

## **DETERMINANTES SOCIAIS E IMPLICAMENTOS NA ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E CIDADANIA EFETIVAS**

Érica Rios de Carvalho<sup>1</sup>

### **RESUMO**

Este artigo tem a intenção de traçar um panorama de como as determinantes sociais, com seus impactos físicos e emocionais, afetam as condições de saúde/doença e o exercício da cidadania pelas pessoas. Propõe-se a análise das heterogeneidades em saúde e cidadania através do ângulo da vulnerabilidade generalizada, levando as determinantes sociais em consideração, mesmo com todos os seus desafios, visando a elaboração de políticas públicas de saúde mais efetivas. Trata-se de abordagem interdisciplinar, conjugando especialmente teóricos das áreas do Direito e da Sociologia. Debruça-se sobre os saberes e as práticas biomédicas, as políticas públicas de saúde brasileiras, a regulamentação normativa da saúde, especialmente à luz da Constituição de 1988, e o sujeito humano como sujeito de direitos.

**Palavras-chave:** Determinantes sociais. Saúde. Cidadania. Políticas Públicas.

### **INTRODUÇÃO**

Para se falar em determinantes sociais da saúde e da cidadania, primeiro é preciso tratar de alguns conceitos básicos. Neste trabalho, adota-se o conceito de cidadania de Thomas Marshall (1950), que a divide em três elementos que podem ou não estar presentes concomitantemente em uma determinada sociedade. Primeiro menciona a cidadania jurídica, relacionada à garantia de direitos fundamentais à população. É a que primeiro se conquista ou obtém, no processo de formação de um Estado e de uma sociedade. Além dela, existe a cidadania política, fortemente vinculada à participação eleitoral (direito de votar e ser votado, de acompanhar campanhas eleitorais e mandatos legislativos e executivos após o pleito). Nos países que se intitulam democráticos, esse elemento da cidadania está presente para toda ou quase toda a população adulta<sup>2</sup>. Por fim, e mais rara de ser encontrada, a cidadania social, que

---

<sup>1</sup> Advogada, Pós-Graduada em Direito Privado, Mestranda no Programa de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, com bolsa da FAPESB. E-mail: ericariosc@gmail.com

<sup>2</sup> Embora seja questionável a qualidade dessa cidadania política, uma vez que seu exercício pela maior parte da população parece ser desprovido de consciência crítica e real compreensão do cenário político de seu país.

depende da existência de educação e consciência política para todos, participação popular efetiva e garantia dos direitos fundamentais.

Thomas Marshall (1950) desenvolveu sua teoria fazendo um paralelo com o alcance dos direitos civis, políticos e sociais, respectivamente nos séculos XVIII, XIX e XX. Em suas obras, defende que a cidadania só pode ser considerada plena quando presentes os três elementos, os três tipos de direitos, o que estaria diretamente ligado à classe social e ao status de cada pessoa na sociedade.

No Brasil, é fácil perceber que somente indivíduos pertencentes às classes sociais mais abastadas alcançam o exercício amplo de seus direitos civis, políticos e sociais. Dentre as classes média e baixa, a ignorância e o desrespeito aos mais fundamentais direitos civis é recorrente – como, por exemplo, no caso do restrito e insuficiente acesso à saúde pública, em franca ofensa ao direito de igual e livre acesso para todos, previsto no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988<sup>3</sup>.

Importante conceituar também, portanto, o que sejam saúde e doença. Tratam-se de fenômenos sociais, vinculados a determinado contexto cultural e momento histórico. O que é considerado doença no Brasil pode não ser assim visto em outro país. E o que hoje a medicina ocidental reconhece como patologia, poderia não ser assim definido um século antes.

Ressalte-se que a medicina detém o poder de normalizar e categorizar doenças e comportamentos. É ela quem diz o que é “normal” e o que é “anormal”, legitimando e validando os diagnósticos através do domínio da tecnologia na área de saúde. Nesse sentido, Riessman (2003) diz que a normalização é a categorização, pela medicina, para adequação a graus de normalidade, conformidade com os padrões e regras aceitos pela sociedade.

Além de gerar conflitos e dificuldades de comunicação entre médicos e pacientes, através de relações desequilibradas de poder, essa situação pode mascarar decisões de cunho moral como se tivessem base científica, como será visto mais adiante neste trabalho.

Na discussão acerca das determinantes sociais de saúde e cidadania, não se pode olvidar as relações interpessoais, a dimensão do gênero (homens e mulheres lidam de formas diferentes com a saúde e a doença), a importância das redes sociais, a existência do controle

---

<sup>3</sup> Art. 196 da Constituição Federal de 1988 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

social sobre os comportamentos humanos, e as heterogeneidades, em geral, da saúde e da cidadania. Todos esses fatores serão aprofundados neste trabalho.

Nesse contexto, seria a conquista da cidadania social e do direito ao bem estar que melhorariam a saúde dos indivíduos e da coletividade? Nota-se que determinantes sociais de naturezas diversas influenciam nas condições de saúde das pessoas, de forma que a análise detalhada das mesmas pode muito contribuir na busca por uma saúde verdadeiramente universal no Brasil. A efetivação do direito social à saúde, garantido na Constituição de 1988, não depende somente de legislação e regras formais com previsões de medicamentos e atendimentos, mas também de um olhar social crítico, capaz de identificar e discutir as determinantes sociais que mais afetam a saúde (e a doença) dos brasileiros, diminuindo-lhes, por consequência natural, o exercício da cidadania.

## **EXPRESSÕES DA DOENÇA E IMPACTOS NA CIDADANIA**

É essencial conceituar saúde e doença, antes de aprofundar a análise das determinantes sociais que lhe afetam. Tanto a saúde quanto a doença são fenômenos sociais, dependendo de todo o contexto histórico e social para serem assim caracterizadas por uma determinada população em um determinado momento. A doença é uma evidência em uma determinada sociedade, em determinado momento, mas pode não ser ou não ter sido em muitas outras. Nesse sentido, pode-se citar como exemplo o estresse e a depressão, que nos dias atuais são patologias reconhecidas<sup>4</sup>, recebem tratamento com remédios e atendimento psicológico, mas algumas décadas atrás não eram condições ditas como de doença.

Vale ressaltar, ainda, que, a depender da sociedade e de elementos históricos e culturais, o significado da doença varia. Mas, de qualquer maneira, o reconhecimento de uma determinada condição ou situação como doença é um primeiro passo para o exercício da cidadania daquela pessoa. Porém a expressão da doença e seus impactos na cidadania vão ser diferentes em cada sociedade.

É possível que uma sociedade de cultura e tradição curativa se preocupe mais em sanar os sintomas e debelar a consequência quando já detectada a doença. Por outro lado, uma

---

<sup>4</sup> CID 10 F40-F48 e CID 10 F32/F33, respectivamente, conforme a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

sociedade de cultura e tradição preventiva vai se debruçar prioritariamente sobre as causas que geram doenças, tentando evitar que elas surjam.

Não só isso, mas a expressão e o reconhecimento da doença também podem variar de acordo com a classe social, na medida em que a medicina é mais presente e acessível em classes mais ricas, que têm mais conhecimento para reconhecer os sintomas. A dificuldade da linguagem também dificulta o consumo de serviços médicos pelos pobres, que têm a ignorância, nesse caso, como um obstáculo para a compreensão de sua situação ou condição.

Dáí se pensar que a falta de informação e conhecimento pode gerar a sub-utilização de serviços de saúde por classes mais pobres, uma vez que têm dificuldade de reconhecerem sintomas e perceberem que estão doentes, partindo, por fim, para buscar um tratamento. Por outro lado, aqueles que possuem mais capital cultural podem mais facilmente identificar sensações de morbidez (doenças) e, por isso, talvez até gerarem uma superutilização dos serviços de saúde<sup>5</sup>.

Historicamente, certas doenças foram mais frequentes em momentos diferentes da sociedade. Enquanto prevalecia a subsistência pela caça e pela pesca, as fraturas eram muito comuns. Nas sociedades urbanas, aumentou a ocorrência de doenças contagiosas e diarreias. Por fim, na sociedade industrial, observa-se a prevalência de doenças respiratórias crônicas, doenças decorrentes de exposição a substâncias tóxicas, problemas de coluna, entre outros. Isso porque as doenças decorrem de hábitos, condições e estilo de vida, do meio ambiente que circunda as pessoas, da posição social que ocupam e de suas relações sociais.

Disso tudo podem decorrer visões paradoxais da doença. Para alguns, pode ser vista como um mal inaceitável, intolerável, do qual o indivíduo precisa se livrar o mais rápido possível. Nessa perspectiva, existe uma rejeição social, uma inaceitabilidade da doença. Por outro lado, para outros, a doença pode ser vista como uma oportunidade de superação, de aprendizado, ou mesmo de lucro. Seguindo essa lógica, a indústria médico-farmacêutica parece patologizar cada vez mais a vida humana, em um processo de criação constante de novas enfermidades.

---

<sup>5</sup> Nesse diapasão, cabe mencionar que o acesso a planos de saúde no Brasil, devido a seus preços elevados, é restrito a classes médias e altas. Isso tem também impacto na sub-utilização de serviços de saúde pelos pobres, pois dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), que é notoriamente insuficiente e ineficiente para atender a toda a população. Assim, classes mais abastadas têm maior facilidade de acessar serviços de saúde através de seus planos particulares, tendendo até mesmo a superutilizá-los. Enquanto isso, os menos abastados permanecem à margem do direito fundamental à saúde.

A partir do século XIX, temos um sistema de doença, e não de saúde, na medida em que é crescente a patologização da vida (PARSONS, 2010). Até mesmo o desrespeito a padrões estéticos modernos vem sendo categorizado como doença. Exemplo disso é considerar-se que quem está acima do peso (principalmente para mulheres), não está saudável.

Observa-se, em verdade, um processo cada vez maior de medicalização da vida humana, como será melhor analisado adiante.

## **MEDICALIZAÇÃO E NORMALIZAÇÃO DA DOENÇA**

A medicina é hoje a única responsável e legitimada a criar/reconhecer doenças, devido ao exclusivo conhecimento técnico para tal. Só os médicos podem fazer diagnósticos nosológicos<sup>6</sup> de enfermidades e orientar tratamentos<sup>7</sup>, de onde advém um inegável poder desses profissionais em relação a toda a sociedade.

Segundo Goffman (2014), a medicina cria a doença através da legitimação da mesma pela validação tecnológica de diagnósticos, pelo humanismo médico e pela rotulização (*labeling*) da doença. O rótulo em questão pode se tornar um estigma social irreversível, como salienta o autor.

Riessman (2003) aduz que a medicalização deriva de dois processos sociais interligados: o comportamento ou conduta tida como doentia, anormal; e a categorização, pela medicina, do que seria um grau adequado de normalidade, de conformidade com os padrões aceitos ou esperados pela sociedade (processo de normalização).

Nessa perspectiva interacionista (RIESSMAN, 2003), bases morais para categorizar algo como doença podem tomar aparência científica através do poder da medicina. Exemplo disso foi o uso da expressão “homossexualidade” no passado, onde a orientação sexual

---

<sup>6</sup> De acordo com a Lei 12.842/2013, diagnóstico nosológico é a determinação da doença que acomete o ser humano, aqui definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios: I - agente etiológico reconhecido; II - grupo identificável de sinais ou sintomas; III - alterações anatômicas ou psicopatológicas.

<sup>7</sup> A Lei 12.842/2013, que dispõe sobre o exercício da medicina, esclarece que fisioterapeutas têm exclusividade do diagnóstico e tratamento fisioterapêutico, dentistas têm exclusividade do diagnóstico e tratamento ortodôntico, e assim por diante em relação a outras especialidades da área de saúde.

homoafetiva era categorizada como uma doença. Hoje, com o avanço do pensamento, da crítica e da própria medicina, essa ideia cedeu ao entendimento de que não se trata de uma enfermidade ou de algo a ser curado, e sim de uma condição natural entre seres humanos, consideradas suas diversidades e idiossincrasias.

Ainda dentro dessa análise sobre a medicalização da saúde, Parsons (2010) observa que o doente exerce um papel social, pois dele são esperadas determinadas reações e comportamentos específicos. Além disso, devido ao domínio da linguagem técnica ser somente do médico, o doente fica em uma condição de vulnerabilidade, seja pela ignorância, seja pela fragilidade física e emocional típica de quem não está em perfeitas condições de saúde.

No exercício de seu papel social de doente, é dispensado de seus papéis sociais normais enquanto não se cura; não é responsabilizado por estar doente (por ser entendido como portador de um desvio social legítimo)<sup>8</sup>; não deve extrair prazer ou satisfação da sua condição; e deve tentar curar-se a todo custo. Se não desempenhar adequadamente tal papel, as consequências são a ausência de simpatia e empatia, bem como a rejeição social (abandono, isolamento, falta de cuidado).

Em contraste a essa patologização da vida, vale observar o que se entende como saúde.

## **SAÚDE COMO FENÔMENO SOCIAL**

A saúde é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Já o artigo 196 da Constituição de 1988 diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros

---

<sup>8</sup> Ressalvada aqui a posição dos planos de saúde, especialmente nos Estados Unidos, onde a análise de doenças preexistentes e as probabilidades genéticas de cada indivíduo são levadas em conta quando da assinatura do contrato de seguro. Pode-se dizer que há uma responsabilização do doente pela sua condição nesse cenário, uma vez que portadores de doenças crônicas e/ou de alto custo de tratamento são comumente rejeitados pelos planos de saúde como contratantes. O mesmo ocorre com aqueles cuja genética indica altas chances de desenvolverem determinadas patologias consideradas de alto custo para os planos. Evidentemente, por serem agentes da iniciativa privada e visarem o lucro através da sua atividade empresária lícita, os gestores dos planos de saúde não têm obrigação de aceitarem todo e qualquer proponente-contratante. O que se ressalva aqui é somente que, dentro das relações entre os indivíduos e os planos de saúde, os doentes são, sim, responsabilizados por serem ou estarem enfermos, na medida em que são por isso impedidos de contratar esse serviço em específico.

agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Diante desses conceitos amplos, nota-se claramente que a saúde é um fenômeno social ainda mais complexo que a doença, pois não se resume à mera ausência da enfermidade. Seria ela um objetivo ideal da vida? O seu ponto de equilíbrio? Ou, como diz Herzlich (2004), a obrigação de cada pessoa?

Ocorre que esses conceitos da OMS e da Constituição de 1988, quando contrastados com a realidade brasileira, chegam a parecer uma aporia, ou mesmo uma utopia. Ainda que se entenda serem normas programáticas, a apontarem um objetivo a ser alcançado pela sociedade como um todo, o cenário atual da saúde revela, mesmo aos olhos do senso comum e das observações cotidianas do homem médio, abissal distância entre a previsão legal e a prática.

E, nesse diapasão, determinantes sociais diversas influenciam para que a realidade não se pareça em nada com os belos conceitos de saúde trazidos pela OMS e pela Constituição Brasileira de 1988.

## **DIMENSÕES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COMO DETERMINANTES SOCIAIS: GÊNERO, REDE E CONTROLE SOCIAIS**

Doença e saúde articulam-se entre os âmbitos biológico e social. Essa articulação está inserida nas relações de gênero, de dominação e de cuidado (BOURDIEU, 1998). Contribuem para a perpetuação da dominação masculina: (i) a violência efetiva (conjugal, sexual, mortes por abortos, falta de acesso a serviços médicos, etc.); (ii) a violência simbólica (tendência a submissão, culpabilização da vítima, sensação de constante ameaça e outros mecanismos de reprodução da dominação); (iii) a divisão do trabalho e das atividades segundo o gênero (mulheres predominam no papel de cuidadoras); e (iv) a estrutura do espaço (público para homens, privado para mulheres).

Conquanto estejam presentes em todas as relações humanas as dimensões de antagonismo (relações de força e opressão), complementariedade e concorrência, no caso das relações de gênero estão presentes o antagonismo, a transversalidade (um funciona mesmo sem o outro), a dinâmica (podem avançar ou retroceder a depender do momento histórico) e a

produção de categorização social, através da ideia do “verdadeiro homem” e da “verdadeira mulher” (FOUCAULT, 1977).

Existe uma dupla face das questões de poder de gênero em relação à saúde e à cidadania, conforme analisam Gutierrez e Minayo (2008). Se por um lado a mulher é a “rainha do lar”, a cuidadora por excelência, por outro tem mais dificuldades no mercado de trabalho (obtenção de postos e salários em condições de igualdade aos homens) e espera-se que seja submissa e emotiva. Já quanto aos homens, por um lado têm privilégios e poderes na sociedade, pelo seu papel historicamente construído, e por outro sofrem com a alienação emocional, por se esperar deles que sejam “fortes”, não sucumbam a lágrimas ao ficarem doentes e não demonstrem ansiedade, medo ou nervosismo.

Vê-se, assim, que as condições de saúde e doença são vivenciadas e encaradas de forma diferente por homens e mulheres. A própria sociedade deles espera condutas diversas face às enfermidades (quer acometam a si mesmos, quer a familiares e amigos). É possível inferir, diante disso tudo, que a questão do gênero constitui mais uma determinante social de saúde e cidadania.

Ademais, extrapolando-se a análise de gênero para uma análise mais ampla, de toda a rede social de um indivíduo, Gutierrez e Minayo (2008) dizem que a relação entre essa rede e a saúde individual pode representar um círculo virtuoso ou um círculo vicioso. Virtuoso porque tanto o apoio da rede ajuda a proteger a saúde das pessoas, como a pessoa saudável fortalece e amplia sua rede. E vicioso porque tanto a doença afasta a pessoa de sua rede, quanto uma rede ausente piora as condições de saúde da pessoa.

Nesse sentido, “a pobreza relativa das relações sociais constitui um fator de risco para a saúde comparável a fumar, à pressão arterial elevada, à obesidade e à ausência de atividade física.” (SLUZKI, 1997, p. 69)

Há que se observar também o papel exercido pela mídia e pelo controle social no âmbito da saúde e da cidadania. Existe um código específico de conduta por cada grupo social. Esse tipo de código é imposto globalmente junto com a cultura dos países hegemônicos através da disseminação midiática. Passa-se a repetir comportamentos, costumes, modas e expectativas em uma escala planetária. Para a obediência ou não a tais padrões, existem sanções positivas (recompensas, popularidade, sensação de pertencimento ao grupo) e negativas (exposição ao ridículo e exclusão social).



Além disso, observa-se a reprovação mútua entre grupos distintos (ricos e pobres, especialmente)<sup>9</sup>. Essa disseminação de códigos específicos de conduta ratifica a oposição entre classes sociais profundamente desiguais através de representações que repetem estruturas iníquas em novelas, filmes, etc. (NERI & SOARES, 2002)

As diferentes classes sociais têm diferentes ideias de doença como impedimento de funcionalidade do corpo. Os pobres parecem valorizar a resistência à dor e só procurar os médicos quando os sintomas da doença os impedem de trabalhar, de fazer o uso normal do corpo. Daí a dificuldade dos pobres em aderirem à noção de prevenção, que se inscreve em uma planificação do tempo a partir da escuta do corpo. Apesar de recentes mudanças nos perfis, antigamente era comum os pobres favorecerem um corpo mais forte, enquanto os ricos buscavam uma espécie de refinamento, um bom gosto e certo ascetismo. Boltansky (1987) observou isso em relação às classes sociais francesas.

Dentro deste cenário uniformizante e controlado, surgem alguns efeitos estruturantes em relação aos cuidados com a saúde. Um deles é a vergonha de si mesmo, do próprio corpo, devido a padrões de beleza culturalmente impostos e pela estigmatização do corpo.

Outro efeito é a desapropriação cultural de determinadas populações ou grupos que são subjugados pela uniformização dos códigos de conduta sociais. Ocorre uma quebra de tabus religiosos e sociais com o fim de possibilitar a reconquista do corpo pelo sujeito. Isso pode também ser descrito como o final de um processo objetivo de desapropriação cultural, pois é correlato a um crescimento da necessidade social de especialistas.

Busca-se exterminar costumes de comunidades tradicionais em relação a tratamentos alternativos, o que acaba também extinguindo aspectos culturais e obstaculizando acesso a certos tratamentos para pessoas pobres, cuja única opção seria aquela religiosa/cultural, já que não alcançam o Sistema Único de Saúde (SUS) e muito menos planos de saúde. Assim, a saúde vai ficando cada vez mais inacessível para os pobres, mantendo-se como um lugar exclusivo dos privilegiados.

---

<sup>9</sup> A título de exemplo, vê-se que as mulheres pobres reprovam as mais ricas por terem tempo e dinheiro de sobra para cuidar da saúde, e também pela sua vaidade. Enquanto isso, as ricas reprovam as pobres por suas roupas, cuidados pessoais, etc.

## **SAÚDE PÚBLICA: CUSTOS CRESCENTES E TENSÕES PARADIGMÁTICAS**

É consenso doutrinário que a saúde é um setor da sociedade cujos custos financeiros são sempre crescentes (BAUMOL, 2012). Suas necessidades são culturais, cultivadas, e aumentam à medida em que são satisfeitas. Porém o autor defende que a saúde sempre será custeável pelo Estado, desde que administrada com honestidade e eficiência. Isso porque embora os custos com a saúde sempre tendam a crescer, em outras áreas eles tendem a diminuir, equilibrando a balança<sup>10</sup>.

De qualquer maneira, o custo crescente da saúde representa um imenso desafio para os Estados Nacionais na contemporaneidade. Ainda mais quando se lida com uma constante tensão entre os paradigmas sócio-político e biomédico/bacteriológico na saúde pública.

O paradigma social e político defende que ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, pois as condições sócio-econômicas exercem um importante efeito sobre a saúde e a doença. O próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e implica necessariamente na intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

Já o paradigma biomédico e bacteriológico enfoca o surgimento uma nova medicina após as descobertas de bactérias e vírus, estreitando o foco da saúde pública, que passa a se distanciar das questões políticas e dos esforços para reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo e preventivo.

A longo do século XX, observa-se a tensão entre esses 2 paradigmas. A cada período, um tem mais ênfase do que o outro. Com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS em 2005, atualmente prevalece o paradigma Social e Político. Porém é importante que os dois caminhem juntos, sempre presentes, para se alcançar melhores resultados na saúde pública, pois ambos trazem aspectos reais e inegáveis da vida e da doença.

Sendo assim, mais essencial ainda se tornam os estudos sobre as determinantes sociais de saúde e cidadania. Contudo, eles enfrentam alguns desafios, conforme será visto adiante.

---

<sup>10</sup> Em áreas onde o avanço tecnológico reduz os custos de produção, por exemplo, como as telecomunicações e os transportes.

## **DESAFIOS DOS ESTUDOS SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E CIDADANIA**

O primeiro desafio encarado ao se estudar determinantes sociais de saúde e cidadania é manter em mente que a relação de determinação nunca é direta, de causa e efeito. Tratam-se de fatores e relações complexas de interdependência e imbricamento.

Outro desafio é identificar onde e como devem ser feitas as intervenções com o objetivo de reduzir as iniquidades em saúde. É evidente, por exemplo, que em uma determinada comunidade em situação de extrema pobreza e frequentemente atingida por doenças como tuberculose, dengue e infecções do trato digestório, a implementação de saneamento básico será fundamental para a melhoria das condições de saúde dos residentes. Porém nem toda situação fática terá remédios tão óbvios ou simples. Cada caso deverá ser analisado com detalhes, sensibilidade e visão crítica, afim de se encontrar as medidas mais eficientes a serem adotadas para redução da morbidez e ampliação da dignidade e do exercício da cidadania pelas pessoas.

Um terceiro desafio aos estudos em tela é que não há uma correlação constante entre os macro-indicadores da riqueza de uma sociedade, como o Produto Interno Bruto (PIB), com os indicadores de saúde. Os países têm investimentos variados em saúde pública em relação ao seu PIB, que variam conforme o sistema adotado, a vontade política em determinado momento histórico e mesmo as necessidades específicas de cada local. Da mesma forma, fatores diversos influenciam nos indicadores de saúde extraídos em cada país, desde geografia e clima, até aspectos culturais e comportamentais das pessoas.

Novamente, frisa-se que não há determinismo direto entre fatores como classe social, gênero, rede social específica, moradia ou capital cultural e iniquidades na área de saúde. Tratam-se de determinantes sociais relevantes e que não podem ser olvidadas ao se fazer qualquer estudo sobre saúde e cidadania, mas que não podem jamais ser isoladas e encaradas como determinação direta ou causa vinculante de certos efeitos.

Por fim, não há presunção de que, dadas condições ideais, as heterogeneidades desapareceriam (HERTZMAN, FRANK & EVANS, 1994). É possível que, mesmo adotadas as medidas e políticas mais eficientes para garantir o direito à saúde das pessoas, ainda permaneçam iniquidades nessa área.

Os referidos autores apontam fontes diversas para tais iniquidades em saúde e cidadania: (i) causalidade inversa entre saúde e doença; (ii) suscetibilidades diferentes, a depender de genética e outros fatores; (iii) estilos individuais de vida; (iv) ambiente físico; (v) ambiente social ou redes sociais; (vi) desigualdade de acesso a serviços de saúde preventivos e curativos.

Este trabalho sugere a análise das heterogeneidades em saúde e cidadania através do ângulo da vulnerabilidade generalizada, segundo o qual as determinantes sociais de saúde nem sempre são claras, embora os diagnósticos possam ser. Esse ângulo entende que não é apenas um fator isolado que causa certa doença, mas um feixe complexo de determinantes sociais que geram vulnerabilidade generalizada, associada à posição social do indivíduo (HERTZMAN, FRANK & EVANS, 1994).

A análise das heterogeneidades através da vulnerabilidade generalizada se opõe à epidemiologia clássica, que tem por objetivo meramente bloquear os mecanismos patogênicos que causam as doenças (HERTZMAN, FRANK & EVANS, 1994).

Os referidos autores propõem três abordagens concomitantes para se estudar como as determinantes sociais provocam iniquidades de saúde e cidadania. Deve-se analisar aspectos físico-materiais na produção da saúde e da doença, na medida em que as diferenças de renda influenciam por causa da escassez de recursos e pela ausência de investimentos em infraestrutura, decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. A segunda frente de análise deve incluir os aspectos psico-sociais, pois as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde influenciam na mesma (exemplo: estresse, insatisfação, apatia). E, por fim, deve-se considerar o desgaste do “capital social”, ou seja, o desgaste das relações solidárias e de confiança entre grupos. A desigualdade minora a confiança entre as redes sociais, influenciando fortemente na condição de saúde e cidadania do indivíduo.

As três abordagens devem ser concomitantes porque todos os mecanismos estão interligados e o sistema é complexo. Então, a análise não pode ser simplista, embora deva ser simples.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o conceito programático de saúde trazido pela OMS e pelo artigo 196 da Constituição de 1988, é evidente que a realidade brasileira ainda se encontra muito distante do ideal. E, sendo a saúde direito fundamental, o exercício da cidadania resta comprometido enquanto ele não for universalmente garantido, exatamente nos termos do artigo da Carta Magna citado.

Embora as determinantes sociais aqui abordadas não sejam as únicas existentes, e nem vinculem relação direta de causa e efeito com as iniquidades existentes na área da saúde, seu estudo aprofundado é um imperativo. Sem melhor entendê-las, não se pode elaborar projetos de políticas públicas em saúde que venham a ser eficientes.

Para tal, propõe-se a análise das heterogeneidades em saúde e cidadania através do ângulo da vulnerabilidade generalizada, por ser mais adequada para levar em consideração todas as complexidades da matéria, sem, no entanto, complicar seu estudo.

Dentro desse modelo proposto, conclui-se que uma política social que vise aproximar a realidade da previsão (quase utópica) do ideal de saúde da OMS e da Constituição de 1988 deve conjugar algumas características. Deve ser preventiva, indo à raiz dos problemas, e não meramente curativa. Deve também ser redistributiva de renda e de poder, e não somente distributiva. Deve ser emancipatória, proporcionando às pessoas autonomias política e econômica. E, por fim, deve ser equalizadora de oportunidades, incentivadora de projetos próprios de desenvolvimento em cada cidadão.

## REFERÊNCIAS

BAUMOL, William. **We can have it all: Why health care will still be affordable.**

Publicado em novembro de 2012. Disponível em < <http://www.irpp.org/en/po/come-together/the-wonk-we-can-have-it-all-why-health-care-will-still-be-affordable/>> Acesso em 10 jul. 2013.

BOLTANSKI, Luc. **The Making of a Class. Cadres in French Society.** Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

BOURDIEU, Pierre. **La Domination Masculine**. Paris: Éditions du Seuil, 1998: 11-35.

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 12.842/2013**. Dispõe sobre o exercício da medicina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12842.htm)>. Acesso em: 23 mai. 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1977: 127-149.

GOFFMAN, Irving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 4ª edição, 2004.

GUTIERREZ, D. M. D. e MINAYO, M. C. de S. **Família, Redes Sociais e Saúde: o imbricamento necessário**. Florianópolis: Fazenda Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder, 2008.

HERTZMAN, C., FRANK, J. & EVANS, G. **Heterogeneities in Health Status and the Determinants of Population Health**. In: Evans, R., Barer, M. \* Marmot, T. **Why are some people healthy and others not: the determinants of the health of populations**. New York: Aldine de Gruyter, 1995, p. 67-HERZLICH, Claudine. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):383-394, 2004.

MARSHALL, Thomas Humphrey. **Citizenship and social class and other essays**. Cambridge: CUP, 1950.

NERI, Marcelo e SOARES, Wagner. **Desigualdade Social e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 18 (suplemento), 2002: 77-87.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> Acesso em 23 mai. 2014.

PARSONS, Talcott. **The Sick Role and Chronic Illness**. *Body & Society*, 2010-16: 72-94.



## Direitos Humanos, Ética e Dignidade

---

18 a 24 de outubro de 2015

**RIESSMAN, C. K. Women and medicalization: a new perspective (ch. 4) from "THE POLITICS OF WOMEN'S BODIES: SEXUALITY, APPEARANCE, AND BEHAVIOR"** ed. Weitz, r. New York: Oxford University Press, 2003.

**SLUZKI, C.E. A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.