre o desenvolvimento na pequena infância. Os pesquisadores identificaram três rotas principais para a transmissão de vantagens e desvantagens através das condições e experiências da pequena infância: (1) circunstâncias sociais de infância pobre predizem circunstâncias pobres na idade adulta; (2) as circunstâncias sociais de infância pobre causam saúde pobre na infância; e (3) as circunstâncias de pobreza em idade adulta determinam um estado de saúde pobre em idade adulta. Para fins de estudo, ao focalizarmos somente o primeiro destes caminhos de transmissão, poderemos observar várias relações entre circunstâncias de pobreza na infância e circunstâncias de pobreza na idade adulta. Por exemplo, a educação ainda é o principal caminho para sair da posição de desvantagem, mas as crianças mais pobres têm um desempenho educacional menor que as crianças em posição melhor. As crianças que não permanecem no sistema educacional, ou que não encontram trabalho ou treinamento aos 18 anos, são um grupo em particular alto risco. As crianças de criação mais pobre muito mais provavelmente entrarão em conflitos com a polícia, serão excluídas da escola, e se tornarão pais na adolescência, e todos esses fatores tornam mais difícil subir na hierarquia social. Enquanto isso, os analistas questionam se algumas políticas atuais de educação, bem-estar social, emprego, crime e saúde estão ajudando a solucionar esses problemas, ou se são em si parte das causas^{49 50}. A Comissão pode trazer uma contribuição importante nesta interseção chave entre as ciências da saúde, a elaboração de políticas e os valores sociais.

6.4.3 Foco em áreas em fortemente ligadas aos sistemas de saúde.

Como discutido previamente, os vários modelos que tentam explicar o funcionamento e impacto dos determinantes de saúde não explicam o papel do sistema de saúde como determinante social suficientemente. Em algumas instâncias, a relevância do sistema de saúde tem sido limitada a seu papel de fornecimento (ou de recusa) do acesso a serviços preventivos ou curativos a grupos vulneráveis e expostos, particularmente no que toca a barreiras financeiras. Por outro lado, as ações intersetoriais na saúde têm sido *esporadicamente* promovidas como um grande eixo de políticas de saúde, com ênfase maior ou menor e vários graus de sucesso⁵¹.

Em linhas gerais, a orientação das políticas dos sistemas de saúde raramente incluiu intervenções sobre os determinantes sociais de saúde. Existem várias evidências do impacto dramático e da limitação substancial que os determinantes sociais de saúde exercem sobre os grupos vulneráveis; e no entanto, as ações diretas e independentes realizadas pelo sistema de saúde sobre os determinantes sociais de saúde são limitadas. Portanto, o que os sistemas de saúde devem fazer – em especial, sobre os determinantes sociais de saúde e as desigualdades na saúde? Há poucas diretrizes disponíveis atualmente. Esta falha de conhecimento e liderança representa um espaço para uma contribuição significativa da Comissão.

Mesmo quando o sistema de saúde não é considerado em si um determinante direto de desigualdades na saúde, ele influencia a movimentação das pessoas entre os estratos sociais. Benzeval, Judge e Whitehead argumentam que o sistema de saúde tem três obrigações na confrontação das iniquidades: (1) assegurar que os recursos sejam distribuídos entre as áreas em proporção às suas relativas necessidades; (2) responder adequadamente às necessidades de serviços de saúde de diferentes grupos sociais; e (3) tomar a liderança no encorajamento de um enfoque

maior e mais estratégico de desenvolvimento de políticas de saúde pública em níveis locais e nacionais, para promover a equidade na saúde e fazer justiça social⁵². Ao optar por ser um elo central com os sistemas de saúde, a CSDH também irá sublinhar o papel central dos sistemas de saúde junto aos outros setores sociais, para prevenir as conseqüências sociais negativas da má saúde. Ela irá realçar e reforçar a capacidade do setor de saúde de estabelecer objetivos para promover a equidade na saúde, incluindo ações sobre determinantes sociais de saúde na programação de outros setores governamentais.

A partir deste ponto de vista, dois temas estratégicos são definidos. O primeiro, sobre as condições prioritárias de saúde pública, trata principalmente da integração das políticas sobre determinantes sociais de saúde em programas tradicionalmente definidos de saúde, como aqueles direcionados a moléstias específicas. Isso incluirá aspectos como acesso igualitário ao provimento de serviços (promocionais, preventivos e curativos) para problemas de saúde diferentes. Além disso, um foco nos sistemas de saúde em si é recomendado, com um trabalho envolvendo ações entre vários setores da sociedade, a promoção de acesso igualitário em nível de sistemas (incluindo financiamento e organização de serviços), e ações indiretas de saúde que afetam os determinantes sociais de saúde.

6.4.4 Foco na vulnerabilidade e na alta exposição: condições de trabalho.

A produção humana é a base para tanto o bem-estar social como para a saúde. Quando existe uma comparação entre as nações, há uma relação clara entre o produto interno bruto (PIB), os salários, os padrões de vida e a expectativa média de vida, mas também notáveis diferenças entre a expectativa média de vida e de saúde entre os estratos sócio-econômicos e entre os grupos ocupacionais dentro dessas nações.

As diferenças entre as condições de vida e o status da saúde relacionado ao trabalho têm sido relatadas por séculos. O impulso pela melhoria tem vindo freqüentemente das horríveis condições de trabalho, especialmente dos trabalhadores manuais, que provavelmente tiveram uma educação falha e têm baixa renda. Mesmo quando a saúde dos trabalhadores manuais melhora, as desigualdades na saúde não necessariamente diminuem, já que os grupos ocupacionais com uma educação melhor também se beneficiam das melhorias do sistema, e de maiores recursos econômicos. Os principais focos de melhoramento na saúde relacionados ao trabalho são a consciência do aspecto de saúde no planejamento do trabalho e da produção; a erradicação e controle de perigos conhecidos; e a melhoria do ambiente de trabalho. No entanto, mesmo quando esses perigos ocupacionais "clássicos" são corrigidos, existem desigualdades na saúde entre posições mais altas e mais baixas na força de trabalho que apontam o potencial para maiores melhorias.

O Trabalho é o critério mais importante de estratificação social em sociedades avançadas e é a base da categorização dos grupos sócio-econômicos. A aprovação social depende largamente de um tipo de trabalho, de treinamento profissional e do um nível de realização ocupacional. Além disso, o tipo e qualidade de ocupação, e, em especial, o grau de autodirecionamento no trabalho, influencia fortemente as atitudes pessoais e os padrões de comportamento em áreas que não estão diretamente relacionadas ao trabalho, como lazer, vida em família, estilo de vida, educação e atividade política. Pesquisas realizadas nas últimas duas décadas demonstram a importância do local e do conteúdo do trabalho e seus efeitos sobre as doenças coronarianas, a saúde mental e desordens músculo-esqueléticas, mais muitos locais de trabalho ainda oferecem riscos à segurança e exposições inaceitáveis^{53 54}. Por outro lado, o desemprego ou a mudança de status profissional tem sido ligado à saúde.

Para a CSDH, as condições de trabalho devem incluir tanto os fatores internos (local de trabalho) como fatores externos (contexto social, econômico, modelo de poder e legal) relacionados ao trabalho. As evidências sobre os efeitos dos fatores internos sobre a saúde incluem: estresse psicológico; riscos físicos e ergonômicos; exposição a químicos tóxicos; e condições de trabalho como renda, segurança no trabalho, flexibilidade nas horas de trabalho, controle das tarefas, e migração no trabalho. As evidências de contextos em países variados e subgrupos populacionais vulneráveis, como imigrantes e trabalhadores infantis, serão examinadas. A baixa auto-estima devido à insegurança no trabalho e às escolhas de estilo de vida associadas com o tipo de trabalho também serão consideradas. A efetividade de medidas de controle administrativas e de engenharia, políticas de emprego e de relações industriais, e modelos legais de segurança do trabalhador — fatores externos que buscam mitigar os efeitos dos fatores internos — serão mapeados e analisados. Haverá um esforço concentrado para examinar os programas para incluir associações de trabalhadores e sindicatos no desenvolvimento de intervenções e políticas.

6.4.5 Foco nos problemas de crescimento rápido: assentamentos urbanos.

Parte da oportunidade da Comissão para agregar valor envolve a discussão de temas cujo impacto global sobre a saúde está destinado a crescer rapidamente nos próximos anos, e que não foi registrado suficientemente dentro da comunidade de saúde. O tema de assentamentos urbanos, e em particular, os desafios da saúde de favelados, constitui um desafio crescente e vasto para os países em desenvolvimento. As intervenções nessa área implicam na integração de ações que tratam simultaneamente uma variedade de determinantes de saúde.

As favelas urbanas têm como característica serem assentamentos não-planejados informais, onde o acesso aos serviços é mínimo ou simplesmente, não existe, e onde a norma é a superpopulação. Nos últimos dez anos, houve um aumento dramático dos números de favelados em todo o mundo. O desenvolvimento urbano tem sido visto historicamente tanto como causa quanto como solução para as desigualdades sociais na saúde. No entanto, os graus de diferenças ambientais e individuais ocorrem em todos os lugares das áreas urbanas, e são resistentes às mudanças. Os ambientes urbanos são fortemente influenciados pelo grau e tipo de industrialização, pela qualidade da habitação, pelo acesso aos espaços verdes e pelo transporte, uma preocupação crescente⁵⁵. A melhoria das favelas inclui: melhora física das casas, da água e esgoto, da infra-estrutura e do ambiente; melhoria social através da educação; programas de redução da violência; melhor acesso a serviços de saúde; melhoria da governância através de processos de participação; liderança das comunidades e passagem de poder à sociedade civil através da transmissão de informações e de conhecimento.

6.4.6 Globalização.

A globalização pode ser considerada um macro-determinante social. Como demonstrado no modelo, os processos globais exercem um impacto poderoso em todos os níveis da produção social de saúde: sobre a evolução dos contextos sócio-políticos nos países, sobre a estratificação, e sobre a configuração de vários determinantes específicos (por exemplo, condições de trabalho ou disponibilidade de alimento). Dentre os aspectos mais relevantes da globalização para o trabalho da CSDH há: acesso ao mercado, barreiras comerciais e liberalização, integração da produção de bens, comercialização e privatização de serviços públicos, e padrões de consumo e de estilo de vida.

Embora nos últimos anos haja uma rápida expansão do interesse sobre a globalização e a saúde, várias questões importantes permanecem inexploradas⁵⁶. Ao enquadrar os processos globais como macro-determinantes de saúde e de equidade na saúde, e controlar evidências apropriadamente, a CSDH pode lançar uma nova luz e abrir novas perspectivas. Acima de tudo, faz-se necessário identificar e avaliar as opções de políticas através das quais os que elaboram as políticas nacionais poderão responder aos desafios colocados pela globalização, e capitalizar suas oportunidades. É necessário identificar e caracterizar o grau do impacto negativo e positivo da globalização sobre a saúde em casos específicos, não somente para esclarecer processos causais, mas também para contribuir para a avaliação do impacto das intervenções e das políticas sobre outros determinantes sociais de saúde. Nós temos interesse na maneira com que os processos globais modelaram os contextos sócio-políticos dos países, e também na maneira com que várias modalidades e tendências associadas com a globalização causaram um impacto sobre a capacidade dos países de intervir com sucesso sobre os determinantes sociais de saúde. Ao mesmo tempo, a necessidade de um novo modelo moral para a globalização tem sido subestimada pelos atuais atores e analistas, incluindo a Comissão Mundial para a Dimensão Social da Globalização, patrocinada pela ILO: "A governância da globalização deve se basear em valores compartilhados mundialmente e no respeito pelos direitos humanos. A globalização desenvolveu-se em um vácuo ético, onde os sucessos e falhas do mercado tenderam a tornar-se padrão máximo de comportamento, e onde a atitude de "tirar vantagem" enfraquece a ligação entre as comunidades e sociedades"⁵⁷. Ao utilizar o modelo de equidade na saúde, a CSDH identificará as políticas que poderão ajudar uma distribuição mais igualitária dos benefícios da globalização, e uma proporção mais justa das oportunidades de florescimento humano.

7. Modelos de intervenção e de desenvolvimento de políticas para agir sobre os determinantes sociais de saúde

A CSDH consolidará as evidências em torno de seus focos temáticos, não somente para reforçar a base científica de conhecimento, mas acima de tudo, para catalisar as ações. As ações nesse contexto significam primordialmente políticas públicas e intervenções para lidar com as iniquidades na saúde via determinantes sociais de saúde. Para guiar a política de desenvolvimento, o modelo apresentado acima – que mostra os níveis dos determinantes sociais de saúde e seus caminhos de influência causal – deve ser combinado com um mapeamento das estruturas políticas, oportunidades e processos. Em outras palavras, uma "imagem" científica do impacto diferenciado dos determinantes sociais sobre a saúde deve ser cruzada com a estrutura política. O resultado será um modelo abrangente que poderá localizar as fontes reais dos problemas de saúde em nível social (diagnose precisa) e ajudar a identificar as soluções politicamente factíveis (prescrição efetiva).

Ao pesquisarmos a literatura existente, identificamos modelos particularmente sugestivos de intervenção e desenvolvimento de políticas sobre os determinantes sociais de saúde. A seguir, analisaremos essas três propostas. Enquanto isso, será útil lembrar a distinção existente entre *intervenções* específicas (por exemplo, um programa inovador de educação na saúde, ou uma mudança organizacional em um programa de triagem) e *políticas* mais amplas (por exemplo, mudanças na distribuição da renda ou alocação de recursos do sistema de saúde).

7.1. O modelo de Stronks

Este modelo foi proposto no contexto do Programa Holandês Nacional de Pesquisa sobre as desigualdades na saúde⁵⁸. O relatório do programa destaca três fases de análise para a implementação das intervenções e políticas sobre os determinantes sociais de saúde:

A **Primeira fase** envolve o preenchimento do pano de fundo social sobre as desigualdades na saúde no país ou no contexto sócio-econômico específico. O impacto de cada determinante social de saúde varia em um dado país de acordo com os diversos contextos sócio-econômicos. Quatro áreas de intervenção são identificadas:

- A primeira e mais fundamental opção é a redução das desigualdades na distribuição dos fatores sócio-econômicos, ou dos *determinantes estruturais*, como renda e educação. Um exemplo seria a redução da prevalência da pobreza nos grupos sócio-econômicos inferiores.
- A Segunda opção está relacionada aos *determinantes intermediários* que mediam os efeitos da posição sócio-econômica sobre a saúde, como o hábito do fumo e as condições de trabalho. As intervenções nesse nível buscam mudar a distribuição destes determinantes intermediários específicos através dos grupos sócio-econômicos, como, por exemplo, reduzir o número de fumantes em grupos sócio-econômicos inferiores, ou melhorar as condições de trabalho das pessoas com um trabalho de status mais baixo.
- Uma terceira opção trata o *efeito inverso do status da saúde sobre a posição sócio-econômica*. Se o mau estado de saúde leva a uma piora da posição sócio-econômica das pessoas, as desigualdades na saúde podem ser parcialmente diminuídas ao evitar que as pessoas doentes passem por uma perda de renda, como, por exemplo, se houver perda de emprego. Um exemplo seria a estratégia de manter pessoas com doenças crônicas dentro da força de trabalho.
- A Quarta opção de política concerne ao acesso ao *sistema de saúde curativo*. Ele se torna relevante somente após as pessoas adoecerem. Pode-se oferecer um sistema mais abrangente de saúde ou um outro tipo de sistema a pessoas em posição sócio-econômica inferior, para alcançar os mesmos efeitos daqueles entre as pessoas em posições sócio-econômicas melhores.

A **segunda fase** da análise trata da efetividade. Uma vez identificadas as possíveis estratégias para lidar com as desigualdades na saúde, é preciso formar uma idéia sobre a efetividade dessas estratégias. Há claramente uma falta de evidências da efetividade das intervenções na redução das desigualdades na saúde. Os estudos mostram que muitas intervenções foram realizadas, incluindo a promoção da saúde e as medidas dentro do setor de serviços de saúde. No entanto, somente algumas tiveram avaliado seu efeito sobre o tamanho das iniquidades sócio-econômicas na saúde⁵⁹.

A **fase três** observa a factibilidade política. A seguinte questão é tratada: é possível implementar uma dada intervenção nas práticas diárias? Elas podem ser incrementadas para constituir políticas realistas? Fatores favorecedores, oportunidades e barreiras potenciais a uma política, ou intervenções específicas devem ser claramente identificadas: os exemplos incluem restrições legais, normas e valores, barreiras financeiras, etc. Um certa intervenção julgada bem sucedida em um país poderá não se encaixar com as normas de outros países, a tal ponto que sua implementação poderá não alcançar os efeitos positivos pretendidos.

7.2 Modelo de M. Whitehead e G. Dahlgren

O modelo proposto por Whitehead e Dahlgren indica quatro níveis inter-relacionados nos quais as políticas podem ser tratadas: fortalecimento dos indivíduos; fortalecimento das comunidades; melhoria do acesso a locais e serviços essenciais; encorajamento macro-econômico e mudanças culturais⁶⁰.

- O primeiro nível é o fortalecimento dos indivíduos. Aqui, as respostas às políticas procuram apoiar os indivíduos em circunstâncias desfavoráveis, usando estratégias baseadas em pessoas. Essas políticas adotam a premissa de que ao construir o conhecimento de uma pessoa, a motivação, a competência e as habilidades permitem alterar seu comportamento em relação aos fatores de risco pessoais, ou lidar melhor com os estresses e desgastes causados por danos externos à saúde, advindos de outras camadas de influência. Alguns exemplos incluem educar pessoas que trabalham em condições monótonas a lidar com o estresse; aconselhar pessoas que se tornam desempregadas para ajudar a prevenir o declínio da saúde mental associado; e clínicas para parar de fumar para mulheres de baixa renda. O efeito potencial dessas políticas é mais indireto: por exemplo, os serviços de aconselhamento para pessoas desempregadas não reduzirão a taxa de desemprego, mas poderão melhorar os piores efeitos do desemprego sobre a saúde, e prevenir maiores danos.
- O segundo nível é fortalecer as comunidades. Ele tem como foco a união das comunidades em desvantagem para obter apoio mútuo. Ao fazê-lo, ele busca fortalecer a defesa da comunidade inteira contra os danos na saúde. As estratégias de desenvolvimento da comunidade reconhecem a força interna que as famílias, amigos, organizações voluntárias e comunidades podem ter, mais além e acima da capacidade de indivíduos trabalhando isoladamente. Essas políticas reconhecem a importância da coesão social para a sociedade, assim como a necessidade de criação de condições em locais carentes para que as dinâmicas das comunidades funcionem.
- O terceiro nível de política focaliza a melhoria do acesso aos locais e serviços essenciais. Essas políticas lidam com as condições físicas e psico-sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, assegurando um melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, emprego seguro e realizador, alimentos saudáveis e nutritivos, serviços essenciais de saúde, serviços educacionais e bem-estar, quando necessário. Essas políticas são normalmente responsabilidade de setores distintos, que freqüentemente operam de maneira independente uns dos outros, mas têm o potencial de cooperação. Neste ponto, faz-se necessário um programa ou ação integrada.
- O quarto nível de políticas almeja o encorajamento de mudanças macroeconômicas ou culturais para reduzir a pobreza, e os efeitos mais amplos das desigualdades sobre a sociedade. Dentre elas, estão as políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, o encorajamento dos valores culturais e a promoção de oportunidades iguais e de controle de ameaças ao ambiente em nível nacional e internacional.

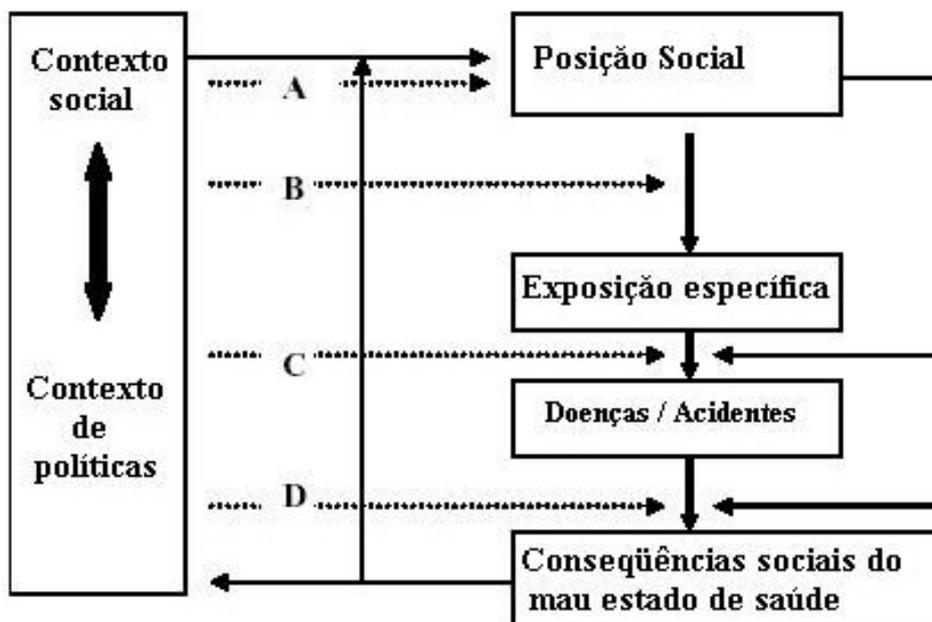
7.3 Modelo de Diderichsen et al.

Como mencionados acima (seção 5.2), o modelo de Diderichsen identifica quatro pontos ou níveis de ação para as intervenções e políticas: as que influenciam a estratificação social; as que diminuem o diferencial de exposição a fatores que prejudicam a saúde; as que diminuem a vulnerabilidade; e as que previnem conseqüências desiguais do mau estado de saúde que podem aprofundar as iniquidades sociais.

- Diminuição da própria **estratificação social**. Geralmente a estratificação social é vista como uma responsabilidade de outros setores de políticas, e não é considerada central para as políticas de saúde. No entanto, Diderichsen e seus colegas alegam que o tratamento da estratificação é na realidade "a área mais crítica para a diminuição de disparidades na saúde". Eles propõem dois tipos gerais de políticas neste ponto: em primeiro lugar, a promoção de políticas que diminuem as desigualdades sociais, como, por exemplo, o mercado de trabalho, a educação, e as políticas de bem-estar para a família; e em segundo lugar, uma avaliação sistemática do impacto das

políticas sociais e econômicas, para mitigar seus efeitos sobre a estratificação social. Na figura abaixo, esse enfoque é representado pela **linha A**.

- Diminuição da **exposição específica**, sofrida por pessoas em posição de desvantagem, a fatores que prejudicam a saúde. Os autores alegam que a maioria das políticas de saúde não diferencia as estratégias de redução de riscos ou de exposição entre as diversas posições sociais. Um exemplo disto são esforços antigos para combater o vício do tabaco. Hoje, há mais experiência, e políticas de saúde que buscam combater as desigualdades na saúde que afetam especificamente a exposição de pessoas em posição de desvantagem, incluindo aspectos como mau estado da habitação, condições de trabalho perigosas e deficiências nutricionais. Na figura, essa visão é representada na **linha B**.
- Diminuição da **vulnerabilidade** das pessoas em desvantagem a condições que prejudicam a sua saúde. Uma forma alternativa de encarar a modificação do efeito da exposição é através do conceito de diferencial de vulnerabilidade. As intervenções sobre um tipo único de exposição poderão não ter qualquer efeito sobre a vulnerabilidade da população em desvantagem. A redução da vulnerabilidade pode ser alcançada somente com a redução de várias exposições que interagem, ou com a melhoria significativa das condições sociais. Um exemplo é o fornecimento de benefícios da educação para mulheres, como um dos principais meios de mediação do diferencial de vulnerabilidade das mulheres. Esse ponto é demonstrado na **linha C**.
- Intervenções no sistema de saúde para reduzir **as conseqüências desiguais do mau estado de saúde** e prevenir uma degradação sócio-econômica maior entre as pessoas em desvantagem que adoecem. Alguns exemplos incluem cuidados adicionais e apoio a pacientes em desvantagem; recursos adicionais para os programas de reabilitação para reduzir os efeitos das doenças sobre o potencial salarial das pessoas; e financiamento igualitário da atenção à saúde. Esse ponto aparece na figura na **linha D**.



7.4. Síntese: princípios-chave das políticas

Os modelos de intervenções que acabamos de examinar devem ser observados à luz de nossa discussão anterior sobre desvantagens na saúde, disparidades e gradientes (seção 4). A partir de Graham, discutimos que a melhoria da saúde em grupos pobres e o estreitamento das disparidades na saúde são objetivos necessários, mas não suficientes. O comprometimento com a equidade na saúde requer, em última instância, uma visão dos gradientes de saúde. O modelo baseado em gradientes localiza a causa das desigualdades na saúde, não somente em circunstâncias de desvantagem e em comportamentos prejudiciais à saúde de grupos mais pobres, mas também as diferenças sistemáticas das oportunidades na vida, dos padrões de vida e dos estilos de vida associados com as posições desiguais das pessoas na hierarquia sócio-econômica⁶¹. Enquanto as intervenções direcionadas àqueles em maior desvantagem podem atrair os elaboradores de políticas devido aos custos ou a outras razões, um efeito não intencional das intervenções focalizadas pode ser a legitimização da pobreza, tornando-a mais tolerável aos indivíduos e um peso menor para a sociedade^{62, 63, 64}. Os programas de saúde (incluindo programas sobre determinantes sociais de saúde) focalizados nos pobres têm um papel construtivo ao responder ao sofrimento humano agudo. No entanto, o apelo a essas estratégias não deve obscurecer a necessidade de tratar as desigualdades sociais que afinal são as que criam as iniquidades de saúde⁶⁵.

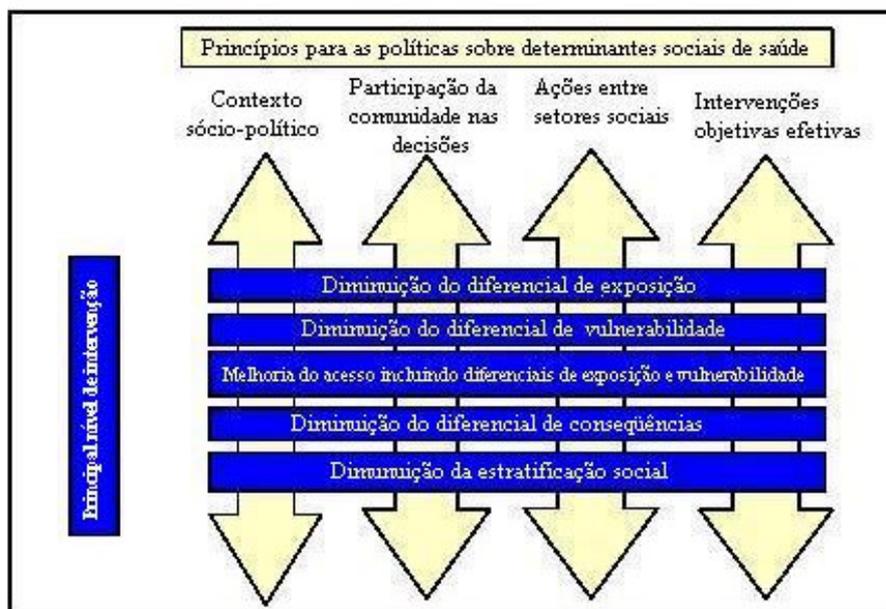
A equidade na saúde não se refere somente a bons ou maus resultados de saúde. Ela trata principalmente de *oportunidades* na saúde. Essas oportunidades devem ser consideradas na elaboração das intervenções e políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Isso significa perguntar quais intervenções e políticas promovem as oportunidades de saúde mais efetivamente. As oportunidades de saúde são mais bem promovidas ao focalizarmos a ação nos grupos que têm sua condição de saúde mais severamente afetada? Onde este tipo de enfoque deixa os grupos que não estão entre aqueles mais severamente afetados, mas também são vulneráveis em termos de oportunidades de saúde? Em médio prazo, esses grupos vulneráveis começarão a reproduzir os resultados de saúde vistos hoje nos grupos com os piores resultados. Entre os grupos que sofrem vulnerabilidade em termos de oportunidades de saúde, encontramos somente pessoas com renda muito baixa, mulheres ou pessoas com certas origens étnicas ou religiosas? O padrão social das oportunidades de saúde é extremamente complexo. Essa é a razão pela qual os gradientes de iniquidades nos determinantes sociais de saúde não podem ser excluídos, quando os governos estabelecem objetivos e implementam programas. A inclusão dos gradientes como uma área explícita de ações de políticas pode assegurar que intervenções e políticas tenham um impacto sobre as oportunidades de saúde.

Intervenções específicas são selecionadas e desenhadas de acordo com modelos de políticas mais abrangentes. Assim, além de identificar os potenciais níveis de intervenção sobre os determinantes sociais de saúde, especialmente a partir de Diderichsen et al., acreditamos que seja necessário especificar os princípios das políticas dentro dos quais as intervenções são implementadas. Os princípios ou modalidades ressaltadas envolvem: a intervenção e a modelagem do contexto sócio-político, o desenvolvimento de políticas desde o ponto de vista da comunidade, com a participação da mesma nas tomadas de decisão; desenvolvimento de ações intersetoriais, incluindo a incorporação das ações sobre os determinantes sociais de saúde que emanam dos setores não-relacionados à saúde; e a priorização de ações comprovadamente efetivas para lidar com as iniquidades de saúde.

A figura abaixo resume essas idéias. As setas horizontais marcam os níveis de intervenções sobre os determinantes sociais de saúde. Aqui, os níveis são estabelecidos em relação às modalidades

políticas que podem ou devem ser implementadas. As setas verticais identificam quatro princípios de políticas que acreditamos ser essenciais do ponto de vista da CSDH. O primeiro sublinha a necessidade de responder ao contexto sócio-político de cada país e região. Esse é um elemento central para o desenvolvimento de políticas adaptadas à capacidade real de países em desenvolvimento, e que não são feitas de acordo com receitas pré-determinadas. A segunda seta vertical representa o princípio da participação comunitária nas tomadas de decisão, sublinhando a inclusão e participação da sociedade civil como aspectos centrais da política da CSDH. A terceira seta representa a ação intersetorial, incluindo não somente as políticas e ações gerenciadas pelo setor de saúde, mas também a integração das intervenções e ações em outros setores que incluam a contribuição à saúde em seus objetivos. Os setores parceiros provavelmente incluem educação, transporte e habitação, entre outros. A quarta seta vertical lembra a necessidade de focalizar as intervenções efetivas: ações baseadas em evidências, evidências para a ação.

Diagrama: novas ações sobre caminhos e políticas ⁶⁶



8. Conclusão

Este rascunho de documento esboça um modelo para ação sobre os determinantes sociais de saúde, e tem o objetivo de catalisar a discussão dentro da CSDH. Este ensaio obviamente não é um produto acabado, mas sim, uma ferramenta para estimular o compartilhamento de idéias e para estimular debates. Ele é um passo em um processo em que os membros da Comissão, apoiados pelo secretariado da CSDH, chegarão a um entendimento sobre vários assuntos conceituais fundamentais para a coerência e eficácia do trabalho da Comissão. O ensaio buscou esclarecer o conceito de determinantes sociais; sugerir uma base de valores coerentes para as ações sobre os determinantes sociais de saúde, com raízes na equidade na saúde; e esboçar um modelo que localiza os níveis de intervenção e os pontos para ações de políticas sobre os determinantes sociais de saúde.

O elemento chave do modelo apresentado aqui é a distinção entre os determinantes sociais de saúde estruturais e intermediários, também considerados determinantes sociais de *equidade na saúde* e mais especificamente, determinantes de *saúde*. Como esclarecemos, para causar um impacto direto sobre as iniquidades de saúde, é necessário intervir sobre os determinantes estruturais. No entanto, essas ações demandam processos profundos e possivelmente lentos de mudança social, e que somente alcançarão resultados em longo prazo. Quando esses processos começarão? Eles são possíveis? O ceticismo diante da atual efetividade de mudanças fundamentais é compreensível. Se este for o caso, se não for possível agir diretamente sobre os determinantes estruturais, será possível conseguir identificar caminhos para influenciá-los indiretamente? As ações passíveis de serem levadas a cabo pelo sistema de saúde têm uma grande relevância neste aspecto. É possível influenciar e modelar o sistema de tal forma a nos aproximar da capacidade de tratar diretamente dos determinantes sociais das iniquidades de saúde.

A sustentabilidade das intervenções lideradas pelo setor saúde sobre os determinantes sociais de saúde e a estrutura política subjacente estão inseparavelmente relacionadas. Não é possível manter a continuidade das intervenções sobre os determinantes sociais de saúde (por exemplo, incorporação dos determinantes sociais de saúde em programas de saúde, ações entre os setores e programas) se tais intervenções não são apoiadas por políticas governamentais mais amplas que favorecem o setor saúde e vários outros setores. Ao mesmo tempo, uma ampla visão política, que incorpora os determinantes sociais, não terá nenhum impacto verdadeiro se não for traduzida em intervenções específicas e concretas, que apliquem tais idéias em nível local e nacional. Para o setor de saúde, este ponto final implica em uma nova perspectiva sobre a elaboração de objetivos e planos, e sobre a execução das ações sobre a saúde.

Referências

- ¹ 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.
- ² Krieger N. *A glossary for social epidemiology* J. Epidemiology Community Health 2001; 55:693-700
- ³ Graham H. (integral)
- ⁴ London Health Observatory 2002 review of the London Health Strategy High- level Indicators.
- ⁵ Evans T, Whitehead M, Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. *Challenging inequities in health from ethics to action* Oxford University Press 2001.
- ⁶ Marmot M. *Economic and Social determinants of disease* Bulletin of the World Health Organization, 2001,79 (10) pag 988 -989
- ⁷ Rose G. *Sick Individuals and Sick Populations* International Journal of Epidemiology Vol 14 n° 1 1985.
- ⁸ *Performance measurement and performance management in OECD health systems* J. Hurts , M Jee-Hughes 2001 .
- ⁹ Definição de trabalho da Divisão para Equidade da Organização Mundial de Saúde.
- ¹⁰ A posição sócio-econômica inclui recursos materiais e sociais, assim como posição ou status em uma hierarquia ou em hierarquias sociais. As posições sociais advêm (ou são geradas) por um contexto social em particular, o que significa que as classificações da posição social têm uma variação social e histórica. Em alguns países, o gênero, a raça ou a religião influencia muito a posição que um indivíduo ocupa. Porque existem vários modelos de desigualdade, todos ocupam posições sociais múltiplas. Por exemplo, um homem branco e homossexual com um trabalho manual, ou uma mulher indiana heterossexual, com um trabalho administrativo. Graham H, Kelly MP. *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. 2004. NHS Briefing Paper.
- ¹¹ Hilary Graham *Social determinants and their unequal distribution : Clarifying policy understandings* The Milbank Quarterly, Vol 82, n° 1, 2004 (pp.101-124)
- ¹² Stronks K, Gunning-Schepers L. 1993. *Should equity in health be target number 1?* European Journal of Public Health 1993;3: 104-111.
- ¹³ Sen, "Why health equality?"
- ¹⁴ Stronks K, Gunning-Schepers L. 1993. *Should equity in health be target number 1?* European Journal of Public Health 1993;3: 104-111
- ¹⁵ Anand S. 2004. *The concern for equity in health*. In Anand S, Peter F, Sen A (eds). *Public health, ethics and equity*. Oxford: Oxford UP.
- ¹⁶ Ruger 2005
- ¹⁷ Sen, "Why health equality?"
- ¹⁸ Ruger 2004.
- ¹⁹ Comentários gerais, perguntas e respostas na pág. 10.
- ²⁰ Alkire S, Chen L. *Global health and moral values*. Lancet 2004; 364:1069-74.
- ²¹ London L. 2003. *Can human rights serve as a tool for equity?* EQUINET policy series 14.
- ²² Várias referências.
- ²³ Farmer P. 2003. *Pathologies of Power*.
- ²⁴ Farmer P. *Infections and inequalities*.
- ²⁵ Bourgois P. 2003. *In search of respect: selling crack in el barrio*. New York: Cambridge UP.
- ²⁶ Diderichsen, Evans and Whitehead. 2001. *The social basis of disparities in health*. In Evans et al. (eds). 2001. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford UP.
- ²⁷ Sen, *Rationality and Freedom*.
- ²⁸ Gillon R. *Value judgements about health equality*.
- ²⁹ Graham H. *Tackling health inequalities in England*.
- ³⁰ *LJ Gunning-Schepers Models: instruments for evidence based policy* . J Epidemiology Community Health 1999;53:263.
- ³¹ *Tackling health inequalities: an agenda for action : a review of policy initiatives* M. Benzeval, K.Judge. M.Whitehead.
- ³² Mackenbach , Van de Mheen, Stronks *A Prospective cohort study investigating the explanation of social and economical health inequalities in the Netherlands*. Social Science Medicine 1994: 38:299-308.

- ³³ Relatório Acheson
- ³⁴ Hilary Graham
- ³⁵ Bartley Blane British Journal
- ³⁶ Hilary Graham
- ³⁷ J, Mackenbach, L.J. Gunning-Schepers *How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated ?* Journal of Epidemiology and communities Health 1997;51:359-364
- ³⁸ Baseado em : *Reducing inequalities in health a European Perspective* J. Mackenbach, M Bakker 2002; *Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case* K. Stronks Scand J Public Health 30 Suppl 59 ; Evans T, Whitehead M, Diderichsen F., Bhuiya A., Wirth M. *Challenging inequalities in health from ethics to action* Oxford University express 2001.
- ³⁹ *Socioeconomic inequalities in health*, Parte 1 , Mackenbach , Bakker, Kunst and Diderichsen . Reducing inequalities in health: European Perspective. 2002. -
- ⁴⁰ National evaluation of Health Action Zone, *The final report of the tackling inequalities in health module* Michaela Benzeval Queen Mary 2003. -
- ⁴¹ Rockefeller Health Equity Programme , from *Concept and trends in research on Social Determinants of Health in Latin America and the Caribbean* J.A. Casas WHO.
- ⁴² Orielle HSR e ensaio de saúde reproduzido.
- ⁴³ Solar O, Irwin A, Vega J. 2004. *Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context*. WHO Health Equality Team working paper. [i] Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A. 1984. *National health systems and their reorientation toward health for all: guidance for policymaking*. Geneva: WHO.
- ⁴⁴ Diderichsen et al.
- ⁴⁵ Mark Petticrew , Sally Macintyre. *What do we Know about effectiveness and cost - effectiveness of measure to reduce inequalities in health?* University of Glasgow 2001.
- ⁴⁶ Gepkens A, Gunning - Schepers LJ *Interventions to reduce socio-economic health differences: a review of the international literature* European Journal public Health 1996; 6:218-226.
- ⁴⁷ Cabinet office 2002 *Social capital: a discussion paper* Performance and innovation Unit. London
- ⁴⁸ *Tackling inequalities in health: turning politics into practice?* Hunter D. Killoran A. NHS Health Development Agency.
- ⁴⁹ *Childhood disadvantage and adult health: a lifecourse framework* . Hilary Graham, Institute for Health Research, Lancaster University; Chris Power, Centre for Paediatric Epidemiology & Biostatistics, Institute of Child Health, London Health Development Agency. NHS.
- ⁵⁰ Clyde Hertzman , *Making Early Childhood development a priority : Lesson from Vancouver May 2004* Canadian Centre for Policy Alternative
- ⁵¹ Ensaio e fontes citadas acima.
- ⁵² Referências acima.
- ⁵³ *Work related politics and interventions*, Chapter 6: Hogstedt C. , Lundberg I. Edited Mackenbach , Bakker, Reducing inequalities in health: European Perspective. 2002.
- ⁵⁴ *Regeneration & neighbourhood change* Curtis S., Cave B, Coultas A. Queen Mary University of London Paper prepared for HAD seminar . Appendix Employment. 2002
- ⁵⁵ Mark McCarthy *Urban Development and inequalities in health*. Scand J Public Health 2002; 30 :Suppl 59: 59-62.
- ⁵⁶ Kawachi e Wamala; várias outras referências
- ⁵⁷ Referências acima.
- ⁵⁸ K. Stronks *Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: The Dutch case*. Scandinavia Journal public Health 30 (suppl 59) pp 21-25.
- ⁵⁹ Gepkens A, Gunning - Schepers LJ *Interventions to reduce socio-economic health differences: a review of the international literature* European Journal public Health 1996; 6:218-226.
- ⁶⁰ M Whitehead , *Tackling inequalities in health: a review of policy initiatives*
- ⁶¹ H. Graham , M P. Kelly *Inequalities in health: concepts, frameworks and policy*. Briefing paper NHS Health development Agency 2004
- ⁶² Petticrew M, Macintyre S. 2001. *What do we know about effectiveness and cost - effectiveness of measures to reduce inequalities in health?*
- ⁶³ Macintyre S, Petticrew M. 2000. *Good intentions and received wisdom are not enough*. Journal of epidemiology and Community Health 54 :802-803.

⁶⁴ H. Graham , M P. Kelly *Health inequities : concepts, frameworks and policy*. Briefing paper NHS Health development Agency 2004.

⁶⁵ M . Petticrew , S. Macintyre. *What do we Know about effectiveness and cost - effectiveness of measure to reduce inequalities in health?* 2001 Oliver A. Cookson R. McDaid D Issues Panel for Equity in Health Niffield Foundation , London .

⁶⁶ Elaborado pela equipe de igualdade. Adaptado do modelo de Diderichsen e Mackenbach