

2 | A POSIÇÃO SOCIAL E SEUS REFLEXOS SOBRE A SAÚDE

As explicações sócio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na idéia de que saúde é um produto social e algumas formas de organização social são mais saudias do que outras. Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

O conceito-chave nessas abordagens é o processo reprodução social, que, por sua vez, implica a reprodução de diferentes domínios da vida. No nível mais elementar está a reprodução biológica do indivíduo, que garante suas características como espécie biológica marcada principalmente pela interação entre genótipo e fenótipo, isto é, entre a herança genética e a modulação das potencialidades herdadas pelas condições concretas de existência, que irão resultar nas manifestações exteriores do genótipo.

Como os homens vivem em comunidade, compartilhando um espaço e um tempo particulares, a reprodução social implica também a reprodução de um segundo domínio: o das relações ecológicas dos grupos, ou seja, de suas relações com os ambientes, senso lato, em que tais comunidades se constituem. Tais comunidades partilham formas de consciência e de condutas resultantes das interações intersubjetivas que também participam dos processos de reprodução, configurando o terceiro domínio: o da cultura. Finalmente, os grupos sociais se

Compreende-se, portanto, que a saúde é um produto social e que algumas formas de organização social são mais saudias do que outras. Assim, os mesmos processos que determinam a estruturação da sociedade são aqueles que geram as desigualdades sociais e produzem os perfis epidemiológicos de saúde e doença.

As desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de modo diferente no que se refere ao processo saúde-doença em diferentes níveis de organização social e em diferentes contextos de existência. Assim, as desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de modo diferente em diferentes níveis de organização social e em diferentes contextos de existência. Assim, as desigualdades sociais em saúde podem manifestar-se de modo diferente em diferentes níveis de organização social e em diferentes contextos de existência.

A equidade na oferta de serviços de saúde implica a ausência de diferenças para necessidades de saúde iguais (equidade horizontal) e a provisão de serviços prioritariamente para grupos em maiores necessidades (equidade vertical). Trocando em miúdos, significa que todos devem ter acesso à utilizar os serviços indispensáveis para resolver as suas demandas de saúde, independentemente do grupo social ao qual pertencem, e aqueles que

reproduzem, reproduzindo as formas econômicas que lhes garantem o domínio sobre a natureza.

O sistema de reprodução social dos diferentes grupos inclui os padrões de trabalho e consumo, as atividades práticas da vida cotidiana, as formas organizativas ou de participação social, a política e a cultura. Esse sistema contraditório de relações, do qual participam processos benéficos mantenedores da saúde e processos deletérios produtores da doença, acoplam-se aos padrões de saúde-doença das frações de classes sociais, constituindo assim os perfis epidemiológicos de classe.

Todos esses processos produzem impactos sobre a saúde e a doença dos indivíduos, representando, cada um deles, um conjunto de determinações e mediações cujo resultado final será a preservação da saúde ou a ocorrência da doença ou agravos à saúde. As desigualdades nas condições de vida, decorrentes de diferenças substantivas nesse processo de reprodução social, terão reflexos nas situações de saúde que serão então identificadas como iniquidades.

As explicações históricas representam ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma do risco, adotando o conceito de determinação social, ou seja, processos de determinação histórica e social regidos pelas leis da dialética que estabelecem os limites dentro dos quais os fenômenos de menor nível de complexidade podem ocorrer. Porém, a determinação social implica aceitar que cada domínio da realidade apresenta processos mediadores que interferem com a emergência de novas características nos níveis de complexidade crescente, de modo que a consequência, em termos de saúde e doença, será sempre a resultante de um processo complexo de determinação-mediação.

Adotar este tipo de explicação teórica significa romper com a concepção linear de causalidade e abandonar qualquer pretensão de identificar cadeias de causa-efeito entre características ou indicadores sociais e problemas de saúde, bem como entre indicadores de desigualdades sociais e saúde.

CONCEITO MARXISTA DE CLASSE SOCIAL

Na década de 1980 foram feitas várias tentativas de operacionalização do conceito marxista de classe social para uso em investigações empíricas em diferentes campos do conhecimento, incluindo a saúde.

Na concepção marxista, as classes sociais são definidas como grandes grupos de indivíduos que se diferenciam entre si pela posição que ocupam no sistema de produção historicamente determinado, pelas relações que estabelecem com os meios de produção, pelo papel que desempenham na organização social do trabalho e pelo modo como se apropriam de parte da riqueza social. O conceito engloba as dimensões econômicas, sociais, jurídicas, políticas e ideológicas.

Embora difícil de operacionalizar, pois a decomposição das dimensões do conceito em variáveis e sua reagregação para compor as classes empíricas exijam um conjunto amplo de questões, o conceito de classe é visto como capaz de apresentar um grande potencial explicativo exatamente por condensar em si tantas dimensões.

Para efeito das investigações epidemiológicas, o que se pede ao conceito de classe social é que através dele possam ser identificados grupos definidos a partir de seus vínculos sociais

estruturais, que são os determinantes mais imediatos das condições de vida das famílias e, portanto, da situação de saúde dos indivíduos.

Durante a década de 1980 surgiram diferentes modelos visando à operacionalização do conceito de classes sociais com base, sobretudo, na produção teórica de Poulantzas e outros autores marxistas. A maioria das propostas de operacionalização baseia-se na definição leninista de classe social, levando em consideração principal ou exclusivamente o componente econômico do conceito, ou o que se convencionou chamar a "classe em si".

Na América Latina, destacam-se dois esquemas de operacionalização do conceito de classe social: o modelo de Bronfman e Tuirán e o de Singer. Ambos os modelos constroem classificações hierarquizadas iniciando pela posição na ocupação, ou seja, pela posse ou não dos instrumentos e meios de produção. Esses esquemas já foram utilizados para estudar diferentes problemas de saúde, bem como para avaliar o consumo de bens e serviços em saúde.

Um exemplo empírico pode facilitar a compreensão desses conceitos e de sua utilização nas pesquisas epidemiológicas de desigualdades sociais em saúde. Usaremos dados de estudo realizado por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, para demonstrar a potencialidade do conceito de classe social. O objetivo da investigação era identificar fatores de risco para baixo peso ao nascer.

A incidência de baixo peso foi 1,8 vezes maior em filhos de mães fumantes e 2,4 vezes maior em filhos de mães pobres. A incidência também variou por classe social da mãe. Na burguesia

a incidência de baixo peso foi de 3,1 casos por 100 nascidos vivos; entre o proletariado, 10,7 e no subproletariado, 13,9, mostrando um gradiente de agravamento do problema conforme piora a situação de classe.

Portanto, classe social e hábito de fumar podem ser considerados fatores de risco para o baixo peso ao nascer. Entretanto, não constituem variáveis da mesma dimensão de análise. Na Tabela 1, observa-se o resultado da incidência de baixo peso quando ambas as variáveis são consideradas.

Tabela 1 — Incidência de baixo peso ao nascer segundo a classe social e o hábito de fumar materno. Ribeirão Preto (SP) — 1978-1979

Classe social	Fumantes	Não fumantes
Burguesia	4,4	2,7
Proletariado	9,5	5,9
Subproletariado	12,8	6,3

Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 1992.

Os dados mostram que em cada classe social o risco de baixo peso é sempre maior para os filhos de mães fumantes. Mas, o mais interessante é notar que o risco para os filhos de mães fumantes que pertencem à burguesia é menor do que o risco para os filhos das mães não fumantes que pertencem ao proletariado ou ao subproletariado. Conclui-se, então, que a determinação de classe social é mais forte e modula o risco representado pelo hábito de fumar.

A distribuição das crianças menores de 5 anos em São Paulo, segundo decis de altura/idade (indicador de estado nutricional) definidos pelo National Center for Health Statistics (NCHS) na

década de 1980, também revela clara influência da posição de classe. Considerando o primeiro decil, isto é, aquele que define 10% dos valores mais baixos para a razão altura/idade, a distribuição das crianças residentes em São Paulo aponta significativa desigualdade (Tabela 2).

Se a distribuição fosse equilibrada, isto é, independente da classe social, cada uma deveria ter aproximadamente 10% das crianças. O excesso relativo de crianças nesse decil entre as famílias da pequena burguesia tradicional, do proletariado e do subproletariado e a ausência de crianças da burguesia mostra a concentração do problema nas classes sociais com inserção mais precária.

Tabela 2 - Proporção de crianças pertencentes ao primeiro decil da distribuição NCHS para a razão altura/idade segundo classe social. São Paulo - 1984

Classe social	Proporção
Burguesia	
Nova pequena burguesia	0,0
Pequena burguesia tradicional	8,8
Proletariado setor serviço	21,2
Proletariado setor industrial	20,2
Subproletariado	29,0
	35,8

Fonte: Monteiro, Freitas & Baratho, 1989.

CONCEITO WEBERIANO DE CLASSE SOCIAL

Na concepção weberiana a posição social dos indivíduos decorre da classificação segundo três dimensões: classe econômica,

prestígio e poder político. Os estratos sociais são compostos por indivíduos que compartilham determinadas características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda), características essas utilizadas para aloca-los em uma escala ou gradiente de valores crescentes ou decrescentes.

As teorias de estratificação social tratam as desigualdades de um ponto de vista predominantemente quantitativo, visto que os estratos são categorias eminentemente descritivas, construídas mediante a definição de determinados pontos de corte que reparam séries contínuas. As variáveis utilizadas na definição dos estratos referem-se a características individuais tomadas como indicadores de condições sociais. Tais variáveis podem incluir a renda, a escolaridade, a ocupação, escalas de prestígio e outras. Eventualmente os estratos podem ser construídos utilizando indicadores compostos nos quais as variáveis são arranjadas por agregação, ponderação ou hierarquização.

As evidências empíricas produzidas pelas investigações das relações entre desigualdades sociais e saúde sugerem que a situação de saúde é afetada pela posição social dos indivíduos e também pelas diferenças socioeconômicas da estratificação social.

Embora os indivíduos façam escolhas que possam implicar comportamentos sadios ou nocivos à sua saúde, estas escolhas estão situadas em contextos familiares, econômicos, culturais, políticos e históricos. Os estilos de vida ou os comportamentos individuais são apenas as evidências mais imediatas de todo o processo de determinação-mediação.

As escalas de estratificação social podem ser úteis na investigação de diferenciais intraclasses ou entre diferentes famílias,

auxiliando na especificação de relações particulares que possam explicar por meio de que características ou de que mecanismos as desigualdades sociais produzem efeitos sobre a saúde.

A ocupação é uma das variáveis mais utilizadas em pesquisas conduzidas nos países europeus como medida de classe social. A classificação baseada em ocupações, elaborada pelo sistema de estatística vital do Reino Unido, em 1911, vem sendo amplamente utilizada. Esta classificação foi baseada no grau de habilidade e no prestígio social correspondente a cada ocupação, de modo que pudesse servir como indicadora de posição social, o que, no entanto, não garante a correspondência exata entre classe social e ocupação.

A classificação inglesa divide as ocupações em cinco classes: profissionais (formação universitária), técnicos (formação técnica), trabalhadores qualificados manuais ou não manuais, trabalhadores semiquificados e trabalhadores não qualificados.

Controlando a influência da idade, da classe social na idade adulta, o hábito de fumar e o índice de massa corporal, o risco de morrer por câncer de estômago foi 5,4 vezes maior nos trabalhadores manuais qualificados, e 5,8 vezes maior nos trabalhadores semi e não qualificados quando comparados aos profissionais e técnicos.

Crianças brasileiras prematuras também apresentam distribuição diferenciada por classe ocupacional. O risco de prematuridade é 1,6 vezes maior entre trabalhadores manuais qualificados e semiquificados, e 1,8 vezes maior entre trabalhadores manuais não qualificados quando comparados a trabalhadores não manuais.

Mesmo dentro de grupos ocupacionais mais homogêneos, é possível encontrar diferenças entre trabalhadores segundo a

posição na hierarquia de trabalho, ou seja, segundo a ocupação de postos de trabalho com maior ou menor controle e autonomia. O estudo Whitehall II realizado entre os trabalhadores administrativos do governo britânico mostrou aumento do risco de ausências prolongadas no trabalho (> 8 dias) por motivo de doença conforme se descende na escala da hierarquia burocrática. Os funcionários com menor autonomia e submetidos a controle mais rígido por supervisores têm risco três vezes maior de se ausentar do trabalho por períodos longos em decorrência de problemas de saúde. A mesma relação foi observada entre trabalhadores franceses.

Nos exemplos apresentados, os problemas de saúde não estão diretamente relacionados com exposições a agentes nocivos no ambiente de trabalho. A ocupação foi tomada como um marcador da posição social dos indivíduos.

No estudo das desigualdades sociais em saúde, outra variável bastante usada é o nível de escolaridade, isoladamente, ou combinada à ocupação. Para a maioria dos problemas de saúde infantil, a escolaridade materna é um dos determinantes mais importantes, tanto como marcador de posição social quanto como indicador do nível de instrução e da possibilidade de compreender e aplicar corretamente as informações técnicas.

O risco de ter um bebê pequeno para a idade gestacional está inversamente relacionado com o número de anos de escolaridade da mãe. Tomando como referência a incidência para mães com 12 anos ou mais de escolaridade, o risco aumenta 1,5 vezes para mulheres com cinco a oito anos de escolaridade e 1,7 vezes para mulheres com zero a quatro anos de escolaridade.

DESIGUALDADES NO ESTADO DE SAÚDE

E NO USO DE SERVIÇOS

As desigualdades sociais em saúde podem se manifestar em relação ao estado de saúde e ao acesso e uso de serviços de saúde para ações preventivas ou assistenciais. Na população brasileira, segundo dados da Pesquisa Mundial de Saúde, a avaliação do estado de saúde varia marcadamente com o nível de escolaridade. Entre os adultos com menos de oito anos de escolaridade, ou seja, com ensino fundamental incompleto, apenas 41% classificam sua saúde como boa ou muito boa. Este valor sobe para 62,2% para os adultos que completaram o ensino fundamental e iniciaram o ensino médio, e chega a 72,1% dos indivíduos com ensino médio completo.

A prevalência de doenças crônicas também varia com os anos de escolaridade após ajuste por idade. Entre os adultos com até três anos de escolaridade, a prevalência referida de doenças crônicas chega a 55,9%, representando um risco 1,28 vezes maior do que aquele dos indivíduos com 11 anos ou mais de escolaridade. A prevalência diminui gradualmente entre os extremos da distribuição de anos de escolaridade.

O uso de serviço de saúde também é influenciado pelo grau de escolaridade, mas as diferenças são muito menores. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou o acesso aos serviços para a grande maioria da população brasileira. A probabilidade de uso é 1,2 vezes maior entre os brasileiros com nove ou mais anos de escolaridade, quando comparados aos que têm entre zero e quatro anos. As taxas de internações hospitalares não mostram diferenças segundo a escolaridade

e a renda, variando em função do estado de saúde e da presença de problemas crônicos de saúde.

A utilização de serviços preventivos mostra diferenças mais acentuadas segundo a escolaridade e a ocupação. Estas diferenças sugerem que, na procura por serviços preventivos, atuam fatores diferentes daqueles envolvidos na utilização dos serviços assistenciais. É provável que características culturais e o nível de acesso à informação desempenhem um papel mais ativos nesses casos.

Apenas 75% das mulheres com 25 anos ou mais de idade, na população brasileira, em 2003, fizeram o exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo uterino. Esta proporção varia com a escolaridade no sentido esperado, ou seja, as mulheres com maior escolaridade apresentam maior cobertura (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de realização do exame Papanicolau nos últimos cinco anos

Escolaridade	Prevalência	Razão de prevalência (RP)
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	67,5	4,4 (4,1-4,8)
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	83,8	1,6 (1,5-1,7)
Ensino médio completo/superior incompleto	86,0	1,5 (1,4-1,6)
Superior completo/pós-graduação	91,4	1,0

Fonte: Novaes, Braga & Schout, 2003.

Enquanto o uso de serviços de saúde em geral, por pessoas com nove anos ou mais de escolaridade, no mesmo inquérito, foi 1,2 vezes mais frequente do que para os indivíduos analfabetos ou com ensino fundamental incompleto, para a realização do exame de Papanicolau a probabilidade de não ter feito o exame foi 4,4 vezes maior entre as mulheres com menor escolaridade. Portanto, parte dessa diferença não deve ser atribuída a dificuldades de acesso.

Apenas 36% das mulheres com 25 anos ou mais de idade realizaram mamografia nos últimos dois anos. O mesmo perfil de distribuição pode ser observado entre os níveis de escolaridade. Neste caso é possível fazer o mesmo tipo de inferência quanto ao acesso, uma vez que a distribuição dos mamógrafos na rede de serviços é bem menor do que a dos recursos necessários para a realização do exame de Papanicolau.

Em pacientes diabéticos, classificados por ocupação e escolaridade, os comportamentos preventivos diminuíram e a exposição ao fumo aumentou conforme piorou a inserção social. Os pacientes em pior posição foram menos à consulta médica de rotina, tiveram menor probabilidade de realizar um exame de fundo de olho e menor probabilidade de ter o pé examinado e apresentaram, ainda, maior frequência do hábito de fumar.

DESIGUALDADES RELACIONADAS AOS LOCAIS DE MORADIA

O estudo das desigualdades sociais em saúde deveria, idealmente, ter como variável explicativa a classe social construída com base nas relações fundamentais estabelecidas a partir da

posição dos indivíduos na estrutura produtiva da sociedade. Entretanto, as dificuldades que cercam a operacionalização desse conceito, bem como a necessidade de contar com muitas informações, raramente disponíveis nos sistemas regulares de registros de dados em saúde, levaram os pesquisadores a buscar outras alternativas.

A estratificação social através de variáveis indicadoras da posição social, tais como ocupação, escolaridade e renda, aparece como uma dessas alternativas. Embora, com menor dificuldade de operacionalização, nem sempre a análise de cada uma das estratificações atende de maneira adequada às necessidades de compreensão de fenômenos complexos, como a produção e a distribuição das doenças e eventos relacionados com a saúde.

Outra alternativa cada vez mais utilizada é a análise dos eventos de saúde em relação ao local de moradia, tomando o espaço geográfico como indicativo das condições de vida da população que nele reside. A vantagem de utilizar espaços geográficos como indicadores de condições de vida está em tomar a complexidade da organização social em seu todo, em vez de fragmentá-la em diferentes variáveis.

As análises que utilizam as características sociopolíticas de diferentes espaços geográficos permitem abordar as desigualdades sociais em saúde no plano de agregados, isto é, tanto as condições de vida quanto os impactos sobre a saúde são avaliados através de valores médios.

Um primeiro nível de comparações pode ser estabelecido entre países (Tabela 4). Apesar de serem consideravelmente heterogêneos em seu interior, as comparações entre eles permitem

ressaltar a relação entre variáveis macroeconômicas ou macro-sociais e seus impactos sobre a saúde populacional.

Tabela 4 – Indicadores socioeconômicos e impactos sobre a saúde em países selecionados – 2006

Indicador	Canadá	Espanha	Nova Zelândia	Brasil	Egito	Índia
IDH*	0,95	0,94	0,94	0,79	0,70	0,61
PIB <i>per capita</i> (US\$)	39.004	27.913	25.603	5.640	1.484	784
Acesso Internet	68%	40%	68%	21%	7%	5%
Gasto em saúde (% PIB)	7%	5%	6%	3%	2%	1%
Gasto <i>per capita</i> (US\$)	2.666	1.522	1.598	189	320	9
Natalidade	10,7	10,2	14,2	20,6	25,5	25,1
EV** ao nascer	79,9	79,4	79,0	70,3	69,6	63,1

*IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

** EV – Esperança de vida ao nascer

Fonte: IBGE.

Os dados mostram que há correspondência entre os indicadores sociais (IDH e acesso à Internet) e econômicos (PIB *per capita* e gasto em saúde) e o nível de saúde da população (natalidade e esperança de vida ao nascer – EV). Chama a atenção a grande desigualdade entre a riqueza dos países e os gastos públicos em saúde. Essa desigualdade se reflete tanto no padrão de natalidade com diferença de 15 crianças por mil habitantes entre o Canadá e a Índia, quanto na EV, com diferença de 16,8 anos entre a Índia e o Canadá. As desigualdades sociais em saúde repetem-se também no interior dos países, entre suas regiões e cidades (Tabela 5).

Tabela 5 – PIB per capita e mortalidade infantil para cinco capitais brasileiras – 2005

Capital	PIB per capita	Mortalidade infantil
São Paulo	24.175	12,82
Porto Alegre	20.563	12,67
Manaus	16.528	19,64
Campo Grande	9.528	15,14
Salvador	7.656	21,63

Fonte: IBGE.

Há um nítido gradiente na mortalidade infantil que acompanha o PIB *per capita* em cada capital, mostrando que quanto maior a riqueza, menor a taxa de mortalidade infantil. O PIB *per capita* de Salvador é três vezes menor do que o de São Paulo, e sua mortalidade infantil é 1,7 vezes maior, indicando, assim, que a correlação não é perfeita, pois na determinação da mortalidade atuam as condições concretas de vida e a oferta de serviços de saúde. A existência do SUS garante maior extensão de cobertura à população mesmo nas áreas mais pobres do país, compensando em certa medida as desigualdades decorrentes da organização social.

A desigualdade em saúde ocorre também no interior das cidades. Quanto mais homogêneo o espaço social considerado, mais evidentes tornam-se as desigualdades entre elas. As diferenças nas condições de vida e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde podem ser aquilatadas pela análise de alguns dados referentes a áreas de subprefeituras no município de São Paulo (Tabela 6).

Tabela 6 – Indicadores socioeconômicos e impactos sobre a saúde em subprefeituras selecionadas. Município de São Paulo – 2005

Indicador	Pinheiros	Butantã	Casa Verde	Campo Limpo	Parelheiros
Renda <i>per capita</i> < 0,5 SM*	1,6	8,6	11,2	15,2	27,0
Aglomeração (> 3 pessoas/dormitório)	2,7	14,9	19,7	22,7	30,8
Responsáveis com < 4 anos de escolaridade	9,0	30,9	37,5	42,0	54,2
Moradores em favela	0,2	13,2	11,2	24,4	13,4
Mortalidade infantil	8,3	9,9	15,1	13,5	15,9
Taxa de homicídios	16,9	52,2	52,9	74,6	117,2
Homicídios 15-29 a	23,2	92,4	177,1	199,2	260,8
Menos de sete consultas de pré-natal	9,7	33,9	20,3	34,6	50,5

* SM – salário mínimo

Fonte: CE-INFO Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2005.

A Tabela 6 mostra diferenças muito significativas entre as subprefeituras, tanto nos indicadores socioeconômicos quanto nos indicadores de saúde. Essas desigualdades são mais acentuadas do que aquelas observadas entre os países ou entre as capitais brasileiras. Novamente chama a atenção que as desigualdades na mortalidade infantil e na proporção de gestantes com núme-

ro insatisfatório de consultas de pré-natal é muito menor – duas e cinco vezes respectivamente – do que as diferenças nos indicadores sociais. A subprefeitura que apresenta as piores condições de vida tem 17 vezes mais pessoas pobres, 11 vezes mais aglomeração intradomiciliar, seis vezes mais responsáveis com baixa escolaridade e 67 vezes mais moradores em favelas. Para os homicídios em geral e os homicídios entre jovens, as diferenças são também bastante acentuadas, visto que o sistema de saúde tem influência muito menor sobre esse tipo de agravo.

A posição social dos indivíduos e grupos sociais, medida por indicadores de classe social, variáveis isoladas como escolaridade e classes ocupacionais, ou a partir das condições de vida em determinados espaços geográficos, é um poderoso determinante do estado de saúde das populações, atuando sobre o perfil de morbidade e mortalidade e também sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde.

Há inúmeras investigações científicas demonstrando a existência das desigualdades sociais em saúde e buscando modelos de interpretação para as mesmas, procurando entender os processos sociais e os processos mediadores entre as condições concretas de vida e a saúde no âmbito populacional.

3 | SER RICO FAZ BEM À SAÚDE?

A maioria das pessoas responderia afirmativamente à pergunta, baseada na observação de que indivíduos e países mais ricos conseguem garantir o atendimento das necessidades básicas, essenciais para a manutenção da saúde: moradia adequada, alimentação saudável, trabalho em condições satisfatórias, acesso a bens e serviços relacionados com a educação, a cultura e a saúde.

Tradicionalmente o nível de riqueza tem sido associado à garantia de melhor qualidade de vida e consequentemente a melhores níveis de saúde, refletidos em maior esperança de vida desde o nascimento até as idades mais avançadas, em menor mortalidade por qualquer causa e em qualquer idade, e na ausência de determinadas causas de morbidade associadas com a pobreza, tais como desnutrição e doenças infecciosas relacionadas a precárias condições de higiene e saneamento básico.

Entretanto, a relação entre a riqueza dos países medida pelo PIB ou pelo PIB *per capita* e os diversos indicadores de saúde não é linear. Não se observa uma relação simples do tipo quanto mais rico um país mais saudável sua população. Desde a década de 1970 pesquisas têm demonstrado que a relação entre PIB *per capita* e esperança de vida se assemelha a uma parábola, ou seja, a partir de certo limiar os aumentos na riqueza não se traduzem em mais saúde.

extremamente pobres com PIB *per capita* de US\$ 1.011,00; 53% da população vivendo na miséria; 63% da população feminina analfabeta e gasto médio em saúde de apenas US\$ 10,00.

A taxa média de mortalidade na infância foi de 20 óbitos por 100 mil no primeiro grupo, 106 óbitos por 100 mil no segundo e 207 óbitos por 100 mil no terceiro, mostrando relação inversa entre a riqueza dos países e a mortalidade na infância. A análise de tendência da mortalidade no período de 1960 a 2000 revelou declínio das taxas nos três grupos, porém com menor aceleração no grupo dos países mais pobres, embora se considere mais fácil, através de medidas de saúde pública, reduzir taxas de mortalidade na infância partindo de patamares mais altos.

As mesmas comparações feitas para a mortalidade de homens adultos mostraram que houve declínio da mortalidade durante todo o período para os países dos grupos um e dois. Nos países do grupo três, a mortalidade aumentou na década de 1990, revertendo a tendência anterior de declínio, atingindo, em 2000, valores mais altos do que os observados em 1960.

As desigualdades na riqueza dos países aumentaram acentuadamente desde o início do século XIX até o final do século XX. Por volta de 1820 o país mais rico era a Grã-Bretanha, com PIB *per capita* de US\$ 1.756,00 (valores ajustados ao dólar de 1990) e o mais pobre era a China, com PIB *per capita* de US\$ 523,00. Portanto, a diferença entre os extremos era de cerca de três vezes. Em 1900, essa diferença alcançou dez vezes. Em 2000, chegou a 75 vezes e, em 2006, a 660 vezes. O PIB *per capita* dos países mais pobres, que, em 1820, era de US\$ 523,00 para a China, em 2006 era de apenas US\$ 133,00 para o Zimbábue.

Há vários aspectos a considerar no chamado paradoxo entre riqueza e saúde: a comparação entre os países, a comparação entre regiões de um mesmo país e a comparação entre ricos e pobres em uma mesma região. Além disso, é importante prestar atenção a dois aspectos relacionados à renda e à riqueza: os valores absolutos e a distribuição ou valores relativos.

QUAIS SÃO OS IMPACTOS DO NÍVEL ABSOLUTO DE RIQUEZA SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE?

Em estudo recente, comparando as tendências temporais de redução da mortalidade na infância e entre adultos, em todos os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), no período de quarenta anos, entre 1960 e 2000, observou-se comportamento distinto entre três grupos constituídos segundo a taxa de mortalidade em 2000.

Foram constituídos três grupos para a mortalidade na infância, correspondendo aos países com mortalidade de menores de cinco anos: baixa (3,9 a 60,0 óbitos por 100 mil habitantes), média (66,0 a 156,0 óbitos por 100 mil habitantes) ou alta (160,0 a 316,0 óbitos por 100 mil habitantes). No primeiro grupo foram classificados 117 países com PIB *per capita* médio de US\$ 12.086,00; 8% da população vivendo na miséria com renda inferior a um dólar por dia; 14% de população feminina analfabeta e gasto público médio em saúde de US\$ 650,00 por pessoa/ano.

No segundo grupo foram classificados 45 países com PIB *per capita* de US\$ 2.660,00; 26% da população vivendo na miséria; 38% da população feminina analfabeta e gasto médio em saúde de US\$ 56,00. No terceiro grupo foram classificados 23 países

Ainda que se leve em conta o fato de que os dados não eram disponíveis para os países mais pobres nos primeiros anos analisados, é notória a deterioração da situação econômica dos países africanos no final do século XX e início do XXI. De maneira ainda mais espetacular observa-se o crescimento da riqueza dos países mais ricos, cujo PIB *per capita* passou de US\$ 1.756,00 para o Reino Unido em 1820, e a US\$ 87.829,00 para Luxemburgo em 2006. Resumo da ópera: os países pobres ficaram cada vez mais pobres e os países ricos cada vez mais ricos durante os últimos dois séculos. A diferença de esperança de vida ao nascer entre a população do Zimbábue e a de Luxemburgo é de 41,2 anos, ou seja, um recém-nascido em Luxemburgo pode esperar viver cerca de quarenta anos a mais do que outro no Zimbábue.

No interior dos países também ocorre grande desigualdade no nível de riqueza, com repercussões sobre a saúde. Por exemplo, no Brasil, em 2005, as diferenças entre os estados do Maranhão – com um dos menores PIB *per capita* do país (R\$ 4.138,90) – e o de São Paulo (R\$ 18.255,00) podem ser observadas na esperança de vida ao nascer, esperança de vida aos 60 anos, mortalidade infantil e mortalidade infantil pós-neonatal, entre outros indicadores de saúde. Na esperança de vida ao nascer, a diferença é de 6,8 anos; aos 60 anos uma pessoa vivendo em São Paulo pode esperar viver em média mais 21 anos, enquanto outra, vivendo no Maranhão, pode esperar viver em média mais 19 anos. A mortalidade infantil e a mortalidade pós-neonatal são três vezes maiores no Maranhão.

Além dos diferenciais assinalados entre as unidades da federação também são importantes as diferenças entre as cidades e no interior das cidades. A Fundação Sistema Estadual de Análise

de Dados (Seade), responsável pelos sistemas de informação estatística do governo do estado de São Paulo, desenvolveu o Índice Paulista de Responsabilidade Social para classificar os municípios segundo três eixos: riqueza, longevidade e escolaridade. No grupo I foram incluídos os municípios com elevado nível de riqueza e que apresentavam bons indicadores sociais em educação e saúde; no grupo II, os municípios com bons níveis de riqueza e indicadores sociais ruins. Os municípios do grupo III eram pobres, mas apresentavam bons indicadores sociais; os do grupo IV eram pobres e apresentavam indicadores sociais intermediários e no grupo V os municípios eram pobres e apresentavam indicadores sociais ruins. O próprio indicador, portanto, permite separar o desempenho nos indicadores sociais do nível de riqueza municipal.

Utilizando esse indicador, observa-se que, embora a proporção de mães adolescentes apresente um gradiente que aumenta conforme diminui a riqueza dos municípios considerados, a proporção de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal é mais alta no município do grupo III: pobre com bons indicadores sociais. A pior situação é observada nos municípios pobres com indicadores sociais ruins ou intermediários. E a situação intermediária ocorre nos municípios ricos. Chama a atenção o fato do IDH ser relativamente próximo entre os municípios dos vários grupos, exceto para o primeiro, em que ele é significativamente mais alto. Estes dados já começam a indicar que a relação entre riqueza e condições de saúde ou uso de serviços de saúde não é simples.

O Centro de Informação em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, criou um índice de saúde baseado na

mortalidade infantil, mortalidade proporcional precoce (antes dos 60 anos) por doenças crônicas, incidência de tuberculose e mortalidade por causas externas para estratificar as subprefeituras da capital. Os valores do índice permitem a distribuição das 31 subprefeituras em seis estratos. No grupo I, com índice de saúde acima de 0,80, foram classificadas quatro subprefeituras que apresentavam, em 2005, mortalidade infantil variando entre 6,1 e 10,9 óbitos por mil nascidos vivos; 7,4 a 17,9% de mortalidade proporcional precoce; 32,5 a 51,6 casos por 100 mil habitantes de incidência de tuberculose e 33,1 a 38,3 óbitos por causas externas para 100 mil habitantes. Para todos os indicadores utilizados os valores são os mais baixos observados.

No grupo II, com índice de saúde entre 0,70 e 0,79, foram classificadas duas subprefeituras com mortalidade infantil de 8,0 e 9,5 óbitos por mil nascidos vivos; 15,3 e 19,8% de mortalidade proporcional precoce; 49,0 casos de tuberculose por 100 mil habitantes e 44,8 e 48,8 óbitos por causas externas para cada 100 mil habitantes. Comparativamente ao grupo anterior, este apresenta maior mortalidade proporcional precoce e maior mortalidade por causas externas.

No grupo III, havia quatro subprefeituras com índice de saúde entre 0,60 e 0,69. Nessas áreas a mortalidade infantil foi de 12,0 a 14,0 óbitos por mil nascidos vivos; a mortalidade proporcional precoce variou entre 16,4 e 23,7%; a incidência de tuberculose, entre 52,4 e 58,9 casos por 100 mil e a mortalidade por causas externas, entre 43,7 e 57,9 óbitos por 100 mil. Os indicadores são todos mais altos do que aqueles observados nos grupos I e II.

Três subprefeituras classificaram-se no grupo IV com índices de saúde entre 0,50 e 0,59. A mortalidade infantil variou de 11,7 a 12,9 óbitos por mil nascidos vivos; a mortalidade proporcional precoce, entre 14,8 e 26,2%; a mortalidade por causas externas, de 56,6 a 81,7 óbitos por 100 mil e a incidência de tuberculose, de 59,4 a 72,5 casos por 100 mil. Este grupo apresenta pior situação do que o anterior em relação à incidência de tuberculose e mortalidade por causas externas.

O grupo V reuniu 14 subprefeituras, com índices de saúde entre 0,40 e 0,49. A mortalidade por causas externas foi muito alta, variando entre 55,1 e 121,6 óbitos por 100 mil habitantes; a incidência de tuberculose também foi muito alta, entre 47,8 e 81,0 casos por 100 mil habitantes; a mortalidade proporcional precoce atingiu 20,1 a 42,1% dos óbitos e a mortalidade infantil chegou ao valor mais alto: 16,7 óbitos por mil nascidos vivos.

Finalmente o grupo VI reuniu quatro subprefeituras com índices de saúde muito baixos (< 0,40). Embora a mortalidade infantil e a mortalidade por causas externas sejam comparáveis àquelas observadas nos demais grupos (11,5 a 15,2 óbitos por mil nascidos vivos e 42,5 a 53,1 óbitos por 100 mil habitantes respectivamente), a mortalidade proporcional precoce chegou a 44% dos óbitos, e a incidência de tuberculose foi maior do que 70 casos por 100 mil em todas as subprefeituras. Há forte correspondência entre os índices de saúde e a renda média dos responsáveis pelos domicílios, que variou entre 17,67 salários mínimos no grupo I e 3,95 salários mínimos no grupo VI.

Em resumo, as desigualdades no nível de saúde e no uso de serviços de saúde parecem estar relacionadas com o nível absoluto de renda ou de riqueza dos países, estados, municípios e

divisões intramunicipais. O paradoxo da dissociação entre nível de renda ou riqueza e o estado de saúde começa a ser notado quando as comparações se restringem aos países ricos, ou seja, quando são feitas entre populações de países desenvolvidos, onde as necessidades básicas estão adequadamente supridas para a maioria da população, e mesmo as pessoas mais pobres ultrapassaram os limiares das carências materiais básicas.

A CONCENTRAÇÃO NA DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA RIQUEZA

Ainda na década de 1970 começa a chamar a atenção o fato de que, a partir de certo limiar de renda, os ganhos adicionais na esperança de vida deixam de estar associados aos níveis médios de renda.

Na década de 1980, Richard Wilkinson, estudando nove países desenvolvidos, mostrou que a esperança de vida ao nascer estava associada mais fortemente a indicadores de distribuição de renda do que ao PIB *per capita*. Na década seguinte, diversos estudos reforçaram as demonstrações empíricas da relação entre nível de saúde e distribuição de renda.

A partir de 1969 observa-se enorme crescimento das desigualdades na distribuição da renda, tanto entre os países como entre diferentes grupos sociais no interior de cada país. Em 2000, cerca de três quintos da população mundial viviam em sessenta países extremamente pobres, apropriando-se apenas de 6% da riqueza produzida no mundo, recebendo menos de dois dólares por pessoa por dia. Em vinte anos, entre 1977 e 1999, nos Estados Unidos, os 20% mais pobres da população tiveram redução

de 9% em sua renda, enquanto os 20% mais ricos tiveram um acréscimo de 43%. No topo da pirâmide, o 1% dos mais ricos teve um aumento de 115% em sua riqueza. Os quatrocentos cidadãos norte-americanos mais ricos possuem riqueza superior ao PIB da China.

Estudos que buscam explorar a relação entre nível de riqueza, distribuição de renda e satisfação com a vida, ou bem-estar mostram que, embora o nível geral de satisfação e bem-estar aumente com o crescimento do nível de riqueza do país, para o mesmo nível de riqueza, a satisfação e o bem-estar são maiores nos países que apresentam menor desigualdade na distribuição da renda.

O PARADOXO DA DISSOCIAÇÃO ENTRE RIQUEZA E NÍVEL DE SAÚDE

As análises das relações entre PIB *per capita* e esperança de vida ao nascer mostram que de maneira geral os países mais pobres também apresentam menores esperanças de vida. Entretanto, algumas exceções chamam a atenção e não são fáceis de serem explicadas no marco das teorias materialistas apresentadas no primeiro capítulo. Por exemplo, o Sri Lanka e o Vietnã, países muito pobres com PIB *per capita* inferior a US\$ 1.500,00, apresentam esperança de vida acima de 70 anos; o Gabão com PIB *per capita* mais alto que o do Brasil e com esperança de vida certa de 15 anos mais baixa; a Costa Rica com PIB *per capita* oito vezes menor do que o dos Estados Unidos e a mesma esperança de vida.

Entre os países pertencentes à Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (OCED), a correlação

entre o PIB *per capita* e a esperança de vida é mediana ($r = 0,5824$). Até o PIB *per capita* de 20 mil dólares, a relação é mais linear. A partir desse limiar, os acréscimos no PIB *per capita* não estão necessariamente associados a iguais aumentos na esperança de vida. Os países com maior longevidade de suas populações não são os mais ricos.

Cerca de três quartos da diferença na esperança de vida entre os países ricos pode ser explicada pela maior ou menor igualdade na distribuição da renda. As sociedades mais igualitárias compartilham uma característica comum, que é a maior coesão social. A saúde é produzida socialmente e algumas formas de organização social são mais saudáveis do que outras.

A esperança de vida se correlaciona com qualquer uma das medidas de concentração de renda: o coeficiente de Gini, a proporção da riqueza apropriada pelo percentil 70 da distribuição populacional, a proporção da população vivendo em pobreza relativa e outros. O mesmo pode ser observado para outros desfechos de saúde, como taxas de mortalidade infantil, mortalidade geral e específica por causas dentre as quais se destacam as mortes violentas.

Os impactos das desigualdades na qualidade de vida são diretos sobre os mais pobres, mas afetam as demais camadas da sociedade porque provocam deterioração da vida pública, perda do senso de comunidade, bem como aumento da criminalidade e da violência. A vida em sociedades com grandes desigualdades sociais parece menos civilizada, como afirma Wilkinson, importante estudioso do tema.

Wilkinson demonstra que os períodos em que houve maior aumento na esperança de vida na Inglaterra foram os que

coincideram com a primeira e a segunda guerras mundiais. Ao contrário do que seria esperado, a escassez a que a população civil foi submetida nessas épocas não foi acompanhada de redução na esperança de vida. No primeiro período, observou-se ganho de 6,6 anos na esperança de vida e, no segundo, 6,5 anos.

Durante as guerras houve piora no padrão de vida e deterioração dos serviços de saúde que foram prioritariamente direcionados para o atendimento aos soldados feridos. No entanto, a esperança de vida cresceu. Em ambos os períodos houve pleno emprego para fazer frente ao esforço de guerra e dramática redução na desigualdade de renda. O salário real da classe trabalhadora cresceu 9% enquanto na classe média caiu 7%. A coesão social aumentou em decorrência da união frente ao inimigo comum, das mudanças no mercado de trabalho e da política de cooperação para o esforço de guerra.

Além da maior coesão social e dos laços cooperativos que caracterizam o chamado capital social, outras explicações para melhor nível de saúde em situações de menor desigualdade apontam as políticas públicas universalistas como responsáveis por parcela dos resultados.

Os países mais igualitários gastam mais em bens e serviços públicos. Serviços universais de saúde podem reduzir as desigualdades basicamente de duas maneiras: diminuindo as diferenças nas condições de vida, representando um salário indireto para os trabalhadores e oferecendo serviços similares para toda a população. Em contrapartida, a segregação urbana reforça os efeitos negativos da desigualdade de renda, concentrando a pobreza, produzindo isolamento social e diminuição de oportunidades,

reduzindo a aplicação de recursos públicos nas áreas pobres e provocando o declínio da coesão social.

A menor esperança de vida nos países pobres pode ser o resultado da fome, do consumo de água contaminada e das más condições sanitárias, mas não é possível explicar por esses mesmos motivos a menor esperança de vida das pessoas que vivem nas áreas mais pobres dentro de países ricos. A pobreza é potencialmente fatal para os mais pobres, porém eles representam pequena parcela da população nas nações ricas. A desigualdade, entretanto, afeta todos os grupos sociais e tem maior impacto sobre a mortalidade mesmo entre os mais bem situados socialmente.

O melhor nível de saúde observado nas situações de menor desigualdade pode ser explicado através de comportamentos saudáveis que seriam mais frequentes nessas populações. Entretanto, conforme demonstrado pelo estudo dos funcionários públicos na Inglaterra, os tradicionais fatores de risco explicam menos de metade do excesso da mortalidade por doença isquêmica do coração entre os trabalhadores em diferentes posições ocupacionais.

Tomando como referência a taxa de mortalidade nos funcionários administrativos, os executivos apresentam risco de morrer por doença isquêmica do coração (DIC) 2,1 vezes maior. Desse excesso de risco, apenas 0,3 é explicado pelos fatores de risco tradicionais. Entre os gerentes, o excesso de risco é de 3,2 vezes com apenas 0,9 sendo explicado por exposições aos fatores de risco comportamentais. Para os trabalhadores manuais, o excesso é de quatro vezes e 1,4 é explicado por comportamentos não saudáveis.

Marmot, um dos autores do estudo, dá mais importância às condições e às relações no trabalho, como determinantes dos riscos observados, do que ao chamado "estilo de vida". Postula-se assim um conjunto amplo de determinantes psicossociais, relacionados com o maior ou menor controle sobre a vida, como elementos mediadores entre a posição social e o nível de saúde.

As desigualdades sociais em saúde são manifestações de determinantes sociais do processo saúde-doença. Os desfechos de saúde não são específicos a nenhuma causa em particular, mas o resultado de processos sociais nos quais interferem inúmeras mediações. Portanto, nenhuma resposta médica resolverá o problema, nem intervenções que enfatizem o estilo de vida concebido como fruto de escolhas individuais. O enfrentamento das desigualdades sociais em saúde depende de políticas públicas capazes de modificar os determinantes sociais, melhorar a distribuição dos benefícios ou minorar os efeitos da distribuição desigual de poder e propriedade nas sociedades modernas.