

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO

MESTRADO EM: ECONOMIA E POLÍTICA SOCIAL

ENVELHECIMENTO E INEQUIDADES NA SAÚDE

NUNO PEDRO MENDES MARTINS

Orientação: Prof. Doutor Francisco José Duarte Nunes

Júri:

Presidente: Prof^ª. Doutora Maria Manuela de Brito Arcanjo

Vogais: Prof. Doutor João António Catita Garcia Pereira

Prof. Doutor Francisco José Duarte Nunes

OUTUBRO/2007

Envelhecimento e Inequidades na Saúde

SIGLAS

ADL – Activities of Daily Life

BHPS – British Household Panel Survey

ECHP – European Community Household Panel

ECHP – UDB – European Community Household Panel – User's Database

EUA – Estados Unidos da América

IADL – Instrumental Activities of Daily Life

ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health

ISEqH – International Society for Equity in Health

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde/World Health Organization

QALY – Quality Adjusted Life Year

SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

ENVELHECIMENTO E INEQUIDADES NA SAÚDE

Nuno Pedro Mendes Martins

Mestrado em: Economia e Política Social

Orientador: Prof. Doutor Francisco José Duarte Nunes

Provas concluídas em:

RESUMO

O envelhecimento, visto como um processo de declínio funcional, apresenta grandes afinidades conceptuais com a saúde. O acesso à saúde, um bem de mérito constituinte das liberdades positivas, é determinante para a qualidade de vida e para a participação activa na sociedade, pelos idosos. As desigualdades na saúde, verificadas no processo de envelhecimento, são injustas quando se associam a desvantagens sociais, mediadas pelos determinantes sociais da saúde – as inequidades. A *justiça como equidade*, de John Rawls, e a abordagem das capacidades, de Amartya Sen, enquadram esta abordagem indirecta à equidade na saúde que deve, sempre, procurar conciliar valores como a liberdade, a igualdade e a eficiência. Este trabalho conclui-se propondo um modelo conceptual que permita futuras explorações metodológicas e empíricas na abordagem à dinâmica das inequidades na saúde verificadas no processo de envelhecimento. Contém quatro vertentes: a precocidade da morte e as incapacidades como variáveis endógenas; a desvantagem social abordada através da privação; a introdução de agregação social multinível no modelo e a construção de tipologias dinâmicas do envelhecimento.

Palavras-chave: Equidade (D63), Saúde (I10), Incapacidades (I12), Privação (I32), Envelhecimento (J14)

HEALTH INEQUITIES ON AGING

Nuno Pedro Mendes Martins

ABSTRACT

Defining aging as a functional decline process reveals its close affinities to health. Access to health is a high valuable good constitutive of positive liberties and has a great impact on quality of life and social participation of the aged. Aging process health inequalities are unfair, when associated with disadvantage mediated by social determinants of health. Rawls' *justice as fairness* and Sen's capability approach frame this indirect approach to health equity, based on the concept of inequity. It must, always, balance social values as liberty, equality and efficiency. This work proposes a conceptual model allowing future developments on methodological and empirical approaches to the dynamics of health inequities at the aging process. Its four main components are early death and disability as endogenous variables, social disadvantage represented by deprivation, a multilevel structure of model and the construction of a dynamic typology of aging.

Key-words: Equity (D63), Aging (J14), Health (I10), Disability (I12), Deprivation (I32)

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS..... | 8 |
| AGRADECIMENTOS | 10 |
| I. INTRODUÇÃO..... | 11 |
| II. EQUIDADE..... | 19 |
| 1. Relevância da equidade como processo de decisão colectiva | 21 |
| 1.1. Ética social e económica – valores sociais | 21 |
| 1.2. Equidade e eficiência | 26 |
| 1.3. Diferentes abordagens ao conceito de equidade | 33 |
| 1.4. Limites à equidade – controlo e agência..... | 37 |
| 2. Teorias de Justiça e equidade – defesa de uma perspectiva liberal-igualitária..... | 41 |
| 2.1. Teorias de Justiça – breve classificação..... | 41 |
| 2.2. Quatro perspectivas: Utilitarismo, Libertarismo, Marxismo e Igualitarismo Liberal | 43 |
| 2.3. Princípios de justiça e igualdade das capacidades | 53 |
| 2.4. Defesa de uma abordagem liberal-igualitária | 63 |
| 3. Aplicação da equidade à saúde | 66 |
| 3.1. Saúde – suas especificidades como distribuendum..... | 66 |
| 3.2. Direitos à saúde | 70 |
| 3.3. Limites à igualdade na saúde | 73 |
| 3.4. Equidade na saúde – consequencialismo mitigado | 81 |
| 4. Inequidades na saúde – uma abordagem indirecta..... | 84 |
| 4.1. Definições operacionais de equidade na saúde..... | 84 |
| 4.2. Quadro institucional e mudança social | 90 |
| 4.3. Saúde e as outras esferas da qualidade de vida..... | 95 |
| III. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE | 99 |
| 1. Desigualdades na saúde como problema social | 101 |
| 1.1. Saúde – um problema social | 101 |

| | | |
|---------------------------------|--|------------|
| 1.2. | Desigualdades em saúde – razões éticas para um problema social | 103 |
| 1.3. | Estrutura social e desigualdades em saúde – uma perspectiva plural..... | 108 |
| 2. | Determinantes Sociais da Saúde – diferentes abordagens | 111 |
| 2.1. | Função de produção de saúde e seus determinantes | 111 |
| 2.2. | Saúde e rendimento: o caso da Curva de Preston..... | 119 |
| 2.3. | Pobreza e desigualdade – o gradiente social da saúde | 124 |
| 2.4. | Uma abordagem multidimensional às desigualdades sociais na saúde | 129 |
| 3. | Contexto Político e Social - determinante da saúde..... | 136 |
| 3.1. | Contexto social e saúde | 136 |
| 3.2. | Contexto político e saúde | 138 |
| 3.3. | Desigualdades em saúde, resultado de processo político: a estrutura de classes | 142 |
| 4. | Determinantes Sociais e Saúde – ligações e percursos causais | 146 |
| 4.1. | Desvantagem social e saúde: nexos causal | 146 |
| 4.2. | Privação absoluta e privação relativa | 153 |
| 4.3. | Capital social: mediador da influência social na saúde..... | 157 |
| 4.4. | Abordagens neo-materialista e psicossocial..... | 164 |
| 5. | A privação: uma abordagem multidimensional às desigualdades na saúde..... | 169 |
| IV. ENVELHECIMENTO | | 173 |
| 1. | Envelhecimento – problema social..... | 175 |
| 1.1. | Envelhecimento – processo individual e social | 175 |
| 1.2. | Transição epidemiológica e envelhecimento | 179 |
| 1.3. | Implicações sociais do envelhecimento..... | 181 |
| 2. | Envelhecimento e equidade..... | 186 |
| 2.1. | Envelhecimento e qualidade de vida – implicações na equidade | 186 |
| 2.2. | Responsabilidade individual e social – a relação de agência | 194 |
| 3. | Envelhecimento e desigualdades – três estudos empíricos | 198 |
| V. CONCLUSÃO | | 207 |
| BIBLIOGRAFIA..... | | 219 |

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadros

| | | |
|------------|---|-----|
| Quadro 1 - | Desigualdades socioeconómicas da saúde em 14 países europeus – índices de concentração e de mobilidade | 113 |
| Quadro 2 - | Efeitos, de curto e longo prazo, das condições macroeconómicas na taxa de mortalidade | 118 |
| Quadro 3 - | Estudo multinível da mortalidade na Noruega..... | 126 |
| Quadro 4 - | Relação entre confiança institucional e auto-percepção de má saúde - odds ratios | 162 |
| Quadro 5 - | Comparação dos efeitos standardizados, no estado de saúde, da idade e da proximidade ao momento da morte..... | 190 |
| Quadro 6 - | Posição socioeconómica e qualidade de vida ^{b)} elevada por grupo etário em 10 países europeus – <i>odds ratio</i> | 201 |
| Quadro 7 - | Baixo nível socioeconómico e má saúde nos idosos – mortalidade e auto-percepção da saúde..... | 203 |

Figuras

| | | |
|------------|--|-----|
| Figura 1 - | Libertarismo – apropriação original..... | 46 |
| Figura 2 - | Rawls e a distribuição da vantagens sociais – 2º princípio..... | 50 |
| Figura 3 - | Longevidade - Comparação internacional entre géneros..... | 78 |
| Figura 4 - | Diferenças na taxa de mortalidade entre classes ocupacionais – comparação de 11 países europeus..... | 112 |
| Figura 5 - | Limitações às actividade diárias – índices de concentração e de mobilidade..... | 115 |
| Figura 6 - | Auto-percepção da saúde - Decomposição dos índices de concentração por factores . | 116 |

| | |
|--|-----|
| Figura 7 - Rendimento per capita e esperança média de vida – comparação internacional..... | 123 |
| Figura 8 - Função de produção de saúde..... | 135 |
| Figura 9 - Neoliberalismo e seus efeitos na saúde populacional | 139 |
| Figura 10 - Diferentes dimensões do conceito de capital social | 160 |
| Figura 11 - Ligações causais entre saúde e contexto social e político..... | 171 |
| Figura 12 - Incapacidades - actividades de vida diária e participação social..... | 186 |
| Figura 13 - Declínio terminal – efeitos do envelhecimento e do processo de morte..... | 189 |
| Figura 14 - Esperança de vida e morbilidade – 3 cenários..... | 191 |
| Figura 15 - Auto-percepção da saúde e classe ocupacional, com mobilidade social | 205 |
| Figura 16 - Auto-percepção da saúde e classe ocupacional – sem mobilidade social..... | 205 |

AGRADECIMENTOS

Esta Dissertação de Mestrado não terminou da forma como a imaginava inicialmente. Talvez todas sejam assim, a partir de certo ponto arrastam o autor por caminhos inesperados, todas tenham este elemento de Descoberta. Talvez!

Felizmente não fiz esta viagem sozinho. A todos os que me acompanharam o meu reconhecimento é pouco.

À Teresa, pelas inúmeras leituras e correcções deste meu português difícil, pela construção a dois de muitos outros percursos;

Ao meu Professor e Orientador, Francisco Nunes, que me manteve junto à linha da costa, pelo que me fez pensar, pelos conselhos sábios, pela crítica certa, pela motivação e pela liberdade e autonomia;

Ao Professor José Amendoeira, que me ouviu, pelo seu testemunho de académico e de profissional de saúde;

Aos meus pais, Ivone e António, pelo apoio e disponibilidade e pela leitura atenta e interessada;

Aos amigos e colegas, pelo interesse, pela paciência e pela amizade;

E por fim, à Fífas e ao Zé Tó, a quem dedico este trabalho, por nascerem, crescerem e aprenderem tanto;

A todos Muito Obrigado.

I. INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Presentemente, o envelhecimento constitui um problema social que ocupa um lugar de crescente relevância, com importantes implicações na qualidade de vida das pessoas, nas perspectivas de realização dos seus projectos de vida e na sustentabilidade dos sistemas de protecção social.

Ao longo do século XX, verificaram-se crescentes ganhos na saúde das populações, resultantes da generalização dos cuidados de saúde, acompanhada por significativos desenvolvimentos nos conhecimentos científicos e na tecnologia da saúde, e da melhoria das condições de vida, concretizadas em melhores condições na habitação e no ambiente de trabalho, na higiene, na nutrição. O aumento dos recursos de saúde permite que as pessoas estejam menos sujeitas e respondam melhor às agressões em saúde, diminuindo a exposição e susceptibilidade aos riscos de saúde, e, em paralelo, adquiram, desde a primeira infância, condições para usufruir, ao longo da vida, de um padrão de saúde mais elevado. Esta evolução dos determinantes de saúde está na origem da redução da mortalidade infantil, nos jovens e nos adultos, associada às menores incidência e severidade das doenças transmissíveis. O aumento da esperança média de vida deve-se, em boa parte, à redução da mortalidade e morbidade precoces. Mais frequentes nos idosos, as doenças crónicas e as incapacidades passaram a ser as ocorrências de saúde com maior peso na morbidade e, em simultâneo, as causas de morte mais importantes. O prolongamento da vida está associado a mais anos de dependência, incapacidades e doença crónica. A alteração dos perfis da mortalidade e morbidade nas populações – a transição epidemiológica – está na base do aumento do peso dos idosos na população, da crescente prevalência das doenças crónicas e incapacidades e dos custos sociais associados.

INTRODUÇÃO

A saúde e o envelhecimento são dois problemas sociais intrinsecamente relacionados. Não só pelas razões acima expostas, mas também por estarem associados a riscos sociais, inibidores do exercício pleno dos direitos e liberdades. Têm na sua génese a perda de capacidades, sejam estas funções fisiológicas ou funcionalidades que permitem a relacionamento com os outros e a participação social. Não descurando outros obstáculos à participação dos idosos na vida pública, as quebras importantes da saúde têm impactos significativos no nível geral de bem-estar das pessoas, seja físico, psicológico ou social, e por esta via, na sua qualidade de vida.

A qualidade de vida e a saúde são dois conceitos com inúmeros pontos de contacto, principalmente quando se entende a saúde, não como a ausência de doença ou incapacidade, mas sim dando especial relevância ao seu significado para as pessoas e ao seu valor social. Nesta perspectiva, a saúde não é só um determinante da qualidade de vida, como um seu muito relevante constituinte, já que a saúde é um vector de funcionalidades centrais para a concretização dos objectivos das pessoas em resultados. As perdas em saúde significam mais que o seu impacto directo no bem-estar, expresso frequentemente em sofrimento. As perdas em saúde põem em causa a capacidade das pessoas viverem a vida que aspiram viver. Neste sentido, o direito fundamental à saúde não pode ser menos que o direito ao mais amplo padrão de saúde para todos. As perdas em saúde ferem as mais comuns intuições de justiça.

A integração dos princípios de Justiça Social na análise dos problemas sociais decorre da necessidade de garantir justo equilíbrio, entre os diferentes valores, interesses e crenças em jogo, no usufruto dos direitos sociais. A análise dos problemas sociais

INTRODUÇÃO

contempla elementos normativos que resultam da concretização das Teorias de Justiça em critérios de equidade.

O primeiro capítulo deste texto procura clarificar os elementos que devem estar contidos nos critérios de equidade de modo a assegurar que a formulação e implementação das políticas públicas, nomeadamente as políticas sociais, tomem em consideração os princípios e as intuições de justiça. Para o efeito, as suas quatro secções foram organizadas da maior abstracção dos valores e princípios para a concretização dos critérios de equidade à saúde. A primeira e segunda secções procuram defender a opção por uma abordagem liberal-igualitária à equidade, tributária da *justiça como equidade* de John Rawls e da abordagem das capacidades de Amartya Sen, não sem antes procurar-se estabelecer os limites ao âmbito da equidade: a sua articulação com a eficiência e o impacto da agência individual e do controlo social na produção dos bens sociais. As duas últimas secções focam-se especificamente na equidade na saúde. Primeiro, os critérios da equidade são adequados à especial centralidade da saúde na qualidade de vida e nas liberdades positivas, por um lado, e, por outro, à dupla natureza da saúde com bem social e natural. Segundo, o consequencialismo mitigado defendido na terceira secção é concretizado na abordagem à equidade na saúde ancorada nas desigualdades verificadas entre grupos sociais. Desta resulta o conceito de *inequidade* – operacionalizada como uma desigualdade social na saúde, em que o grupo sujeito a desvantagem social apresenta, também desvantagem na saúde. Para a avaliação da inequidades é fundamental atender à capacidade das políticas de sociais afectarem, isoladamente ou em conjunto, as desigualdades sociais e na saúde.

Na base da discussão do papel dos determinantes sociais da saúde reside extensa acumulação de evidência empírica acerca da relação entre o contexto social e político e

INTRODUÇÃO

a saúde. O segundo capítulo tem como objectivo analisar a influência, na saúde, dos mecanismos de desvantagem social como elemento central da análise da equidade na saúde, já que as perdas em saúde oneram fundamentalmente aqueles que ocupam as posições sociais mais baixas. A primeira secção procura dar relevo à natureza das desigualdades em saúde como problema social. A segunda explora as associações empíricas entre estas duas esferas, terminando com uma ilustração esquemática da multidimensionalidade da função de produção de saúde, em articulação, logo de seguida, com uma discussão do papel do contexto político e social na origem das desigualdades em saúde. A quarta secção procura avançar contributos para o conhecimento dos mecanismos causais entre a desvantagem social e a saúde: (i) a discussão do sentido da causalidade em torno de três paradigmas – determinantes sociais da saúde, selecção por saúde e dupla endogeneidade; (ii) a comparação entre a privação absoluta e relativa como causas das desigualdades em saúde; (iii) a importância do capital social nos mecanismos de causalidade e (iv) a análise da abordagem neo-materialista e psicossocial. O segundo capítulo termina com a proposta de um indicador multidimensional de desvantagem social, que capte a sua heterogeneidade, radicado no conceito de privação.

O terceiro capítulo procura identificar os elementos conceptuais que estruturam a análise às desigualdades sociais no envelhecimento, à luz de critérios da equidade, não sem caracterizar alguns impactos a nível individual e social. A primeira secção procura descrever os elementos que contribuem para definir o envelhecimento como problema social: a associação entre o envelhecimento e a dependência social, fundamentada pelo actual perfil epidemiológico e pelas consequências do aumento do peso dos idosos na população, inclusivamente na organização dos sistemas de *welfare*. A segunda secção

INTRODUÇÃO

aborda o envelhecimento como um processo sujeito a desigualdades sociais, expressas através da precocidade relativa da morte e da persistência, severidade e incidência de perdas em saúde. A análise da dinâmica das inequidades na saúde permite enquadrar um melhor conhecimento das populações idosas, avaliando a relação entre a posição social e a saúde. A terceira secção fecha o capítulo com a apresentação de três estudos empíricos que procuram avaliar a dinâmica do envelhecimento e das desigualdades sociais.

Cada um dos capítulos corresponde a um dos três vértices de um triângulo que, espera-se, estructure a análise das desigualdades na saúde ao longo do processo de envelhecimento, à luz de critérios de equidade. Em primeiro lugar o envelhecimento não pode ser entendido sem olhar para a dinâmica da saúde, nos seus múltiplos e heterogéneos aspectos. O envelhecimento é um período de natural perda de funcionalidades – físicas, psíquicas e sociais – integráveis como dimensões da saúde. Depois, o envelhecimento pode prejudicar o usufruto pleno dos benefícios da vida boa, das liberdades positivas e dos direitos fundamentais. Para além do sofrimento inerente a situações de incapacidade prolongada, estas induzem quebras de laços com os outros e menor participação na vida activa. Os critérios de equidade têm aqui um papel fundamental na identificação e caracterização dos elementos que constituem ofensas severas aos princípios da equidade e se constituem como injustiças sociais. Em terceiro lugar, nesta abordagem, os julgamentos colectivos relativos aos diferentes percursos de envelhecimento recorrem aos princípios e critérios emanados da discussão da equidade na saúde.

II. EQUIDADE

1.Relevância da equidade como processo de decisão colectiva

1.1.Ética social e económica – valores sociais

Equidade é um conceito normativo associado à justiça. A configuração, em concreto, dos critérios de equidade resulta dos princípios de justiça que sejam considerados relevantes. Há, de facto, uma proximidade evidente entre os conceitos de justiça e de equidade, sendo, muito frequentemente, intersubstituíveis como sinónimos. Mostram, no entanto, diferenças que requerem particular atenção. A justiça configura-se como o elemento mais abstracto, mais alargado. Na perspectiva da filosofia política, procura distinguir diferentes formas de organização social, concretizando-se nas diferentes famílias de teorias de justiça. As diferentes escolas de pensamento político contêm diferentes concepções da justiça, vistas como os princípios básicos para uma sociedade boa, ou justa (Le Grand, 1991: 8-10.) Pode então afirmar-se que a justiça, segundo a filosofia política, visa questões como: “o que deveremos fazer à nossa sociedade?”; “qual o critério que deve reger as nossas decisões colectivas?” e “qual a natureza de uma sociedade justa?” (Van Parijs, 1991: 16). Por seu lado, a equidade é um conceito mais vincadamente ligado à concretização dos princípios da justiça social na atribuição dos bens e males sociais, seja a grupos ou a indivíduos (Le Grand, 1991: 8-10).

Importa dar relevo à estreita relação entre justiça e equidade. A atribuição de um dado benefício - o *distribuendum* - está sujeita às opiniões dos diferentes elementos da sociedade, baseadas em reacções emocionais, que resultam das suas intuições morais: “ (...) a injustiça revolta-nos ou a solidariedade exalta-nos” (Van Parijs, 1991: 27). Através de um escrutínio rigoroso, são possíveis a clarificação e sistematização dessas intuições em princípios de

justiça social que as fundamentam e, deste modo, dotam os critérios de equidade de maior plausibilidade e legitimidade.

A equidade apresenta-se como elemento relevante dos processos de decisão colectiva, também devido a ser tributária da relevância da justiça, que resulta das circunstâncias concretas da vida das pessoas, ou, como Van Parijs afirma: “Les «circonstances de la Justice» sont bien les circonstances dans lesquelles nous vivons” (Van Parijs, 1991: 243). As circunstâncias que tornam a justiça como um critério inescapável da análise das condições de vida das pessoas são, de forma sucinta, a escassez, o pluralismo e o interesse próprio.

Primeiro, uma situação de abundância de bens permite um estado de total saciedade para todos, quer na esfera do consumo, como do lazer, que impede que haja necessidades insatisfeitas, logo, problemas de distribuição, ou atribuição de bens e males sociais. No entanto, não podemos afirmar que a escassez, apesar de necessária, seja uma condição suficiente para a relevância da justiça. Num contexto de total altruísmo e homogeneidade, os interesses dos outros são os nossos interesses. Sendo iguais os objectivos de todos, o altruísmo torna indiferente o recipiente do benefício, já que este facto contribui igualmente para a felicidade de todos. A conjunção de uma total homogeneidade e um absoluto altruísmo tornam irrelevante qualquer questão distributiva, mesmo em condições de escassez. Clarifique-se que a irrelevância da justiça requer um perfeito altruísmo, no sentido em que não há limites com esta forma extrema de simpatia¹ para com os outros. A existência de limites ao círculo de altruísmo torna relevantes as questões de atribuição dos bens, mesmo perante total homogeneidade entre as pessoas. No caso de, mantendo o altruísmo, a homogeneidade se quebrar, e se admitir uma pluralidade de escalas de prioridades, valores e

¹ Aqui, por simpatia entende-se a capacidade e vontade do indivíduo internalizar os interesses, objectivos pessoais, sentimentos de prazer e dor do outro.

interesses, a atribuição de um dado bem deixa de ser indiferente, pois este tem diferentes valorizações pelas pessoas. Em conclusão, as circunstâncias da justiça são aquelas em que, havendo escassez de bens, esta se conjuga com pelo menos uma das outras duas condições: o egoísmo e o pluralismo. (Van Parijs, 1991: 241-3)

Por outro lado, a equidade é também vista como algo muito próximo da igualdade. A equidade aproxima-se da igualdade no sentido em que para mérito igual se atribuem benefícios iguais. No entanto, desta afirmação não se pode inferir nem que uma distribuição igualitária seja necessariamente equitativa, nem que uma desigual não o seja. Esta distinção tem origem em dois momentos. Primeiro, a equidade de uma dada atribuição de bens é realizada em função do merecimento² relativo de cada um dos recipientes. Por este motivo, realiza-se em equidade horizontal, quando igualiza aqueles que são iguais, ou em equidade vertical, quando distingue aqueles que são diferentes. Com o conceito de merecimento procura-se sintetizar todas as condicionantes que sejam relevantes para os critérios derivados dos princípios de justiça adoptados, dependam aqueles, ou não, das acções e escolhas dos indivíduos. É neste ponto que merecimento se distingue de mérito, já que este toma em consideração unicamente o elemento individual para priorizar e escalonar os diferentes interesses individuais. Ao referenciar-se o merecimento como elemento central da equidade, tenta-se dar relevo a que o conjunto informacional dos julgamentos de justiça deve ser suficientemente amplo para conter todas as dimensões relevantes para a caracterização dos diferentes recipientes de justiça, sejam responsabilidade individual ou social. É por esta via que chegámos ao segundo momento em que a equidade e a igualdade se distinguem. A primeira é um conceito totalmente normativo, que traz para a análise das condições de vida das pessoas o olhar da ética social e política. A igualdade pode ser vista como uma

² Julian Le Grand dá especial relevo à perspectiva de a equidade ser “a desert-based conception” (Le Grand, 1991: 10). O vocábulo «merecimento» procura transferir para português este conceito.

abordagem meramente descritiva da distribuição de bens, já que é possível avaliar e medir a igualdade, ou as desigualdades, sem recorrer a qualquer elemento normativo (Le Grand, 1991: 11-3.) Reside aqui o motivo para a equidade ser, em prejuízo da igualdade, um melhor processo de decisão colectiva. Curiosamente, a igualdade tem uma importância central na construção dos critérios de equidade. Amartya Sen sintetizou a ligação entre igualdade e justiça social através de uma pergunta - *Equality of What?* – que deu saliência a um dos requisitos da justiça: a imparcialidade. As diferentes teorias de justiça, procurando a maior legitimidade e plausibilidade social, sustentam os seus princípios na igualização, para todos, dos elementos especialmente valorizados por cada uma delas, por serem centrais para a particular ordenação social que defendam (Sen, 1992: 12-4).³

No entanto, diversos autores, economistas e filósofos, habitualmente defensores do libertarismo, afirmam que a equidade não deve ser considerada um objectivo da organização social, com base em quatro argumentos: ser impraticável, ser inadequada, ser imoral e ser uma ilusão (Le Grand, 1991: 13-4). Comenta-se, cada um deles de seguida.

A impraticabilidade da equidade prende-se com a impossibilidade de um consenso acerca dos critérios de equidade, dada a diversidade das perspectivas individuais acerca do tema. No entanto, há que lembrar que outros valores, como a liberdade, a igualdade ou mesmo a eficiência permitem diversas interpretações possíveis que, segundo este argumento, os tornariam também impraticáveis (Le Grand, 1991: 14-5). Mais à frente, serão discutidas as diversas abordagens à equidade que permitam identificar e validar diferentes critérios de equidade. Uma abordagem intuicionista é valorizada, de modo a garantir que os elementos

³ Os libertaristas defendem iguais direitos básicos para todos. O utilitarismo exige que o peso, no processo de decisão colectiva, dos ganhos e perdas de todos seja igual. Diversos autores, marxistas e liberal-igualitários, propõem a igualdade de recursos, a igualdade económica, a igualdade de acesso a bens básicos como alternativas para a boa ordenação da sociedade.

normativos integrados na análise não firam as intuições de justiça mais comuns. Mais à frente a discussão comparativa das diferentes famílias de teorias de justiça - o utilitarismo, o libertarismo, o marxismo e o igualitarismo liberal - conclui-se com a defesa desta última.

A inadequação da equidade deve-se a esta integrar, necessariamente, elementos normativos na análise, o que prejudica uma abordagem positiva, inteiramente neutra, das questões relativas à organização social (Le Grand, 1991: 15). A próxima subsecção exclui a possibilidade de a eficiência ser um objectivo social limpo de influências normativas, ou mesmo ideológicas. Inclusivamente, se definirmos a eficiência como um critério que selecciona o processo que melhor atinge os objectivos sociais, esta torna-se meramente instrumental de valores que lhes sejam superiores.

Em terceiro lugar, presume-se que as exigências de equidade expressam motivações e sentimentos negativos, nomeadamente a inveja. Esta afirmação procura sustentar a alegada imoralidade de uma abordagem à organização social com base na equidade. Certamente que estes sentimentos estão na base da defesa da equidade, mas não podem ser considerados os seus únicos motivos de apoio. Os mecanismos de reciprocidade, a aversão a ser sujeito a injustiças, a aversão ao risco e à incerteza são outras ligações entre o interesse próprio e a defesa da equidade (Le Grand, 1991: 15-6). Os princípios de justiça de John Rawls derivam de um contrato social em que as partes apresentam uma especial aversão à incerteza. Acresce que outros sentimentos, mais altruístas, são também elementos que sustentam a equidade como um objectivo social relevante. Aqui, importa referenciar a importância dos objectivos que as pessoas formulam para a totalidade da sociedade, mais à frente designados como objectivos de agência.

Por fim, se a actividade económica e, por esta via, a distribuição dos bens e males sociais, for considerada um processo espontâneo, que escapa à responsabilidade individual ou colectiva, a discussão da equidade é, de certa forma, ilusória (Le Grand, 1991: 16-7). Este argumento prende-se com a eventual ineficácia das políticas públicas, económicas e sociais, que segundo estes autores, são irrelevantes ou prejudiciais nos seus efeitos. Em contraponto, é importante referir que as características da saúde justificam a sua relevância social e centralidade nas oportunidades de vida das pessoas. O funcionamento do mercado não é suficiente para a adequação da distribuição da saúde, tanto mais que há argumentos sólidos a favor de um igualitarismo específico na saúde, só possível através de políticas públicas orientadas para este objectivo.

O presente capítulo procura abordar a equidade como um valor social que, articuladamente com outros, integra o conjunto de objectivos relevantes para a ordenação das diferentes instituições sociais. As relações entre os diferentes objectivos merecem alguma atenção, em especial o *trade-off* entre equidade e eficiência, que tem particulares implicações na formulação de políticas públicas.

1.2. Equidade e eficiência

Aceita-se, muitas vezes acriticamente, que uma melhoria da distribuição de um dado bem económico corresponde a uma perda no nível total do seu fornecimento - uma relação negativa entre equidade e eficiência - sinteticamente designada como *trade-off*. A possibilidade de haver efeitos positivos na quantidade produzida em correlação positiva com uma mais adequada distribuição é, à partida, posta de parte. No entanto, entende-se que as

ligações entre a equidade e a eficiência, como objectivos e valores, merecem uma particular atenção, dado adquirirem especial relevância ao longo deste texto.

A necessidade de fundamentar as decisões colectivas obriga a recorrer à equidade e à eficiência, em simultâneo, e estará associada ao facto destes dois critérios serem, até um determinado ponto, intersubstituíveis. Por sua vez, admitir a intersubstituição entre equidade e eficiência requer a comparabilidade entre elas e, assim, algum grau de paridade. Caso contrário, o óptimo social seria atingido pelo máximo daquela dimensão que prevalecesse, em prejuízo da outra, que seria, comparativamente, menos valorizada. Barry, citado por Julian Le Grand, clarificou esta relação de intersubstituibilidade, do seguinte modo:

The fundamental idea (...) is that although two principles need not be reducible to a single one, they may normally be expected to be to some extent substitutable for one another. (Le Grand, 1991: 22 citando Barry, 1965:6⁴)

Ao dar-se semelhante prioridade aos valores da equidade e da eficiência, a exploração do *trade-off* não perde qualquer relevância. Mantendo o pressuposto de paridade, o problema torna-se uma questão eminentemente pragmática, associada à identificação das diferentes combinações atingíveis – o conjunto de possibilidades de produção – das taxas de substituição entre eficiência e equidade e da sua ponderação relativa no processo de decisão colectiva (Le Grand, 1991: 22).

⁴ Barry, B (1965), *Political Argument*, London: Rutledge and Kegan Paul

Como primeiro exemplo, de especial relevância, Adam Wagstaff explora o *trade-off* entre equidade e eficiência na produção de saúde, tendo recorrido aos QALY's⁵ como indicador (Wagstaff, 1991: 21). Podemos classificar esta abordagem como uma análise custo-utilidade, pois a qualidade de vida esperada, em cada um dos anos futuros, está associada a uma estimativa da utilidade, que é invariante entre todos os indivíduos com o mesmo estado de saúde. O autor assume uma perspectiva eminentemente utilitarista, ou melhor, *welfarista*, pois o indicador de saúde populacional é construído pela agregação dos QALY's individuais. Neste particular, e ao contrário da perspectiva clássica das utilidades, assume-se que os QALY's cumprem as propriedades que garantem a comparabilidade interpessoal, a cardinalidade e agregabilidade. Nestes pressupostos, a maximização dos QALY's pode ser considerada como a forma de operacionalização e concretização dos critérios de eficiência.

Da maximização dos QALY's resulta uma distribuição interpessoal de um conjunto de factores produtivos da saúde, definida em função dos seus diferentes custos unitários e dos ganhos de saúde esperados. Reforça-se que estas diferenças se verificam em dois momentos: na escolha dos factores produtivos de saúde e na selecção, muitas vezes não explícita, dos beneficiários dos ganhos de saúde. De modo a enquadrar as preocupações com a equidade, a construção de uma função de bem-estar social que integre um elemento de aversão à desigualdade permite a conciliação de preocupações com eficiência e equidade, tornando explícito o sentido e magnitude das melhorias de saúde consideradas socialmente desejáveis. Nesta perspectiva, a determinação do nível de aversão à desigualdade em saúde corresponde a

⁵ QALY ou *quality adjusted life years* é uma medida escalar da saúde que resulta da ponderação de cada um dos anos de vida remanescentes por um factor da qualidade de vida esperada nesse ano. Este factor de ponderação resulta de avaliação do estado de saúde das pessoas associado ao método de *time trade-off*. Este método fundamenta-se na relação de indiferença entre $(Q_1, T) \sim (Q^*, T^*)$, em que (Q_1, T) representa o par saúde e tempo e (Q^*, T^*) representa o par saúde perfeita e período ajustado. Presume-se que o benefício da melhoria do estado de saúde é compensado pela redução dos anos remanescentes que mantenha a relação de indiferença, logo $T > T^*$. (Barros, 2005: 362-3)

uma possível resolução do conflito entre dois critérios de equidade: a maximização e igual tratamento para necessidade igual (Wagstaff, 1991: 35-6).

A abordagem anterior, tendo na sua base um indicador escalar do estado de saúde, permite sustentar uma decisão colectiva que conjugue as preocupações de eficiência com as de equidade sem recorrer ao critério de Pareto. Uma abordagem alternativa, também aplicada à produção e distribuição da saúde, sustenta a relevância do critério de Pareto e procura identificar o sentido da desejabilidade social, integrando elementos normativos na análise resultantes das diferentes Teorias de Justiça. Ao invés de integrar na função de bem-estar um elemento de aversão à desigualdade, procura explicitar os impactos das diferentes Teorias de Justiça, quer na fronteira de possibilidades de saúde, quer na própria função de bem-estar social (Williams e Cookson, 2000: 1866-70). O modelo proposto por Williams e Cookson tem por base o conjunto de possibilidades de saúde. Este é composto, no espaço dos estados de saúde individual, por todas as alternativas possíveis de distribuição de saúde, em função da tecnologia, dos recursos disponíveis e dos restantes determinantes da saúde. É na fronteira deste conjunto que encontramos os pontos correspondentes a Óptimos de Pareto.⁶ O *trade-off* entre eficiência e equidade ocorre na diferença entre os óptimos antes e depois da introdução, no modelo, dos efeitos dos critérios de justiça, que virão a impor alterações ou restrições na fronteira de possibilidades de saúde, na função de bem-estar social ou em ambas (Williams e Cookson, 2000:1866-70).

⁶ Da natureza parcialmente colectiva da função de produção de saúde e da presença de externalidades positivas no estado de saúde resulta ser possível nem todos os pontos da fronteira serem Óptimos de Pareto. Concretizando, ambientes saudáveis contribuem positivamente para melhor saúde dos indivíduos. É assim possível que o conjunto de possibilidades de saúde não seja convexo e a sua fronteira apresente segmentos positivamente inclinados em que:

$$\frac{\Delta s_i}{\Delta s_j} > 0, \forall (s_i, s_j) \in I \times J, \text{ sendo } s_i, s_j \text{ o estado de saúde dos indivíduos } i \text{ e } j \text{ e } I \times J \subset \mathfrak{R}^2 \text{ um}$$

conjunto compacto e limitado. Nesta condição, estes pontos da fronteira de possibilidades de saúde não são Óptimos de Pareto.

O modelo de Williams e Cookson procura integrar a relação estreita entre a equidade e as Teorias de Justiça, dando relevo ao carácter normativo da análise da distribuição dos estados de saúde. Acresce que, em comparação com a abordagem de Wagstaff, não assume à partida qualquer tipo de sentimento, positivo ou negativo, perante as diferenças na saúde.⁷

Confirma-se então que o *trade-off* entre eficiência e equidade contém relevantes elementos pragmáticos, dependentes, primeiramente, dos conceitos de eficiência e equidade adoptados e, também, da particular função de produção do bem em causa - o *distribuendum*. Genericamente, a eficiência equivale a resultados globais, como o crescimento económico ou o nível global de saúde, e a equidade, por sua vez, remete para a sua distribuição. O conceito de *trade-off* torna-se relevante quando a mais justiça social estiverem associados resultados globais menos satisfatórios. Este efeito, largamente documentado, é frequentemente explicado recorrendo à dimensão de agência nos comportamentos e nas escolhas das pessoas, por força dos quadros de incentivos serem prejudicados pelos mecanismos de redistribuição que sustentam esta justiça social.

Em suma, o *trade-off* entre equidade (distribuição) e eficiência (agregação) - e a sua magnitude - estão dependentes de as políticas redistributivas poderem implicar maior dificuldade em manter, ou aumentar, os níveis de eficiência.

No entanto, não se está a avaliar suficientemente a possibilidade de, por via de externalidades positivas, a equidade e a eficiência serem positivamente correlacionadas. Pode aventar-se que, em determinadas esferas da vida, mecanismos de equidade social gerem comportamentos de

⁷ Importa aqui referir a distinção entre diferenças e desigualdades, e entre estas e inequidades. Passar das primeiras para as segundas requer que estas ocorram entre grupos sociais com posicionamentos na escala social diferentes. As inequidades requerem a integração de critérios de justiça decorrentes da Teorias de Justiça.

cooperação e de confiança que têm impactos importantes na eficiência da produção de determinados bens, nomeadamente aqueles cuja tecnologia tenha elementos colectivos: ao nível familiar, comunitário ou societal. Nestes casos, a hipótese de *trade-off* perderia sustentação, ou, pelo menos, perderia alguma intensidade na sua relevância.

Amartya Sen defende que, no caso da saúde, a correlação entre desigualdades na saúde e nível médio de saúde das populações se apresenta negativa. Este efeito pode ser explicado não só pela confirmação de ganhos de saúde marginais decrescentes com o rendimento, mas, possivelmente, também da saúde populacional sofrer perdas associadas a maiores desigualdades socioeconómicas. A prioridade dada aos grupos de menor rendimento resulta de duas vertentes. Primeiro, a maximização dos ganhos em saúde é justificação para a focalização das políticas nos grupos onde o seu impacto seja mais elevado. Em segundo lugar, a correlação negativa entre desigualdade e saúde é uma expressão, no espaço rendimento-saúde, da influência negativa de contextos sociais mais diferenciados na saúde das pessoas. As fortes externalidades positivas na saúde, nomeadamente resultantes de medidas de saúde pública como a vacinação, dão suporte à maior eficácia da protecção colectiva. Os efeitos da transmissão de doenças infecciosas e a adopção de modos de vida partilhados são outras dimensões também presentes nos níveis colectivos da função de produção da saúde. Mais do que substitutos e concorrentes, são a eficiência e a igualdade, em larga medida, complementares na esfera da saúde. (Sen, 2000: xiv-xv)

Por sua vez, Van Parijs, proponente da introdução do rendimento básico universal e incondicional, argumenta que este concilia a eficiência com a equidade, no sentido em que poderá solucionar o dilema entre o modelo europeu, com menos pobreza e mais desemprego, com o norte-americano, na posição inversa. Ambos os modelos requerem taxas de

crescimento económico que serão incomportáveis para a sustentabilidade ambiental que, em paralelo com a necessidade de alívio da pobreza, obriga a mecanismos de redistribuição de recursos e oportunidades de vida (Van Parijs, 2000:4-8). Por outro lado, há que assegurar que os sistemas de protecção social não sejam formas de desincentivo à participação no mercado de trabalho ou de aumento dos custos de trabalho; pelo contrário, uma política social sustentada procura conciliar o bom funcionamento da economia com uma maior cobertura dos riscos sociais. “Hoje, como sempre, o acesso ao trabalho remunerado é a melhor garantia de protecção social” (Esping-Andersen, 2000: 82). Sendo incondicional, mas moderado no valor, o rendimento básico universal procura ser uma resposta a este dilema e, por acréscimo, contribuir significativamente para a liberdade real das pessoas, permitindo que estas encontrem actividades remuneradas, em que sejam reconhecidas (Van Parijs, 2000: 4-8). A conciliação entre eficiência e equidade esteve na base do objectivo maior da Estratégia de Lisboa 2000, através da articulação de três pilares: pleno emprego, dinamismo económico e coesão social e justiça. Tinha em vista um ciclo virtuoso entre o progresso económico e social, que permita tornar a Europa na “(...) economia baseada no conhecimento mais competitiva e dinâmica do mundo, capaz de um crescimento económico sustentado com mais e melhores empregos e maior coesão social” (Comission of the European Communities, 2000: 5).

No plano dos valores, os conceitos de eficiência e equidade estão de tal modo interligados que é difícil defender, ou muitas vezes reconhecer, a existência de um *trade-off*. Cada teoria da justiça defende um dado arranjo das vantagens e desvantagens sociais que se considere *Bom*. Podemos relembrar, a este propósito, a abordagem de Amartya Sen, que coloca a discussão entre as diferentes Teorias de Justiça no quadro da selecção da variável focal que cada uma delas pretende igualizar. No fundo, cada uma delas procura encontrar a sua resposta particular

à questão: *Equality of What?* (Sen, 1992: 12-30)⁸. Uma situação é equitativa se for aquela que otimiza o resultado social em função dos princípios emanados da Teoria de Justiça. Neste sentido, ser equitativo é ser eficiente no cumprimento dos critérios de justiça. Por seu lado, o conceito de eficiência contido no Ótimo de Pareto torna indiferentes, entre si, todos os pontos da fronteira de possibilidades de produção. Torna-se natural o recurso à equidade como princípio para a selecção do elemento da fronteira que seja mais adequado. Neste processo, os dois valores não são substitutos mas sim complementares, contribuindo conjuntamente para a definição do ótimo social. Por último, se a eficiência for conceptualizada como a forma de organização económica e social que melhor atinja os objectivos sociais, ela torna-se um valor e objectivo instrumental e secundário ao serviço de objectivos primários, como a equidade (Le Grand, 1991: 29).

1.3. Diferentes abordagens ao conceito de equidade

A equidade apresenta-se numa posição de especial relevância no plano dos valores, nomeadamente quando aplicados à Justiça Social. As decisões de política obedecem a critérios de eficiência, mas também de equidade, inclusivamente porque, para além da afectação eficiente de recursos escassos, importa responder às diferentes exigências de justiça distributiva, competindo muitas vezes pelas mesmas vantagens, e aos requisitos de outros valores socialmente valorizados, como a segurança colectiva e as liberdades individuais (Le Grand, 1991: 1). Como já foi discutido na subsecção anterior, é admissível colocar a equidade e a eficiência no mesmo plano de importância e relevância social, nomeadamente para a tomada de decisão. No entanto, tal não significa que se tenha encontrado semelhante consenso quanto à concepção mais adequada que estabeleça a ponte entre o plano dos valores

⁸ Vd. subsecção II. 2.3, nas páginas 50 e seguintes, para uma discussão da abordagem de Amartya Sen à justiça social. Uma das bases do pensamento deste autor acerca da equidade assenta na questão “Equality of what?” e nas respostas que lhes são dadas.

e a sua aplicação como critérios de decisão e avaliação, no plano das políticas (Le Grand, 1991:2). Torna-se central a discussão da aceitabilidade relativa dos diferentes julgamentos de equidade, e das Teorias de Justiça que os sustentam.

João Pereira propôs quatro condições necessárias para a sua aceitabilidade e legitimidade, na esfera da saúde. Um julgamento de equidade deve ser: (i) claro e compreensível, por forma a permitir um discurso multidisciplinar e a dedução clara de políticas; (ii) específico e rigoroso, de modo a evitar conceitos tão vagos que gerem mal-entendidos na sua aplicação, (iii) verificável empiricamente, sem requisitos excessivos de informação e, por fim, (iv) intuitivo e de ampla aceitação (Pereira, 1993: 20-21).

As diferentes abordagens à equidade contêm regras, definições e critérios para distinguir o equitativo do inequitativo. Não podem nem ser totalmente empíricas - no sentido em que recorrem unicamente aos resultados de um inquérito adequado - nem ser totalmente prescritivas, remetendo unicamente para princípios emanados de Teorias de Justiça (Le Grand, 1991: 40).

Uma abordagem empírica neste assunto mostra-se de difícil – e pouco sólida – aplicação, dada a especificidade do objecto, a identificação dos julgamentos de equidade adequados. Esta via tende para uma excessiva flexibilidade nos conceitos, para interpretações contraditórias e respostas vagas e pouco precisas (Le Grand, 1991: 40). Para sustentar os julgamentos de equidade, cada uma das disciplinas científicas trouxe para esta abordagem os seus métodos de recolha e tratamento de dados. Tem-se assistido à observação, pela economia, dos comportamentos agregados das pessoas, à análise nas respostas a inquéritos, método mais usado pelos sociólogos, e à realização de métodos experimentais, construindo

situações sociais controladas, a que a psicologia social comumente recorre. Os resultados destes esforços de observação têm-se mostrado pouco consistentes, dependendo muito da forma de observação, do contexto social e cultural, do bem a distribuir e das características dos respondentes (Le Grand, 1991: 47-56).

Há, então, que introduzir elementos normativos na análise (Le Grand, 1991: 40). Não devem, no entanto, ser sobrevalorizadas as abordagens à equidade que tomem unicamente em consideração princípios teóricos e elementos apriorísticos na construção de critérios de equidade (Le Grand, 1991: 40-1). A própria equidade contém, obrigatoriamente, elementos pragmáticos, pois esta operacionaliza os princípios éticos das Teorias de Justiça Social e visa encontrar as distribuições dos bens e males mais justas e adequadas (Le Grand, 1991: 40-1). Para além da abordagem empírica, acima referida, outros métodos têm sido adoptados para resolver a tensão entre a esfera dos princípios éticos e dos valores e o nível, mais prático e quantificável, dos objectivos, da formulação, implementação e avaliação das políticas, da distribuição em concreto das vantagens e desvantagens sociais (Le Grand, 1991: 41).

O teste da intuição exige que a legitimidade das políticas sociais se suporte em julgamentos de equidade conformes às intuições morais da generalidade dos actores sociais. Por sua vez, o recurso a julgamentos baseados na intuição é pouco satisfatório à luz dos métodos mais correntes nas ciências sociais, nomeadamente a economia, que integra metodologias mais sistemáticas, eminentemente dedutivas e suportadas em rigorosa axiomática. (Le Grand, 1991: 41-43)

Os métodos que recorrem ao contrato social, contêm elementos que podem constituir uma resposta a estes requisitos de maior formalização lógica e dedutiva, os quais estão sempre

associados a um qualquer mecanismo de imparcialidade, e que tem, normalmente na sua origem um dado estado de natureza, que garante as condições para a formulação de um contrato justo. Os princípios de justiça são deduzidos racionalmente a partir de pré-condições que descrevem esse mesmo estado de natureza e asseguram a imparcialidade.

A derivação dos princípios de justiça recorre, em parte, à intuição moral, como teste da sua adequação (Le Grand, 1991: 43-47). John Rawls entende a abordagem intuicionista como a determinação do mais justo equilíbrio entre os elementos de um “(...) conjunto irreduzível de princípios primordiais” (Rawls, 1971: 48). Primeiro, está muito próxima do pluralismo, já que presume a existência de múltiplos valores e princípios em conflito, e, depois, coloca em relevo o papel da intuição a encontrar o justo equilíbrio entre eles, aplicado a um problema particular (Rawls, 1971: 49). Esta intervenção da intuição é particularmente notória no processo que Rawls designa por equilíbrio reflexivo. Da aplicação dos princípios de justiça a situações hipotéticas resulta uma particular distribuição de bens e males sociais, que é avaliada em função de intuições de equidade. A presença de dissonâncias obriga à revisão ou dos princípios ou das intuições morais até que estas não se contradigam (Le Grand, 1991: 43-47; Van Parijs, 1991: 24). Um dos mais relevantes exemplos desta abordagem contratualista é a Teoria de Justiça de John Rawls.

O recurso à intuição torna-se inevitável em estudos de equidade. A pluralidade de interesses, valores e crenças que confluem na avaliação a uma dada situação social obriga a que o contributo da equidade resulte do justo equilíbrio entre os diversos elementos que compõem os julgamentos formados pelas pessoas. Ou, como Julian Le Grand tão bem sintetiza:

The ultimate test of any interpretation of equity has to be whether or not it conforms to those beliefs (Le Grand, 1991: 57)

1.4.Limites à equidade – controlo e agência

A equidade preocupa-se com a distribuição dos bens e males sociais, em função de critérios de justiça. Os julgamentos de equidade sustentam-se em princípios emanados das Teorias de Justiça que tenham dado resposta satisfatória às intuições de ética social e económica.

São consideradas especialmente injustas as situações em que indivíduos, ou grupos, são prejudicados por motivos que não lhes sejam imputáveis.

Na perspectiva de Le Grand, a relação entre escolha e equidade é determinante para a aceitação ética de um dado resultado social. Se uma diferença resultar de forças que fogem ao controlo do indivíduo, então não é equitativa. Caso contrário, se a diferença resultar de uma escolha livre e informada, não serão postos em causa os critérios da equidade (Le Grand, 1991: 93). Concretizando, uma distribuição é equitativa se for o resultado de escolhas informadas de indivíduos sobre conjuntos de possibilidades de escolha iguais (Le Grand, 1991: 86).

A presença de preferências diferenciadas - conceito que agrega os valores, crenças e gostos das pessoas - é um dos factores que dá especial relevo ao critério de igualdade das escolhas, em prejuízo da igualdade dos resultados finais. Mesmo com conjuntos de possibilidades de escolha iguais, dois indivíduos podem, de forma livre e informada, escolher voluntariamente resultados diferentes. Estas diferenças não podem ser consideradas como inequidades (Le Grand, 1991: 93-4).

Esta abordagem procura conciliar a liberdade de escolha com a igualdade entre as pessoas. Para além disso, procura resolver a tensão entre a responsabilidade das pessoas na construção da sua própria vida e a responsabilidade colectiva em garantir-lhes as oportunidades justas de as construírem. A dimensão de agência obriga a que se tome em consideração o controlo que as pessoas têm sobre a sua vida.

A liberdade e autonomia das pessoas são assim assuntos centrais para a equidade, pois estas constituem os limites do âmbito da equidade como critério de ordenação social.

Para Amartya Sen, a liberdade e o conjunto de opções que as pessoas têm à sua disposição não são conceitos totalmente idênticos. A liberdade é algo mais amplo. Os objectivos das pessoas contemplam elementos de agência, em que se procura atingir objectivos que vão além do seu bem-estar individual, em paralelo com objectivos de bem-estar, em que se persegue a satisfação e interesses particulares. Pode-se então afirmar que a liberdade apresenta duas dimensões: a liberdade de bem-estar e a liberdade como agente (Sen, 1992: 56-7). Em consequência, o conceito de liberdade vai mais além da mera contagem das opções e das alternativas de escolha, ampliando-a com elementos que, apesar de constituintes da liberdade, não estão sob o controlo individual das pessoas.

A liberdade de bem-estar apresenta uma relação positiva com o nível de bem-estar. A presença de objectivos de agência permite que, de um aumento da liberdade como agente possa resultar, por exemplo, maior participação voluntária em actividades de risco. Por esta via, o aumento da liberdade implica a redução do bem-estar individual e, eventualmente, a redução do número de alternativas de escolha. (Sen, 1992: 59-62)

O alargamento do conjunto de possibilidades de escolha também não implica necessariamente uma maior liberdade. A presença de custos de decisão, em conjunção com a multiplicação de escolhas espúrias e pouco valorizadas, terá um efeito negativo no bem-estar. Acontece que, num contexto em que uma vida pacífica seja especialmente valorizada, a liberdade de a viver pode, também, ser posta em causa. O valor da escolha é social e culturalmente condicionado, em particular por via do quadro de valores e crenças que estruturam uma sociedade. Não significa isto que Sen considere indiferente o número de opções de escolha à disposição das pessoas. Pelo contrário, nas áreas da vida particularmente valorizadas, o número de opções é especialmente importante, pois a sua redução ou eliminação prejudica severamente a liberdade. Noutras, escolher pode até ser visto como uma actividade incómoda, que pode constituir um fardo, impeditivo do exercício pleno das liberdades (Sen, 1992: 62-4). O acto de escolher é, nas suas palavras, um valor em si:

Choosing may itself be a valuable part of living, and a life of genuine choice with serious options may be seen to be – for that reason – richer.
(Sen, 1992: 41)

Liberdade é mais do que a amplitude das opções e não se confunde com o controlo das pessoas sobre as suas escolhas. Isaiah Berlin deu especial relevo à “(...) liberdade de um homem, ou de um povo, escolher a vida como a deseja.” (Sen, 1992: 67)⁹

A complexidade e interdependência da vida social contemporânea não permite que seja atribuído a cada indivíduo o controlo efectivo sobre todas as dimensões da sua vida. Encontramos diversas formas de delegação social, em que os constituintes da liberdade efectiva se concretizam em sucessos de agência. Particularmente, no caso de bens públicos, e

⁹ Amartya Sen referencia a página 179 de Berlin, I. (1969), *Four essays on liberty*, London, Oxford University Press, 2nd Edition.

de mérito, a presença de externalidades amplia a necessidade destes mecanismos de produção colectiva. (Sen, 1992: 65)

Esta abordagem dá especial relevância aos arranjos colectivos que permitem projectar as opções das pessoas para dimensões e esferas que, individualmente, não poderiam controlar. A eliminação de riscos e problemas sociais é vista como liberdade, dado corresponder a uma escolha contrafactual. Por exemplo, pode salientar-se a liberdade de não estar sujeito a epidemias evitáveis ou a liberdade de não ter fome, como evidentes escolhas contrafactuais, ou seja, escolhas que as pessoas fariam, no caso de serem colocadas perante elas. Nestes aspectos, a liberdade adquire um carácter normativo, no sentido em que a sua concretização decorre de consensos políticos que sustentam e legitimam escolhas colectivas que correspondem ao real exercício das liberdades e direitos sociais de todos. A liberdade é o poder efectivo de atingir os objectivos que se valorizam, aquilo que equivale às nossas escolhas, efectivas ou contrafactuais, individuais ou colectivas. (Sen, 1992: 66-69)

2. Teorias de Justiça e equidade – defesa de uma perspectiva liberal-igualitária

2.1. Teorias de Justiça – breve classificação

Phillipe Van Parijs classifica as diferentes Teorias da Justiça em Teorias Perfeccionistas e Teorias Liberais. Nas Teorias Perfeccionistas, o conceito de justo depende da concretização de uma concepção única da *vida boa*¹⁰, que se torna necessariamente o «verdadeiro» interesse de cada um. Por seu lado, as Teorias Liberais assumem uma posição neutra face às diversas concepções particulares de vida boa, não se apoiando na afirmação de superioridade de um tipo particular de conduta ou de experiência. Admite a diversidade humana e a pluralidade de propósitos e acções, não exigindo que se renuncie a qualquer concepção de vida boa. As Teorias de Justiça Liberais não estão associadas a qualquer tipo de facção ou ideologia política, em defesa do liberalismo político ou económico. Adopta uma perspectiva individualista, no sentido em que não subjugam os interesses, as escolhas e inclinações individuais ao interesse colectivo, mas não constitui uma defesa de privilégios individuais, nem justifica a competição, a avidez. (Van Parijs, 1991: 244-7)

O universo das Teorias de Justiça Liberais divide-se em Liberalismo Proprietarista, que defende um corpo de liberdades fundamentais como um direito inalienável dos indivíduos, e em Liberalismo Solidarista, que se preocupa não só com a amplitude das liberdades instituídas, mas também com o seu exercício pleno pelos indivíduos (Van Parijs, 1991: 247).

¹⁰ Van Parijs recorre a esta expressão para designar um percurso de vida consentâneo com os objectivos de cada um que, no seu conjunto, compõem o plano de vida das pessoas. Segundo John Rawls, a felicidade das pessoas corresponde à sua concretização, conforme a particular concepção de bem de cada um. Vida boa pode ser entendida como o exercício pleno das liberdades positivas. A pluralidade de concepções de vida boa é entendida, por Fabienne Peter, como um requisito para a bem-estar. (Vd. nota de rodapé 47, na página 107).

O Liberalismo Proprietarista requer que se evite a injustiça de ferir os legítimos direitos das pessoas. Os direitos cívicos constituem-se como direitos de propriedade. A sua legitimidade é resultado de transmissões voluntárias entre indivíduos no pleno uso das suas faculdades e de um processo de apropriação original considerado adequado. Por outro lado, o Liberalismo Solidarista visa a distribuição adequada (segundo um dado *critério*) de uma dada variável (*distribuendum*). As inúmeras alternativas de Teorias de Justiça Liberais Solidaristas correspondem a variações destes dois elementos. (Van Parijs, 1991: 247-50)

Paralelamente, importa cruzar as categorizações supra com a distinção entre Teorias de Justiça deontológicas e consequencialistas. As primeiras visam identificar, como justas, todas as acções que obedeçam, independentemente das consequências, ao respectivo corpo de princípios de justiça. Pelo contrário as Teorias de Justiça consequencialistas têm como característica central focarem-se na produção dos melhores resultados, classificando como justas as acções que os produzam, independentemente do cumprimento, ou não, de regras processuais. Pode afirmar-se com segurança que as teorias proprietaristas são necessariamente deontológicas e as solidaristas, por sua vez, consequencialistas. Nas primeiras, os arranjos institucionais resultam da preocupação em não ferir os direitos primordiais de cada uma das partes. Nas teorias de justiça solidaristas, os arranjos institucionais são modelados em função das suas consequências, sendo os interesses particulares avaliados segundo uma perspectiva totalmente imparcial – a forma de apropriação original é-lhes indiferente. (Van Parijs, 1991: 257)

2.2. *Quatro perspectivas: Utilitarismo, Libertarismo, Marxismo e Igualitarismo Liberal*¹¹

Antes de se debruçarem sobre questões, mais operacionais, de equidade na saúde, na educação ou trabalho, as diferentes Teorias de Justiça procuram encontrar uma resposta para a necessidade de definir o que é uma sociedade justa. As quatro grandes famílias de teorias - Utilitarismo, Libertarismo, Marxismo e Igualitarismo Liberal – são disso exemplo, cujas principais características são resumidas na presente subsecção.

Utilitarismo

Para o Utilitarismo, o que conta são os sentimentos, individuais, de prazer e sofrimento das pessoas. As escolhas colectivas fazem-se pelo critério do maior valor para a agregação dos níveis de bem-estar (utilidade) dos indivíduos. É abandonado qualquer elemento de direito natural, de metafísica englobante e de uma qualquer autoridade suprema que decrete o justo e o injusto. Pela sua própria construção, fundada na valorização dos bens, ou males, económicos em função dos sentimentos, positivos e negativos, a que dão origem, o Utilitarismo é indiferente às concepções particulares de bem, particulares de cada um. Deste modo, o Utilitarismo é uma Teoria de Justiça liberal e consequencialista. O julgamento das alternativas é feito em função dos resultados, avaliados exclusivamente no bem-estar individual, e cuja soma corresponde ao interesse colectivo. Existe, no entanto, uma fragilidade inerente a este processo de agregação. O acto de somar as experiências individuais de felicidade, prazer ou dor assenta no pressuposto da existência de uma métrica cardinal que garanta sua comparabilidade interpessoal. A perspectiva ordinalista do Utilitarismo argumenta, pelo contrário, que os sentimentos resultantes das experiências pessoais contêm

¹¹ Esta subsecção é baseada em Arnsperger e Van Parijs, 2000.

elementos singulares e específicos, particulares a cada uma, que tornam pouco sustentada a possibilidade da sua comparabilidade interpessoal. Sendo possível uma ordenação completa de todas as experiências da mesma pessoa, segundo uma ordem de preferência, não é identificável uma qualquer unidade de satisfação pessoal que permita considerar a cardinalidade das utilidades. Segundo esta abordagem, a utilidade não corresponde a uma qualquer métrica de referência.

O conceito de Ótimo de Preto ganhou visibilidade como critério de decisão colectiva, correspondendo aos pontos em que é impossível melhorar alguém sem o prejuízo de outrem. Recorde-se que este critério se fundamenta unicamente em relações de ordem de preferência, sem necessidade de recorrer a qualquer métrica que seja sustentada em elementos de artificial cardinalidade das utilidades. Por sua vez, estas comparações de ordem ocorrem entre as utilidades resultantes de diferentes alternativas colocadas a cada indivíduo per si. Ou seja, o critério de Pareto é indiferente à comparação interpessoal das utilidades não requerendo, de todo, a comparação das experiências de diferentes pessoas.

Para o Utilitarismo, os padrões de diferenças de bem-estar entre os indivíduos não são um problema central, inclusivamente porque implicam problemas conceptuais de base. O carácter igualitário do Utilitarismo é discutível e está pejado de condicionantes adicionais, até porque a sua preocupação central se concretiza num critério agregativo (Van Parijs, 1991: 13). Os efeitos distributivos da aplicação destes critérios estão condicionados à distribuição interpessoal dos benefícios marginais. Caso os perfis individuais de benefício marginal sejam relativamente homogéneos, então resulta da Lei da Utilidade Marginal Decrescente que os mais desfavorecidos têm prioridade na distribuição dos bens até que o seu benefício marginal esteja ao nível dos restantes grupos. No caso contrário, com diversidade interpessoal nos

perfis de benefícios marginais será conferida prioridade àquelas pessoas que mais o valorizam, beneficiando possivelmente os que já seriam beneficiados à partida. Numa perspectiva de longo prazo, se às desigualdades corresponderem elevados incentivos ao esforço individual, ao investimento, à inovação, então o utilitarismo tenderá a prescrever uma sociedade desigual.

A defesa dos direitos e garantias fundamentais, pelo Utilitarismo, é contingente e dependente da comparação entre os benefícios líquidos agregados resultantes de diferentes arranjos institucionais alternativos, concretizados, por exemplo, através de diferentes quadros de direitos sociais (Van Parijs, 1991: 17). Os direitos sociais são transformados em instrumentos em favor de um maior ou menor nível de bem-estar, critério que pode justificar a alienação dos direitos de alguns em favor de um maior crescimento económico.¹²

Libertarismo

O núcleo do Libertarismo reside na dignidade humana de cada um, que não pode ser prejudicada em nome de qualquer desígnio colectivo. O elemento basilar do Libertarismo é o direito de propriedade sobre si próprio, logo a ausência de qualquer tipo de coerção. Uma sociedade livre exige um sistema coerente de direitos de propriedade. O Libertarismo considera justa qualquer distribuição que se baseie em direitos de propriedade (de si ou de bens) de cada um, definidos em torno de três princípios:

- Princípio da Propriedade sobre Si Próprio – direito absoluto a dispor da sua pessoa e dos talentos que recebeu, desde que não ponha em causa a sua liberdade.

¹² Em sentido contrário, pesa o argumento de que a aplicação dos princípios utilitaristas, não à escolha individual, mas sim à comparação entre diferentes regimes institucionais pode levar à defesa dos direitos fundamentais, na expectativa de que os enquadramentos institucionais que os consagram, defendem e concretizam serão aqueles a que corresponde a felicidade máxima. No entanto, não se entende que a posição do utilitarismo na defesa dos direitos fundamentais saia especialmente reforçada.

- Princípio da Justa Transacção – transferência voluntária de um bem com o anterior proprietário.
- Princípio da Apropriação Original – definição do titular inicial de um dado bem.

A apropriação original é o ponto mais sensível das teorias libertaristas, pois os direitos de propriedade presentes e futuros dependem, sempre na presença de transacções justas, da apropriação original dos bens naturais ter sido, desde início, justa. A diversidade de soluções para esta questão ilustra quanta polémica gera este princípio. A tabela seguinte exemplifica três das soluções preconizadas:

Figura 1 - Libertarismo – apropriação original

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Libertarismo | | Libertarismo |
| de Direita | | de Esquerda |
| <i>Primeiro a Chegar</i> | <i>Cláusula de Locke</i> | <i>Partilha igual da renda fundiária</i> |
| Kirzner | Fourier | Paine |
| | Nozick | Steiner |

Fonte: Amsperger e Van Parijs, 2004

O Libertarismo tem uma visão da justiça totalmente contrária ao consequencialismo. É histórico, procedimental, retrospectivo e deontológico. Para uma situação ser justa, será produto de uma história cumpridora dos três princípios enunciados. É indiferente a resultados - mais ou menos desiguais, mais ou menos eficazes. Mesmo o Libertarismo de esquerda admite e pode ser compatível com diferenças de rendimento e riqueza abissais.

Apesar de os seus defensores argumentarem que a defesa estrita dos direitos de propriedade contribui para a eficácia económica, esta, em caso de conflito, será prejudicada face à manutenção rigorosa dos princípios de justiça.

Marxismo

Na tradição marxista é dada prioridade à exigência ética da igualdade. Parte da obra de Marx, da tradição intelectual e da prática política marxista, aderem ao projecto de uma sociedade eticamente superior ao (ou mais justa que) capitalismo, por ser, antes de tudo, mais igualitária.

A teoria marxista defende a substituição do capitalismo pelo socialismo, não por este ser mais justo, mas devido a forças inexoráveis da história.¹³ Visa dar suporte à tese de falência do modelo capitalista de produção que, pelas suas contradições, gera as condições para a revolução. Com a revolução, a classe trabalhadora passa a deter os meios de produção, condição para uma sociedade sem classes, onde seria abolida a alienação e a exploração.

Abolir a alienação é atingir o estado de abundância, onde é possível cumprir a máxima: “De cada um segundo as suas capacidades, para cada um segundo as suas necessidades”. A este estado de abundância corresponde o conceito de Ótimo de Marx, onde é impossível melhorar a situação de alguém mesmo deteriorando a situação dos outros.

O fim da exploração exige que os meios de produção sejam detidos pela classe trabalhadora de modo a que esta se possa apropriar de todo o resultado do seu trabalho, eliminando o sobreproduto e o sobretabalho, em simultâneo as vias para a apropriação capitalista e as fontes da exploração.

¹³ O núcleo teórico do Marxismo, o materialismo dialéctico e o materialismo histórico, procura afastar quaisquer elementos normativos na sustentação da ética. Similarmente, o darwinismo social, no extremo oposto do espectro político, defensor da concorrência, dos mercados livre e da sobrevivência dos mais aptos, evita elementos normativos. Este último movimento, iniciado pela obra de Herbert Spencer, tal como o Marxismo, procura fundamento para a sua concepção de sociedade boa não na ética, mas nas ciências naturais. Este padrão ilustra o espírito determinista do século XIX, em que as ciências sociais procuram emular os métodos das ciências naturais. (Hodgson, 1993: 83, 88-96, 101-4; Louçã, 1997: 106-8).

A abordagem marxista à justiça social é, assim, eminentemente igualitarista. Com o fim da exploração, o resultado económico da produção é totalmente apropriado pela classe trabalhadora. Em paralelo, pela abolição da alienação, todos usufruem da mesma satisfação plena das suas necessidades.

Igualitarismo Liberal

A concepção liberal-igualitária visa conciliar os ideais de liberdade e igualdade. Por um lado, procura respeitar de modo igual as diferentes concepções de vida boa de uma sociedade pluralista; por outro, pretende assegurar o necessário a cada um para prosseguir na realização da sua concepção particular. Nesta perspectiva, a Justiça passa pela existência de direitos de cidadania amplos e pelo respeito pela liberdade individual. São importantes não só os direitos civis e políticos - a ausência de restrições às liberdades individuais e às escolhas voluntárias das pessoas - mas também, o efectivo valor da liberdade, que depende dos recursos disponíveis para o seu usufruto pleno. (Van Parijs, 2000: 4-8)

No seu conjunto, esta abordagem à justiça social insere-se na perspectiva, de John Rawls, de que uma teoria de justiça - liberal e solidarista - está associada ao ideal de uma sociedade formada por cidadãos livres e iguais, facto inerente às sociedades democráticas.

Em suma, se o utilitarismo dá especial relevo à eficiência, já o valor central para o marxismo é a igualdade e para o libertarismo a liberdade. Por sua vez, o igualitarismo liberal procura integrar os valores da liberdade e igualdade como critérios de equidade, articulando-os com a eficiência.

Por exemplo, John Rawls apesar de definir como critério prioritário de equidade o “(...) direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas” (Rawls, 1971: 239), distingue-se dos autores libertaristas e utilitaristas por dar especial relevância à distribuição dos bens primários sociais, dando-lhe prioridade sobre qualquer critério agregativo.¹⁴ Estas preocupações foram concretizadas no seu 2º princípio de justiça que limita as desigualdades admissíveis àquelas que sejam “em benefício de todos” e que resultem de “funções às quais todos têm acesso”. (Rawls, 1971: 68) Esta sua primeira formulação contém expressões suficientemente ambíguas para admitir interpretações bastante díspares. No entanto, para o liberalismo igualitário, esta ambiguidade inicial permite exemplificar a importância da articulação dos diferentes valores em jogo. A expressão “em benefício de todos” pode ser interpretada como um critério agregativo, associado à eficiência, ou como um critério distributivo, associado ao princípio da diferença¹⁵. Enquanto que o princípio da eficiência pode ser concretizado pelo conceito de Ótimo de Pareto, o princípio da diferença pode ser sintetizado como a necessidade de as vantagens de uns resultarem, obrigatoriamente, em benefícios para os menos favorecidos. Por sua vez, a expressão “acesso por todos a funções” permite integrar uma abordagem meritocrata ou, em alternativa, uma efectiva preocupação com a igualdade de oportunidades. Se na primeira interpretação são dadas as garantias formais de acesso de todos às posições e funções segundo as suas capacidades e talentos, já a igualdade de oportunidades acrescenta-lhe a exigência de que esta atribuição seja independente da posição social, o que requer da sociedade a promoção do pleno desenvolvimento dos talentos de cada um (Rawls, 1971: 76). A figura seguinte procura ilustrar esta discussão, explicitando as quatro soluções possíveis pelo cruzamento destas duas

¹⁴ Vd. Subsecção II. 2.3, nas páginas 50 e seguintes, para uma discussão dos princípios de justiça de Rawls, em comparação com a abordagem das capacidades de Sen.

¹⁵ O princípio da diferença corresponde à alínea b) do 2º princípio, na sua versão definitiva. Vd. Subsecção II. 2.3, nas páginas 50 e seguintes.

dimensões, num contexto do pleno cumprimento do primeiro princípio, onde a liberdade plena de cada um seja compatível com a liberdade de todos.

Figura 2 - Rawls e a distribuição da vantagens sociais – 2º princípio

| | | “Em benefício de todos” | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|------------------------|
| | | princípio da eficiência | princípio da diferença |
| “funções às quais todos têm acesso” | igualdade vista como existência de carreiras abertas à competência de cada um | Sistema de liberdade natural | aristocracia natural |
| | igualdade vista como igualdade equitativa de oportunidades | igualdade em sentido liberal | igualdade democrática |

Fonte: Rawls, 1971: 71

Ora, os princípios de justiça derivam de um hipotético acordo original, aceite por “pessoas livres e racionais, colocadas numa situação inicial de igualdade e interessadas em prosseguir os seus próprios objectivos.” (Rawls, 1971: 33) Nesta situação, conhecida por *véu de ignorância*, os contratantes desconhecem a sua posição social, os dons naturais (saúde, inteligência, talentos) que lhe forem atribuídos. Esta forma de contrato social é realizada em equidade entre os participantes e, dada a perfeita simetria entre eles, é conforme aos ideais democráticos. Acresce que do véu de ignorância resulta uma posição de extrema aversão à incerteza¹⁶ que valoriza o princípio da diferença sobre o da eficiência.

¹⁶ A interpretação mais natural para o véu de ignorância corresponde a uma posição de incerteza já que não há percepção, por parte dos participantes, de probabilidades dos vários estados de posição social que possam vir a ocupar. “This implies an affinity between Rawls’ suggestions and the literature on uncertainty aversion.” (Andersson e Lyttkens, 1999: 369)

Em suma, pode afirmar-se que Rawls conseguiu articular uma perspectiva liberal de amplas liberdades para todos com uma defesa da limitação das desigualdades. A sua Teoria da Justiça tem em vista uma sociedade democrática, de pessoas livres e iguais. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 74) Torna-se clara a dimensão política desta Teoria da Justiça em função de duas ordens de motivos: primeiro, o objecto dos critérios de justiça delineados pelo contrato primordial sob o véu de ignorância visa o adequado arranjo das instituições básicas sociais, económicas e políticas; em segundo lugar, presume um regime democrático constitucional que garanta a convivência de uma pluralidade de concepções de bem, graças ao cumprimento do princípio da tolerância (Sen, 1992: 76). Concretizando e como ilustrado acima, a dedução do carácter mais igualitarista e solidarista do 2º princípio, atrás sintetizado, está intimamente ligada à aceitação consensual do princípio da tolerância, em contextos políticos de democracia constitucional.

Existem, no entanto, exigências de justiça, perfeitamente adequadas à luz das intuições morais mais comuns, relativas à ordenação das instituições básicas de sociedades cujos regimes políticos estão muito longe de poderem ser classificados como democracias constitucionais, e onde nenhuma das partes em confronto evidencia a tolerância necessária à convivência com as restantes. No entanto, as questões de justiça social que estas exigências levantam, nomeadamente quando associadas a distribuições de bens básicos evidentemente injustas, tornam dificilmente aceitável a não aplicabilidade dos princípios de justiça de John Rawls. Ou, nas palavras de Amartya Sen, em *Inequality Reexamined*:

There are many conspicuous issues of justice and injustice involved in the political choice of social institutions all over the world, and it is not easy to accept the definition of a political conception of justice that rules most of

them out of court on grounds of ideological remoteness from constitutional democracies. (Sen, 1992: 79)

Não sem reconhecer o impacto desta teoria de justiça, nomeadamente na sua aplicação a muitas situações fora do seu âmbito inicial, Amartya Sen identifica aqui a necessidade de se encontrar uma abordagem aos problemas de desigualdade e injustiça social menos restrita a uma particular concepção de organização política. (Sen, 1992: 79)

A abordagem de Amartya Sen às Teorias de Justiça baseia-se em que toda a discussão em torno dos princípios normativos a integrar na análise da equidade se condense numa pergunta: *Equality of What?* Os valores de imparcialidade e universalidade, comumente aceites, obrigam a que as diferentes Teorias de Justiça, em função da sua plausibilidade e da sua legitimidade sociais, se sustentem numa qualquer forma de igualdade fundamental, em particular nas dimensões que lhes mereçam especial valor – a variável focal. Por sua vez, a diversidade humana e a pluralidade de objectivos¹⁷ tornam improvável a igualização de todas as dimensões da qualidade de vida. Igualizar a variável focal, obriga a tornar desiguais as restantes. Cada teoria de justiça identifica a variável focal que mais valoriza, admitindo desigualdades nas restantes, menos valorizadas. A presença de princípios de justiça agregativos, que visam o maior nível possível do distribuendum (ou, em alternativa a sua média), pode limitar o âmbito de aplicação desta abordagem somente aos casos em que se apliquem princípios distributivos, focados em reduzir a sua dispersão. (Van Parijs, 1991: 252)

À partida, Amartya Sen interpreta as diferentes Teorias de Justiça como diferentes formas de igualitarismo, no princípio que, também, os princípios agregativos podem ser apresentados na forma de uma igualdade. Diversos argumentos podem contribuir para esta perspectiva.

¹⁷ Segundo Van Parijs, a diversidade e a pluralidade de objectivos correspondem a duas das circunstâncias da justiça.

Primeiro, admite-se que qualquer maximização tem como condição necessária a igualdade dos benefícios marginais líquidos, observados na variável focal - ou *distribuendum*. Segundo, basta que o peso de cada um dos indivíduos seja igual para que se cumpra o requisito de imparcialidade. O terceiro argumento assenta em que a interpretação dada ao termo igualdade deve ser suficientemente lata para que seja extensível aos casos de *distribuenda* multidimensionais, onde o critério de comparação entre distribuições será, por exemplo, o de diversidade não dominada (Van Parijs, 1991: 252). Concretizando aos casos discutidos nesta secção, temos que o utilitarismo procura a igualdade dos ganhos marginais, o marxismo a igualdade de bens e serviços e o libertarismo a igualdade de direitos. Finalmente, resulta, como critério de justiça social e económica, do esforço do igualitarismo liberal em conciliar a liberdade com a igualdade, os meios com os resultados (Sen, 1992: 12-30), a definição da igualdade das liberdades.¹⁸

2.3. Princípios de justiça e igualdade das capacidades

John Rawls é um autor de grande relevância para a equidade, dado o seu papel no reavivar das discussões, também filosóficas, em torno das questões da Justiça Social, muito influenciadas pela abordagem utilitarista ao bem-estar, individual e colectivo (Van Parijs, 1991: 15-19, 31, 69; Sen, 1992: 75). Pode mesmo entender-se a sua Teoria da Justiça como um esforço para dar resposta às objecções que foram sendo colocadas ao Utilitarismo.

Em primeiro lugar, a sua abordagem à justiça social e económica aponta para um *distribuendum* alternativo ao bem-estar: um cabaz de bens sociais primários, que constituem

¹⁸ Esta afirmação não é pacífica, no sentido em que diferentes autores enquadráveis nesta família têm argumentado explicitamente em favor da igualdade de diferentes variáveis focais, que não as liberdades, desde os recursos às oportunidades, passando pelos conjuntos de possibilidades de escolha e pelas capacidades. Assume-se, no entanto, aqui que cada um destes *distribuenda* são formas de conseguir o pleno e efectivo exercício das liberdades, no sentido mais amplo do termo.

os meios básicos necessários aos objectivos que cada um persegue para a sua vida. “Os bens sociais primários são, para utilizar categorias genéricas, direitos e liberdades, oportunidades e poderes, rendimento e riqueza.” (Rawls, 1971: 90) Nesta lista não pode deixar de estar também incluído o respeito por si próprio, condição necessária para cada um continuar a busca do seu projecto de vida. Sem este, não existe nem a “(...) confiança para cumprir as nossas intenções”, nem “(...) a convicção segura de que a sua concepção do bem, o seu projecto de vida, merecem ser postos em prática” (Rawls, 1971: 337). Em suma, os princípios de justiça referem-se às liberdades, às vantagens socioeconómicas e à igualdade de acesso às oportunidades. Este novo objecto dos critérios de justiça - a sua variável focal - permite ultrapassar as particulares dificuldades, no contexto do utilitarismo, de comparação interpessoal das utilidades (Van Parijs, 1991: 18). O recurso aos bens sociais primários visa contribuir para um critério objectivo que possibilite estas comparações, em função das expectativas que cada indivíduo tem dos bens sociais primários que virá a possuir. Assim, a felicidade de uma pessoa é tanto maior quanto o seu plano de vida for concretizado (Rawls, 1971: 89-90). A operacionalização desta abordagem a contextos concretos obriga a que a lista dos bens primários sociais corresponda um índice composto representativo das oportunidades de vida boa. Esta lista divide-se em liberdades fundamentais e oportunidades de acesso a posições sociais:

Liberdades fundamentais:

- Direito de voto e de elegibilidade;
- Liberdade de expressão e de reunião;
- Liberdade de consciência e de pensamento;
- Liberdade de deter propriedade pessoal;
- Protecção contra prisão e expropriação arbitrária.

Oportunidades de acesso às posições sociais:

- Vantagens socioeconómicas:
- Rendimento e riqueza;
- Poderes e prerrogativas;
- Bases sociais do respeito por si;
- Lazer (introduzido em 1993, em resposta a uma crítica de Musgrave)

Torna-se evidente, neste ponto, que o objecto deste texto, a saúde, não cabe no âmbito dos princípios de justiça de John Rawls, que os terá idealizado para um conjunto de pessoas com expectativas de vidas longas e saudáveis, em condições de plena participação na sociedade (Daniels, 1981:167). Classificou, assim, a saúde como um bem primário natural, mais precisamente nos seguintes termos:

Outros bens primários há, como a saúde e o vigor, a inteligência e a imaginação, que são naturais; embora a sua posse seja influenciada pela estrutura básica, não estão sob o seu controlo directo. (Rawls, 1971: 69)

No entanto, Norman Daniels tem, em sucessivos artigos, proposto a extensão do seu âmbito de aplicação aos cuidados de saúde e aos determinantes sociais da saúde. Considera tal possível, argumentando que na base da Teoria de Justiça se encontra um contrato social entre indivíduos representativos no pleno uso das suas funcionalidades. Este facto oferece uma pista para a desejabilidade da maior saúde possível para todos (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 17). São os diferentes determinantes sociais da saúde, assim como os cuidados de saúde, que podem, primeiro, garantir o maior número possível de pessoas a cumprir a idealização de John Rawls; em segundo lugar, assegurar a recuperação de situações de doença

e, em terceiro lugar, manter o mais próximo possível do ideal as condições de vida das pessoas com situações crónicas (Daniels, 1981:167-8).

Por força da centralidade que dá às liberdades básicas e à igualdade de oportunidades, a teoria de justiça de Rawls apresenta-se como uma abordagem adequada à distribuição da saúde. No entanto ao classificar a saúde como um bem básico natural, colocou-a fora do âmbito da justiça social. Perante as intuições morais mais comuns, o conjunto de bens primários sociais não garante a plena justiça social, pois os dons de saúde são elementos determinantes para as expectativas de vida das pessoas. Para a mesma situação, em termos das liberdades fundamentais e das oportunidades de acesso às posições sociais, contidas na definição de bem social primário, podemos encontrar níveis de qualidade de vida e de oportunidades muito diferenciados, em função de diferentes necessidades de cuidados de saúde (Daniels, 1981:163-5). Indo um pouco mais longe, pode afirmar-se que a exigência de igualdade equitativa de oportunidades permite que a Teoria de Justiça seja aplicável a questões das quais inicialmente se viu excluída, nomeadamente a distribuição da saúde, na parte em que seja resultado dos determinantes sociais da saúde:

Though Rawls's account was devised for the most general questions of social justice, it also provides a set of principles for the just distribution of the social determinants of health. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a:17)

Provavelmente, qualquer teoria que adopte um princípio de justa igualdade de oportunidades, e não só a *justiça como equidade*¹⁹, será compatível com esta linha de argumentos, até porque os determinantes socioeconómicos reforçam a necessidade de instituições de cuidados de saúde capazes de a promover (Daniels, 1981:160-1). Decorre do princípio de igualdade de

¹⁹ Tradução da expressão de John Rawls *justice as fairness*, presente na edição portuguesa referida na bibliografia do presente texto. (Rawls, 1971)

oportunidades que as instituições sociais devem não só remover as barreiras ao acesso aos lugares e posições sociais, mas também promover as oportunidades daqueles que estejam à partida mais desfavorecidos (Daniels, 1981: 166).

Porém, não decorre do princípio de igualdade equitativa de oportunidades que sejam eliminadas todas as diferenças em saúde, inclusivamente devido a que esta deve continuar a ser, parcialmente, considerada um bem primário natural. Antoine Bommier e Guy Stecklov procuraram conciliar os elementos sociais e naturais da saúde, como bem primário, ao considerarem o acesso a saúde – visto como a possibilidade de cada um atingir o máximo de saúde que o seus dons lhe permitem – como liberdade básica. Desta proposição resulta que uma sociedade em que há indivíduos com limitações de acesso à saúde é considerada injusta, independentemente da fonte da discriminação. (Bommier e Stecklov, 2002: 504, Sen, 2004: 24) Esta perspectiva dá a merecida atenção ao facto de a saúde ser um bem de particular centralidade nas preocupações das pessoas. Na verdade, a saúde é não só um meio, mas também um constituinte das oportunidades de vida. Ao incluir a saúde na lista dos bens sociais primários cumpre-se o objectivo de conciliação da liberdade com a igualdade inerente aos princípios de justiça de John Rawls.

Em segundo lugar, é de especial importância a introdução explícita de preocupações distributivas, assentes na afirmação da igualdade de oportunidades no acesso a funções e posições e na defesa sistemática dos interesses dos mais desfavorecidos, tal como já discutido atrás. Só são admissíveis as desigualdades sociais que satisfaçam, em simultâneo, estas duas condições. Neste particular a *Teoria de Justiça* corresponde, nas palavras de Philippe Van Parijs, a um “(...) compromisso elegante e atraente entre um igualitarismo absurdo e um utilitarismo iníquo.” (Van Parijs, 1991: 19) Assim, a Teoria de Justiça de John Rawls pode ser

expressa sinteticamente pelos dois princípios de justiça que integram os elementos acima discutidos²⁰:

Primeiro Princípio – cada pessoa deve ter um direito igual ao mais amplo sistema total de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdades para todos.

Segundo Princípio - As desigualdades económicas e sociais devem ser distribuídas por forma a que simultaneamente:

a) redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados, de uma forma compatível com o princípio da poupança justa, e

b) sejam a consequência do exercício de cargos e funções abertos a todas as circunstâncias de igualdade equitativa de oportunidades.

(Rawls, 1971: 239)

O princípio das liberdades requer que seja garantida a maior participação política de todos, apoiada em garantias e protecções institucionais que contrariem as desigualdades socioeconómicas e de participação. Dado a saúde ser, por definição, um constituinte e um meio para o usufruto das liberdades efectivas, resulta que garantir a maior saúde possível se torna um imperativo de justiça social. Depois, a igualdade de oportunidades exige medidas

²⁰ Posteriormente John Rawls ajustou a redacção dos princípios de justiça. Estas alterações vieram a incidir mais significativamente no primeiro princípio, onde a expressão “mais amplo sistema total de liberdades básicas” foi substituída pela fórmula, menos exigente, de “um esquema plenamente adequado de liberdades básicas”:

1. Each person has an equal right to a fully adequate scheme of equal basic liberties which is compatible with a similar scheme of liberties for all.

2. Social and economic inequalities are to satisfy two conditions. First, they must be attached to offices and positions open to all under conditions of fair equality of opportunity; and second, they must be to the great benefit of the least advantaged members of society.

(Sen, 1992: 75 citando John Rawls nas suas Tanner Lectures de 1982, versão que veio a ser reimpressa em Rawls, J., Fried, C., Sen, A. e Schelling, T. (1987), *Liberty, Equality and Law*, ed. S. McMurrin, Cambridge, Cambridge University Press and Salt Lake City, University of Utah Press: 5).

robustas para mitigar os efeitos das desigualdades socioeconómicas e de outras contingências cerceadoras das oportunidades. Contemplará o sistema educativo, os cuidados diários à infância, o apoio social e os cuidados de saúde e os diversos instrumentos de saúde pública, que visam a promoção da normal funcionalidade de todos. No entanto, esta limitação das desigualdades é um processo que, por força do princípio das diferenças, não pode resultar na redução ao mínimo denominador comum, principalmente em saúde²¹. Estes três princípios de justiça conferem uma base normativa, proveniente de critérios éticos, para a promoção da saúde e para a limitação das suas desigualdades. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 18-20; 2004: 78-9)

Por último, a Teoria de Justiça de Rawls dá especial protecção à autonomia individual face à intrusão de objectivos sociais, alegadamente, mais elevados. Os três elementos acima referidos - as liberdades, a igualdade de oportunidades e a defesa dos mais desfavorecidos – obedecem a uma hierarquia clara e irrevogável, designada por ordenação lexicográfica. Em situação alguma um ganho na igualdade de oportunidades ou na situação dos mais desfavorecidos poderá ser justificação para uma violação das liberdades fundamentais (Van Parijs, 1991: 19). Pela primeira regra da prioridade, “(...) as liberdades básicas podem ser restringidas apenas em benefício da própria liberdade entre as diferentes dimensões da justiça (...)” (Rawls, 1971: 239). Por sua vez, a segunda regra de prioridade garante que as preocupações distributivas merecem especial atenção, nomeadamente em relação a eventuais critérios agregativos. Estabelece que “(...) o segundo princípio de justiça goza de prioridade lexical face os princípios da eficiência e maximização da soma dos benefícios” (Rawls, 1971: 239). Na concretização destas preocupações distributivas a igualdade de oportunidades é vista

²¹ Os limites à igualdade em saúde são discutidos em subsecção própria - II. 3.3, nas páginas 70 e seguintes. A eliminação das desigualdades por força da redução, ao mínimo, do benefício de todos fere os princípios éticos, de uma forma particularmente severa na saúde. O direito à saúde só se concretiza pelo seu nível mais elevado possível (subsecção II. 3.2, nas páginas 67 e seguintes).

como condição necessária. Só sob um enquadramento institucional que garanta a igualdade equitativa de oportunidades é que podem ser admitidas desigualdades sociais para, então, serem avaliadas à luz do princípio das diferenças. A segunda parte da segunda regra de prioridade explicita que “(...) o princípio da igualdade equitativa de oportunidades tem prioridade sobre o princípio da diferença” (Rawls, 1971: 239).²²

A prioridade dada à liberdade garante, a cada um, a escolha efectiva do plano de vida mais adequado aos seus objectivos e, por esta via, à sua particular concepção de bem. Como os bens primários são os meios, ou recursos, necessários à construção e concretização dos objectivos pessoais, serão também um indicador das liberdades positivas. Esta abordagem, centrada na distribuição dos meios para a liberdade contrasta com aquelas que adoptam como variável focal os resultados, ou realizações. Graças a isso, assegura, a plena neutralidade face às diferentes escalas de valores e, por este motivo, adequa-se a sociedades plurais e tolerantes. (Sen, 1992: 80-1)

As teorias de justiça liberais estão especialmente adequadas a contextos onde a diversidade humana seja mais acentuada. Esta diversidade pode ser dividida em duas dimensões: (i) a pluralidade de objectivos e (ii) a diversidade de características pessoais. É na conjunção das duas que ganha relevância a liberdade como elemento central dos critérios de justiça, em comparação quer com as realizações, quer com os meios para a liberdade.

Associado à pluralidade de objectivos está um problema de valorização diferenciada dos bens e realizações. Um mesmo resultado terá diferentes valorizações para diferentes indivíduos,

²² Optou-se por citar a formulação dos princípios de justiça que John Rawls explicitamente designou por definitiva em *Uma Teoria da Justiça* (Rawls, 1971). Nesta não são apresentadas as designações mais utilizadas para cada um deles. Assim o primeiro princípio é reconhecido como o princípio da igual liberdade, o segundo princípio alínea a) pelo princípio da diferença e, finalmente, o princípio da igualdade equitativa de oportunidades corresponde à alínea b) do segundo princípio.

porque os seus objectivos, e as suas concepções de bem, não são iguais. Não pode assim afirmar-se que a igualdade nos resultados seja uma distribuição justa, pois prejudica-se a garantia de promover a possibilidade de cada um viver a sua própria vida em função da sua particular concepção de bem.

Amartya Sen trata a diversidade de características pessoais como equivalente a diferenças nas taxas de conversão dos meios em alternativas de escolha. Dois indivíduos com o mesmo cabaz de meios para a liberdade (de bens primários, por exemplo) podem por força de taxas de conversão diferentes, usufruírem de diferentes níveis de liberdade. Muitos motivos podem fundamentar a diferenciação nas taxas de conversão dos recursos em liberdade, mas bastará, julga-se, referir a aleatoriedade da distribuição dos dons de saúde e de talento para a fundamentar. Assim, a igualdade de meios de liberdade fornece uma resposta adequada às exigências de equidade levantadas em contextos de pluralidade de objectivos. Apresenta, no entanto, problemas quando as características pessoais são significativamente diferentes. As exigências individuais de justiça devem ser avaliadas não em função de bens primários, mas sim abordando directamente as liberdades, vistas como as alternativas de vida que cada um pode escolher. (Sen, 1992: 81-3, 85-7) Tal como Amartya Sen afirma:

If our concern is with equality of freedom, it is no more adequate to ask for equality of its means than it is to seek equality of its results. Freedom relates to both, but it does not coincide with either. (Sen, 1992: 87)

Esta fragilidade da igualdade dos recursos em contextos de diversidade mais significativa é um forte argumento que sustenta a crítica de Sen à focagem de Rawls nos bens sociais básicos. No entanto, em condições próximas do equilíbrio rawlsiano, entendido como o ponto onde os princípios da *justiça como equidade* são cumpridos, todas as pessoas gozam de um

nível normal de funcionalidade. Este facto permite considerar a diversidade de taxas de conversão pouco significativa, no pressuposto que o gozo pleno da saúde é condição necessária: (i) da *justiça como equidade* e (ii) da convergência das taxas de conversão de meios em liberdades. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 86)

Na subsecção anterior foi discutida a necessidade de abordar a justiça e a equidade em situações que vão muito além dos limites impostos, pelo seu autor, ao âmbito dos princípios de justiça.²³ Aqui, recorre-se a um argumento de natureza semelhante. As sociedades reais apresentam-se longe do equilíbrio. Diferentes níveis de funcionalidade estão presentes, com uma parte significativa da população longe das condições ideais de saúde para participar plenamente. As sociedades actuais são heterogéneas, multiétnicas e dinâmicas; a diversidade humana está presente.

Em alternativa aos bens sociais primários, Amartya Sen argumenta em favor das liberdades positivas como variável focal dos critérios de justiça. Estas liberdades positivas podem ser interpretadas como os diferentes modos de vida alternativos que uma dada sociedade coloca à disposição dos seus elementos para viverem. Por sua vez, o autor aborda a vida das pessoas como um “(...) conjunto de funcionalidades interrelacionadas” (Sen, 1992: 39) que são elementos constituintes da própria pessoa. As funcionalidades correspondem àquilo que as pessoas são e fazem: estar suficientemente alimentado, ser feliz, participar activamente na comunidade. Nesta perspectiva, as realizações das pessoas concretizam-se em funcionalidades, que integram um vector caracterizador da vida das pessoas. O conjunto de alternativas de vectores de funcionalidades que estão disponíveis a serem concretizados por cada um, corresponde às suas capacidades. Estas reflectem a liberdade de cada um seguir o

²³ Na subsecção II. 2.2 é abordada a teoria de justiça de Rawls como uma concepção política da justiça, concebida tendo em vista as democracias constitucionais.

seu próprio percurso de vida, em função da sua própria concepção de bem. (Sen, 1992: 39-41)

Pode afirmar-se que as liberdades positivas, que procuram dar resposta à busca de uma vida plena pelo preenchimento dos seus objectivos (em função de uma particular escala de valores de cada um) podem ser avaliadas como capacidades. Estas garantem uma resposta equilibrada à diversidade humana e à pluralidade de objectivos, já que a igualdade das capacidades obriga a que se tomem em consideração as diferentes taxas de conversão para a correcta distribuição de meios de liberdade. (Sen, 2000: xiv-xv)

2.4. Defesa de uma abordagem liberal-igualitária

Uma abordagem liberal-igualitária da justiça social procura encontrar o justo ponto onde se defende, em simultâneo, a liberdade e a igualdade, como elementos fundamentais para a definição da organização básica da sociedade e que pode ser sintetizado pela expressão *igualdade de liberdades*. Esta expressão que merece ser analisada com mais detalhe.

Por um lado não se pretende que, por força da igualdade, se reduzam as liberdades a um mínimo denominador comum. O igualitarismo liberal procura agregar aos objectivos de igualdade social, preocupações quanto à garantia dos direitos e liberdades individuais, independente de e não condicionada por considerações de carácter colectivo, sejam estas de natureza agregativa ou distributiva. Segundo John Rawls, “(...) numa sociedade justa, a igualdade de liberdades e direitos entre os cidadãos é considerada como definitiva” (Rawls, 1971: 27). Neste sentido, o igualitarismo liberal é uma forma de libertarismo. No entanto, as teorias de justiça liberal-igualitárias não devem ser reduzidas a esta dimensão. Se o libertarismo está associado a abordagens deontológicas da justiça, em que a definição de justo depende unicamente da história da atribuição de um dado recurso a uma pessoa, o liberalismo

igualitário contém importantes elementos consequencialistas que não podem ser desvalorizados (Van Parijs, 1991: 197). A igualdade das liberdades visa que a garantia dos direitos e liberdades das pessoas seja não só um requisito processual, mas que o real e efectivo exercício das liberdades, seja, para todos, o máximo possível (Van Parijs, 1991: 212).

No momento da introdução de elementos normativos que apontam para o gozo, por todos, do nível de liberdades mais amplas possível e, em simultâneo, para a sua igualização, exige-se das teorias de justiça a resolução da tensão entre critérios distributivos e agregativos. Os requisitos, acima mencionados, de independência e autonomia face aos interesses colectivos, adquirem especial robustez quando cada pessoa é considerada como um fim em si mesmo e não um meio. No campo das liberdades e dos direitos, deve tomar-se em consideração a situação de cada um em separado, no sentido em que as suas perdas não são justificáveis, ou compensáveis, pelos ganhos de outrem. Em paralelo, na esfera dos recursos, meios e resultados, a sua distribuição é sustentada por um adequado critério ético, que não ponha em causa os direitos e liberdades. Pode comparar-se o caso do Utilitarismo, que condiciona a defesa dos direitos e das liberdades à máxima utilidade agregada, com a perspectiva rawlsiana que ao defender uma organização social conforme à igualdade democrática, requer que a distribuição das vantagens sociais tenha um cariz igualitário²⁴. No caso particular da equidade na saúde, são mais os motivos para dar prioridade a critérios distributivos: (i) os ganhos de saúde não compensam as perdas de outrem; (ii) o estado de saúde é limitado superiormente, o que reduz as possibilidades de estratégias agregativas; (iii) a adopção de critérios agregativos focaliza as intervenções e os investimentos na saúde segundo o critério do maior ganho de saúde, o que contradiz o princípio ético da prioridade segundo a severidade (Sen, 2004: 26-7).

²⁴ Aqui, procura-se generalizar a discussão para além da construção da *justiça como equidade*., mas sim a uma qualquer perspectiva liberal-igualitária. No mesmo sentido, o princípio da diferença de John Rawls é visto como um exemplo de critério igualitarista, dado dar prioridade às exigências de equidade dos mais desfavorecidos.

Em terceiro lugar, a conjunção da pluralidade de objectivos e da diversidade humana está na base da defesa de uma abordagem que conjugue liberdade e igualdade. Tal como já foi visto atrás, a pluralidade de objectivos desaconselha qualquer critério de equidade centrado nos bens e nos resultados, reforçando a importância dos recursos e dos meios para a liberdade. A diversidade humana considera a existência de taxas de conversão diferenciadas dos meios em liberdade, pelo que uma abordagem à justiça social deve encontrar respostas a este problema. Uma perspectiva rawlsiana argumenta que as sociedades justas garantem as plenas funcionalidade de todos, logo a eliminação, redução ou compensação das diferenças nas taxas de conversão, resultantes de situações de incapacidade, por força do princípio de igualdade de oportunidades (Daniels, 1990: 276-285; Daniels et alli, 2000b: 89-90). Já Amartya Sen, numa abordagem alternativa, interpreta a justiça social como a igualdade das capacidades, conceito que integra informação relativa a estas taxas de conversão.²⁵

Ser possível escolher de entre uma série de alternativas, nas dimensões da vida que as pessoas considerem mais importantes, é particularmente valorizado, a fim de que cada um possa conduzir uma vida que valha a pena. As liberdades positivas são elementos essenciais à qualidade de vida das pessoas, independentemente de serem, ou não, seus elementos constituintes. Mesmo no caso de a liberdade não contribuir directamente para o bem-estar, é certamente um determinante necessário à qualidade social. A exigência de uma sociedade que garanta alternativas nas decisões substanciais requer que as liberdades sejam defendidas, senão como constituintes do bem-estar, pelo menos como instrumentos essenciais à qualidade de vida. (Sen, 1992: 150-1)

²⁵ Vd. subsecção anterior.

3. Aplicação da equidade à saúde

3.1. Saúde – suas especificidades como distribuendum

O preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), resultante da Conferência Internacional da Saúde, de 1946, consagra uma definição de saúde que se afasta do modelo biomédico, orientado para a superação dos eventos de doença ou incapacidade. Ao conceptualizar a saúde como “(...) um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”²⁶, ficou reforçada a sua multidimensionalidade e heterogeneidade. Esta definição dá especial relevo à saúde como elemento constitutivo do bem-estar, não só pelo valor intrínseco que lhe é conferido, mas também como determinante das capacidades de funcionar, ou seja, como base para a constituição das liberdades positivas.

As diferentes abordagens à saúde podem ser sintetizadas por duas perspectivas básicas: o modelo biomédico e o modelo social da saúde. Enquanto o primeiro evidencia o papel dos cuidados de saúde em evitar, resolver ou mitigar os efeitos da doença, o modelo social dá especial relevo aos determinantes sociais da saúde. Neste último é colocada especial atenção no valor social da saúde, qual o seu significado e qual o contexto social que estrutura a busca da saúde e da luta contra a doença. Por sua vez, o modelo biomédico foca-se na doença e nas eventuais actuações - os cuidados de saúde - que a presente tecnologia disponibiliza. Estas duas perspectivas não são indiferentes para a discussão da equidade na saúde e da adequabilidade dos diferentes critérios de justiça. O modelo biomédico preocupa-se mais com

²⁶ Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, adoptada pela Conferência Internacional da Saúde, Nova Iorque, de 19 Junho a 22 Julho de 1946; assinada em 22 Julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados e entrada em vigor em 7 Abril de 1948.

as diferenças no acesso aos cuidados de saúde e os respectivos critérios de prioridade. O modelo social requer uma abordagem à equidade na saúde que integre preocupações com as oportunidades e modos de participação plena das pessoas na sociedade. A definição da OMS, que se enquadra no modelo social, conceptualiza a saúde como praticamente sobreposta ao conceito de qualidade de vida. (Peter, 2004: 95-6)

Dada acumulação da evidência empírica apontando para a ligação entre a saúde e as condições sociais, discutida mais à frente no presente texto, em favor da tese dos determinantes sociais da saúde, e da sua elevada influência no estado de saúde, a equidade na saúde não se pode resumir à distribuição de cuidados de saúde. (Sen, 2004: 23-4, Peter, 2004: 93) Esta associação empírica obriga a enquadrar a saúde por dimensões que integrem: (i) a sua influência no bem-estar, (ii) o seu papel como constituinte e meio para as liberdades positivas (Anand, 2004: 17-8; Sen, 2004: 23, 27-8) e (iii) a sua relevância como marcador de justiça, ou injustiças, sociais (Marmot, 2004a, 37; Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 63-4).

A especial sensibilidade social a perdas no estado de saúde requer que seja analisado o grau de justiça da distribuição em saúde, em função de critérios de equidade que procurem integrar as diferentes dimensões aqui mencionadas. Existem, primeiro, razões para adoptar uma forma de igualitarismo, específico à saúde, em função de ser um bem especial – um bem de mérito – cuja distribuição não deve ser determinada pelo rendimento das pessoas. Em segundo lugar, as desigualdades na saúde constituem-se como desigualdades nas capacidades em funcionar, logo nas liberdades positivas. Correspondem, assim, a uma negação da igualdade de oportunidades (Anand, 2004: 17-8). Depois, é fundamental uma abordagem ética aos determinantes sociais da saúde, focando a atenção da ética social nas condições sociais a

montante, que estão na génese das desigualdades em saúde (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 18-20, 2004: 65).

Em suma, a equidade na saúde não pode circunscrever-se à distribuição da saúde ou dos cuidados de saúde. A interdependência dos diferentes elementos da qualidade de vida, e em particular a distribuição de recursos alocáveis à saúde, são elementos relevantes para a análise da justiça social em saúde (Sen, 2004: 25). Neste contexto, o papel das instituições sociais é especialmente relevante, sabendo-se que, por via de maior justiça social, se reduzem as desigualdades em saúde. Os contributos da Teoria de Justiça de Rawls, através da extensão do seu âmbito de aplicação aos cuidados de saúde e aos determinantes sociais da saúde, são especialmente relevantes (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 18-20; 2004: 65).

Importa, no entanto, referir que, tal como Sen argumenta, o princípio da diferença se foca nos recursos. Mas os determinantes sociais da saúde requerem atenção especial aos resultados (Sen, 2000: xiii). A abordagem das capacidades procura estabelecer a ligação entre o bem-estar e os recursos disponíveis e, por esta via, ultrapassar esta dissonância. A saúde é, assim, considerada uma capacidade composta por diversas funcionalidades associadas à ausência de incapacidades, ou seja, à possibilidade de realizar actividades básicas e instrumentais²⁷ (Peter, 2004: 96-7).

Qualquer critério de equidade que se baseie no princípio da igualdade de oportunidades requer a redução das desigualdades na saúde, dado estas serem vistas como especialmente injustas, pois a saúde é não só um factor mas também um constituinte dessas mesmas oportunidades, tal como das liberdades positivas. A igualdade de oportunidades fundamenta a

²⁷ O International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), definido pela OMS, é a classificação sistemática e compreensiva, das incapacidades, sejam relativas a actividades de vida diária (ADL) ou a actividades instrumentais de vida diária (IADL).

exigência social do usufruto, por todos e em pleno, das funcionalidades básicas. A saúde, em particular quando abordada segundo o modelo social, tem especiais ligações quer com as oportunidades, quer com as funcionalidades (Anand e Peter, 2000: 50).

Carecem de distinção as diferenças em saúde que resultam de falta de oportunidades, severamente injustas, daqueles casos em que a má saúde é resultado de opções livres e perfeitamente informadas dos indivíduos. Esta questão adquire crescente importância com a cada vez maior relevância da adopção de estilos de vida saudável como factor do estado de saúde das pessoas, em particular nas sociedades mais afluentes. Torna-se assim importante distinguir os resultados em saúde das oportunidades para a saúde, dando particular relevo à última abordagem. No entanto, dada a elevada prioridade da saúde entre os diferentes bens, pode presumir-se que os resultados em saúde podem ser uma adequada *proxy* para as liberdades de usufruir em pleno a saúde, dado que a resolução de uma qualquer perda em saúde adquire prioridade sobre os outros objectivos. (Sen, 2004: 23)

A saúde não resulta unicamente dos determinantes sociais de saúde, havendo outras dimensões, tais como as características pessoais ou o contexto ambiental (Sen, 2000: xiv). Deste modo, a focagem nas capacidades não esgota o conjunto de elementos relevantes para a justiça social. De facto, em particular em bens de mérito, como a saúde, também o processo e os resultados merecem uma particular atenção que não seja mediada pelas capacidades. Havendo elementos, ou determinantes, da saúde que podem ser designados como dons, no sentido em que não dependem da actuação humana, não é justo ou admissível que as diferenças que deles resultem justifiquem a discriminação de alguém nos cuidados de saúde a usufruir, ou nos recursos sociais da saúde (Sen, 2004: 24). A estratégia adequada passará pela mitigação dos efeitos das diferenças em dons de saúde e não pela redução da saúde de

alguém, por força da igualização do estado de saúde²⁸, inclusivamente porque se assume a saúde no seu nível mais elevado possível, como um direito fundamental. Aqui, o objectivo social é permitir a todos que usufruam em pleno do nível máximo dos seus dons de saúde (Bommier e Stecklov, 2002: 504; Sen, 2004: 24). Nestes contextos os elementos processuais da justiça adquirem relevância e poderão ser um componente importante para a equidade na saúde (Sen, 2000: xv-xvi).

Pode-se assim afirmar que a equidade na saúde não é de todo independente da justiça social, devendo ser nela integrados elementos relativos aos arranjos sociais mais globais. Há, no entanto, particularidades e especificidades da saúde que necessitam de especial abordagem (Sen, 2004: 27-8). Para além de um marcador das injustiças sociais a montante, a saúde é uma das condições da vida mais importantes e um constituinte fundamental das liberdades positivas. Qualquer concepção da justiça que valorize em simultâneo uma distribuição justa e uma eficiente formação das capacidades, não pode ignorar o papel da saúde e integrá-la na análise da justiça social. A análise da equidade na saúde, separada de uma abordagem à equidade e justiça social globais, não é, de todo, irrelevante - as questões de saúde integram-se na análise global da equidade e da justiça social, mas merecem um estatuto próprio (Sen, 2004: 23).

3.2. Direitos à saúde

Como já referido anteriormente, é central o papel da intuição na definição dos valores, critérios, normas e procedimentos que contribuem para a construção da equidade como critério de decisão colectiva. João Pereira propôs, entre outras condições, que estes critérios de

²⁸ Na subsecção II. 3.3, são abordados com detalhe os diferentes limites à aplicação à saúde de um igualitarismo estrito.

equidade fossem intuitivos e de ampla aceitação. Esta condição tem sido concretizada nos documentos oficiais de política relativa a equidade na saúde na Europa Ocidental, sintetizada nos seguintes vectores:

- preocupação pela distribuição autónoma dos outros objectivos como a eficiência, maximização da sobrevivência ou escolha do consumidor;
- requerimento de igualdade de parâmetros específicos entre grupos socioeconómicos ao invés de um mínimo básico garantido;
- especial visibilidade ao processo de prestação de cuidados de saúde invariavelmente contida na dimensão acesso (Pereira, 1993: 21).

Entende-se assim que o recurso à intuição como abordagem relevante à equidade não pode deixar de estar enquadrado pelo conjunto de valores identificados como garantes da plausibilidade e legitimidade social dos critérios de equidade. O direito à saúde está formalmente consagrado, quer na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no seu artº 25º, quer na Constituição da República Portuguesa, no artº 63º.

A definição de saúde da OMS perspectiva a saúde, em simultâneo, como um constituinte e um meio para o bem-estar e as liberdades das pessoas. Ao expressar claramente que a saúde é mais que a ausência de doença, a OMS reforça as ligações de mútuo reforço entre a saúde e os restantes direitos fundamentais, já que dá relevo à sua importância para a participação plena dos indivíduos na sociedade. A Declaração de Alma-Ata²⁹ concretizou esta ideia ao considerar que “(...) atingir o nível mais elevado possível de saúde é o objectivo social mais importante do mundo, que requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos para além do sector da saúde” e que as “(...) desigualdades grosseiras no nível de saúde das

²⁹ A Declaração de Alma-Ata resultou da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada entre 6 e 12 de Setembro de 1978, naquela cidade da Ex-URSS,

peçoas, são política, social e economicamente inaceitáveis e são, assim, uma preocupação comum a todos os países” (Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978).

A Declaração Universal dá especial relevo a um conjunto amplo de direitos sociais, ligando o direito à saúde, à satisfação de necessidades primárias como a “(...) alimentação, (...) vestuário, (...) alojamento, (...) assistência médica”, a protecção social contra riscos sociais no “(...) desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência”, a um direito geral a um “(...) nível de vida suficiente (...)” (Declaração Universal dos Direitos Humanos, artº 25º - nº 1). A saúde é um constituinte da qualidade de vida e esta é um direito universal.

A Constituição da República Portuguesa reserva um capítulo aos direitos e deveres sociais. O seu artº 64º explicita que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (artº 64º - nº 1). A operacionalização deste direito é através do “(...) serviço nacional de saúde, universal e geral e (...) tendencialmente gratuito” e graças à promoção “(...) de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam (...) práticas de vida saudável” (artº 64º - nº 2). O texto constitucional português mostra uma preocupação com a equidade seja no acesso aos cuidados de saúde, seja pelo reforço dos determinantes sociais da saúde. (Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976, Lei Constitucional 1/2005, de 12 Agosto)

Os direitos humanos são indivisíveis e interrelacionados. O direito à saúde não pode ser separado dos restantes como um padrão de vida decente, educação, liberdade de não discriminação ou liberdade de participar plenamente na sociedade (Braveman e Gruskin,

2003b: 255). A interdependência entre os diferentes direitos humanos, e a sua indivisibilidade, é, segundo Paula Braveman e Sofia Gruskin, fundamento para a responsabilidade colectiva pela saúde das pessoas, tendo como padrão de referência saúde o grupo social mais favorecido (Braveman e Gruskin, 2003b: 255). As autoras concretizam esta ideia pelas seguintes palavras:

The right to health, i.e. the right to the highest attainable standard of health, makes governments responsible for prevention, treatment and control of diseases and the creation of conditions to ensure access to health facilities, goods and services required to be healthy. (Braveman e Gruskin, 2003a: 540)

No contexto dos direitos à saúde, concretizados nas abordagens aqui citadas, a igualdade, como conceito, é central para a análise da equidade na saúde, nomeadamente porque este requisito de igualdade se operacionaliza através da defesa da igualdade de oportunidades, que está estreitamente associada ao princípio de direitos iguais para todos:

(...) the notion of equal opportunities to be healthy is fundamental to the concept of equity in health and closely linked with the concept of equal rights to health. (Braveman e Gruskin, 2003b: 255)

3.3.Limites à igualdade na saúde

A especial relevância social da saúde resulta não apenas de ser um elemento constituinte da qualidade de vida, mas também, um meio para o exercício pleno das liberdades. Uma pessoa com saúde mais frágil, com níveis funcionais mais reduzidos, sofre uma perda directa de bem-estar, mas, também vê ser limitada a sua capacidade de participação na sociedade e, por

esta via, de usufruir das liberdades positivas. Por este motivo, pode argumentar-se que decorre do princípio da igualdade de oportunidades, como seu corolário, a igualdade na saúde. Uma boa saúde garante o acesso a oportunidades, das quais estão excluídas as pessoas sujeitas a ocorrências de doença ou incapacidade temporária. Nas situações de doença prolongada e de incapacidades permanentes, ou de longa duração, este efeito de exclusão torna-se ainda mais pronunciado. Estes dois exemplos ilustram uma particular preferência pelo igualitarismo na esfera da saúde.

Este igualitarismo específico da saúde não requer, necessariamente, a igualização do estado de saúde de todos. Exige sim, como requisito mínimo, que os ganhos de saúde dos mais desfavorecidos sejam mais valorizados do que os usufruídos pelos mais favorecidos, segundo um critério considerado adequado. Pode esta preferência igualitária expressar-se, simplesmente, através da priorização das exigências de justiça dos mais desfavorecidos em prejuízo dos grupos socialmente favorecidos. Será aqui argumentado que qualquer forma estrita de igualitarismo não será, porventura, a abordagem mais adequada, dadas as especiais características da saúde como bem social. (Daniels, 1990: 273)

A literatura sobre equidade na saúde tem-se focado, primordialmente, na equidade horizontal e dado menos relevo à equidade vertical. Se a primeira visa dar tratamento igual em situações iguais, a segunda dimensão da equidade requer que os indivíduos em situações diferenciadas beneficiem de respostas adequadamente adaptadas a essas diferenças. Mostram-se especialmente preocupantes as tendências em reduzir a equidade à sua expressão horizontal; e em assumir-se como bom qualquer ganho de saúde independentemente do beneficiário imediato (Mooney e Jan, 1997: 80). As exigências de equidade dos diferentes grupos integrarão crescentes preocupações com a sua dimensão vertical, que distribua o acesso aos

determinantes da saúde diferentemente, em função das suas situações particulares (Mooney e Jan, 1997: 79-80).

A equidade vertical requer que se estabeleçam mecanismos de priorização das exigências de equidade em saúde, em função de critérios consensuais e sustentados por princípios de ética e justiça social. Dois critérios são aqui discutidos - a severidade e o *fair inning* – que, apesar de poderem eventualmente dar origem a escalas de prioridade muito semelhantes, tornam expectável a ocorrência de diferenças significativas na ordenação das várias exigências de equidade.

Enquanto a severidade é um critério que se fundamenta na situação de saúde actual e das perspectivas futuras na ausência de tratamento, o *fair inning* visa igualizar a expectativa de anos de vida, ajustados à qualidade de vida, de todos. Este critério compara não só os fluxos presentes e futuros de saúde, mas também os passados, de modo a que se garanta uma dada duração total da vida (Nord, 2005: 259, Williams, 1997: 119). Esta abordagem, totalmente consequencialista, proposta por Alan Williams, procura conciliar as exigências de equidade com os requisitos de eficiência na produção de saúde. Concretiza o direito à saúde na forma de um número fixo de anos de vida, ajustados à qualidade de vida, a ser igualmente usufruído por todos. Os indivíduos que prolonguem a sua vida além desse ponto vêm o posicionamento das suas exigências de equidade descer na escala de prioridade, com base no argumento que os recursos que lhe possam ser dirigidos impedem outrem de atingir o *fair inning*. Esta perspectiva dá, a título de exemplo, prioridade aos mais novos ou aos adultos que tenham crianças a cargo (Williams, 1997:118). O autor sustenta estas opções nas palavras de John Harris, que dá relevo à maior gravidade social da morte de pessoas mais novas:

'What the fair innings argument needs to do is to capture and express in a workable form the truth that while it is always a misfortune to die when one wants to go on living, it is not a tragedy to die in old age; but it is on the other hand both a tragedy and a misfortune to be cut off prematurely.'
(Williams, 1997: 119³⁰)

O critério da severidade, apesar de menos amplo e sistemático, apresenta bases teóricas mais sólidas, em particular nas diferentes teorias de justiça, já que a severidade está intimamente ligada ao grau de necessidade (Nord, 2005: 261). Neste sentido, a maior severidade adquire particular relevância ética, dado que identifica aqueles que se afastam mais do ideal de plena funcionalidade e assim do usufruto das oportunidades da vida. Por sua vez, a preferência igualitarista obriga a que se encontrem mecanismos de priorização dos que se encontrem em pior situação.

Em segundo lugar, a igualdade na saúde não pode constituir um fim social em si. Não é, de todo, justificável um aumento da igualdade em saúde, através de uma aproximação ao mínimo denominador comum. Esta estratégia não pode ser considerada equitativa, pois reduz as liberdades básicas³¹ e põe em causa o direito à saúde no seu nível mais elevado possível³² (Sen, 2000a: 662). Isto não significa que não haja inequidades geradas por desigualdades na saúde, ou mesmo no acesso aos cuidados de saúde. Obriga, sim, a que as desigualdades sejam enquadráveis como elementos de um vector de múltiplos objectivos e critérios de equidade.

Em terceiro lugar, a equidade na saúde tem implicações mais amplas do que a simples distribuição da saúde. Os determinantes da saúde, em conjunção com sua natureza

³⁰ Citação de Harris, John (1985) *The Value of Life*, Routledge and Kegan Paul, London: pp 91–94

³¹ Esta expressão é uma referência directa ao primeiro princípio de justiça de John Rawls.

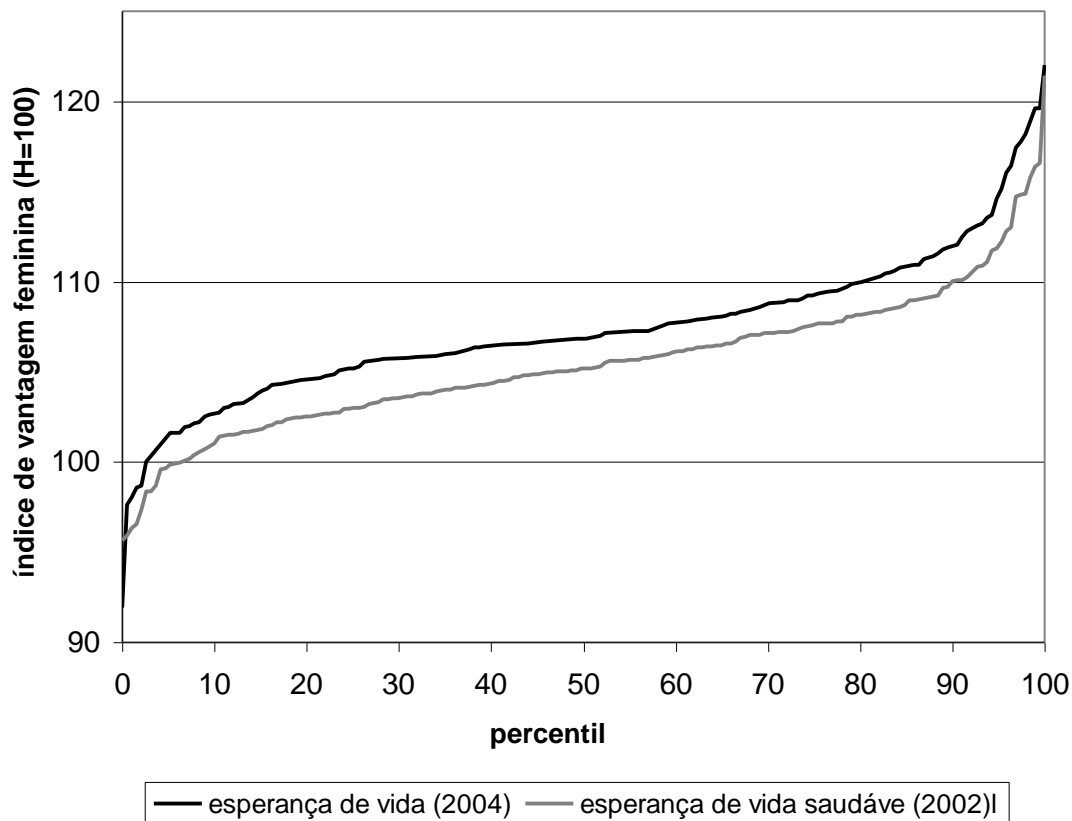
³² O direito à saúde segundo a OMS requer que cada um tenha acesso ao seu nível mais elevado possível.

multidimensional, são fundamentais para a avaliação da equidade da saúde (Sen, 2000a: 660). Fica afastada a possibilidade de que um indicador escalar da saúde capture as múltiplas dimensões e os aspectos contraditórios que têm sido frequentemente identificados entre as diferentes dimensões da saúde³³. Fica fragilizada uma abordagem totalmente consequencialista da equidade na saúde, pois a ordenação dos resultados em saúde está dependente do peso relativo dado a cada um dos seus possíveis indicadores. O aspecto processual da justiça e da equidade torna-se, assim, relevante na análise da saúde. Acresce, por exemplo que, por força de determinantes biológicos, não sociais, certas categorias sociais como as mulheres apresentam vantagem na longevidade, cuja correcção não é moralmente justificável, através de discriminação nos processos de produção da saúde das mulheres - cuidados de saúde, nutrição e outros determinantes da saúde. A relevância dos processos e procedimentos para a avaliação da equidade é assim fundamental.

As diferenças de género identificadas na longevidade não apresentam um padrão totalmente regular e universal. A apresentação gráfica da distribuição da relação entre a longevidade feminina e masculina, a seguir, permite verificar que o padrão de vantagem feminina não é generalizável. Esta é concretizada através do rácio entre a esperança média de vida à nascença das mulheres e dos homens por um lado, e entre a esperança média de anos de vida saudável das mulheres e dos homens, publicadas no *World Health Report 2006*, da OMS. Concretizando ambas as variáveis, no que respeitam aos homens, foram estandardizadas ao valor 100, resultando o índice de vantagem feminina da divisão entre mulheres e homens. Corresponde, assim, à margem percentual entre a longevidade os dois sexos, vista como anos de vida total ou de vida saudável.

³³ Por exemplo, os padrões identificados na mortalidade não se encontram, necessariamente, plasmados na morbilidade, ou vice-versa.

Figura 3 - Longevidade - Comparação internacional entre géneros



Fonte: OMS, *World Health Statistics 2006*

A observação desta figura permite verificar que o primeiro e último decis apresentam rácios entre mulheres e homens, indicadores da vantagem (ou desvantagem) feminina que não podem ser enquadrados pelos efeitos dos determinantes biológicos da saúde. A esperança média de vida e a esperança média de anos de vida saudável apresentam, respectivamente, os valores mínimos de 91,89 (Afeganistão) e 95,66 (Quatar), os máximos de 122,03 e 121,44 (ambos na Federação Russa), as medianas de 106,83 e 105,194, os primeiros decis de 102,64 e 101,06 e os nonos decis de 111,90 e 109,99. No grupo dos países que apresentam índices de vantagem feminina inferiores aos primeiro decil encontramos, no que respeita à esperança

média de vida, 11 países africanos, 4 países do Médio Oriente e Ásia Central, e mais cinco países do sudoeste asiático e do pacífico ocidental. Os 10% inferiores da distribuição da vantagem feminina em esperança média de anos de vida saudável são constituídos por 6 países africanos, 5 países do Médio Oriente e Ásia Central, e mais cinco países do sudoeste asiático (incluindo a Índia) e quatro do pacífico ocidental. O outro extremo da distribuição, os 10% mais elevados, é dominado por países resultantes da desagregação da Ex-URSS: 9 países na vantagem feminina em esperança média de vida e 10 no que se refere à esperança de anos de vida saudável. As diferenças de género identificadas na longevidade e nos anos de vida saudável não podem estar fora do âmbito da análise da equidade.

Estes resultados permitem colocar a hipótese de a vantagem feminina estar associada a padrões sociais e culturais estreitamente associados à distribuição dos bens e males sociais entre homens e mulheres. Assim, nas sociedades em que as condições de vida das mulheres sejam muito inferiores às dos homens, estas apresentam muito inferiores ao padrão mediano. No oposto, países há em que poderá ser defensável que a vantagem feminina, acima dos 13%, vai para além do explicável por determinantes genéticos e por isso, se possa também estar perante uma inequidade de género, desta vez de sentido inverso, pois ambas resultam de enquadramentos institucionais evidentemente injustos.

A equidade na saúde ultrapassa, em muito, o âmbito das desigualdades na saúde ou no acesso aos cuidados de saúde. A violação da equidade na saúde não pode ser avaliada somente pelas desigualdades do estado de saúde, dependendo também de uma abordagem processual, ou deontológica, e do total de recursos afectados à saúde, que influenciam o nível global de saúde da população (Sen, 2000a: 661).

Dos critérios de ordenação das exigências acima discutidos, a severidade e o *fair innings*, resultam duas perspectivas quanto ao papel da justiça processual na saúde. A concretização da preferência pela igualdade, através de uma maior valorização das exigências dos mais desfavorecidos, obriga a uma relevante componente processual da equidade na saúde. A prioridade dada às situações de maior severidade não implica igual estado de saúde para todos mas sim igual tratamento às situações de semelhante gravidade. Ou seja, a variável focal do critério de equidade centra-se no processo e não no resultado em saúde. Do critério do *fair inning* resulta, por sua vez, a igualdade de anos de vida ajustados à qualidade. Neste, são os resultados em saúde, medidos por um indicador dos anos de vida saudável, nomeadamente os QALY's. O papel da equidade processual é, assim, diminuto, senão nulo, já que o objectivo desta abordagem é corrigir as desigualdades nos QALY's, recorrendo à priorização clínica e distribuição de recursos necessárias ao efeito. Aqui, a justiça no processo de produção de saúde é prejudicada em função da igualdade no resultado. (Williams, 2003: 65-6)

Em quarto lugar, mesmo na hipótese de ser dada prioridade absoluta às exigências de equidade dos mais desfavorecidos não se encontram fundamentos para o igualitarismo estrito. O princípio da diferença, de John Rawls, admite a presença de desigualdades que impliquem um benefício para os mais desfavorecidos. Se, numa perspectiva, contribui significativamente para o achatamento do gradiente, dada a forte limitação às fontes de desigualdade que impõe, por outro coloca um limite a este processo de eliminação de desigualdades: o ponto em que este começa a prejudicar os mais desfavorecidos. Assim, em caso nenhum a redução das desigualdades de saúde pode limitar o nível de saúde deste grupo. (Daniels, Kennedy e Kawachi 2000a: 19-20)

Na base destas limitações à igualização plena do nível de saúde, encontramos, para além dos mecanismos, e razões, acima referenciados, o facto de a saúde conter elementos naturais e elementos sociais. Cada pessoa é receptora de dons de saúde, entendidos como elementos do estado de saúde resultantes de factores genéticos ou aleatórios. Este facto introduz elementos de diferenciação, à partida, do estado de saúde das pessoas, frequentes vezes inultrapassáveis. Nesta abordagem, torna-se central a redução da diferença do estado de saúde actual para com o nível máximo atingível, determinado pelos dons em saúde de cada um. Nesta perspectiva, cada um tem o direito de ver cumprido, na totalidade, o seu potencial de saúde, determinado pelos dons de saúde que lhe tenham sido atribuídos por um qualquer mecanismo genético e aleatório. Tal como discutido atrás³⁴, os critérios de equidade contêm elementos processuais e de inviolabilidade dos direitos fundamentais que impedem perdas de saúde por força de mecanismos de priorização entre beneficiários de cuidados de saúde ou de políticas sobre os determinantes sociais de saúde.

Apesar da presença de fortes razões para a defesa da igualdade em saúde, nomeadamente por via da igualdade de oportunidades, torna-se ilegítimo procurar atingir a igualdade em saúde para além dos limites impostos pela equidade vertical, pela articulação com outros valores sociais, pelos elementos processuais da equidade, pelos direitos sociais e de saúde, pelo princípio das diferenças e, finalmente, pelo carácter dual da saúde como bem natural e social.

3.4. Equidade na saúde – consequencialismo mitigado

A equidade na saúde não pode ser concretizada através de critérios que possam ser classificados como uma forma de igualitarismo puro. A discussão entre as diferentes famílias

³⁴ Dá-se preferência à promoção do estado de saúde máximo que os dons de saúde de cada um permitam, principalmente daqueles mais desfavorecidos. (Bommier e Stecklov, 2002: 504)

de teorias de justiça, na secção II. 2, termina com a defesa de uma abordagem liberal-igualitária, sintetizada pela igualdade das liberdades. A correcta interpretação desta expressão requer a conciliação de diferentes tensões entre a abordagem deontológica, associada à defesa dos direitos e liberdades, e uma perspectiva consequencialista, resultante da preocupação com o gozo efectivo destas liberdades, no máximo que seja possível para todos, ou seja, com o acesso aos recursos, meios e oportunidades para a sua concretização em qualidade de vida, distribuído de forma adequada e justa.

O facto de a saúde ser um bem de mérito justifica e requer uma abordagem consequencialista, mais precisamente, uma perspectiva igualitarista da distribuição da saúde. A valorização da saúde como constituinte e meio das liberdades das pessoas apresenta-se como um forte argumento a favor da integração de elementos liberal-igualitários. Finalmente, a saúde como marcador de justiça social a montante favorece uma perspectiva deontológica da justiça, no sentido em que a equidade na saúde é avalizada pela verificação de processos justos na produção de saúde, nomeadamente à luz do direito à saúde, exprimível como o acesso de todos ao padrão de saúde mais elevado possível. Justifica-se assim a adopção de uma definição de saúde que integre estas diferentes características da saúde, que pela sua natureza remetem para o modelo social da saúde.

A heterogeneidade dos diferentes aspectos que constituem a saúde e a multiplicidade de determinantes que a influenciam dificultam a existência de ordenações indiscutíveis e consensuais. Qualquer ordenação de diferentes estados de saúde é, assim, explícita ou implicitamente, uma ordenação parcial. Esta questão pode estar na origem de obstáculos e dificuldades à identificação rigorosa dos mais desfavorecidos, e por esta via, da aplicação dos

princípios igualitaristas à equidade. Acresce que os requisitos informacionais de uma abordagem plenamente consequencialista podem não ser satisfeitos na totalidade.

Deste modo, a abordagem à equidade à saúde é eminentemente consequencialista, pois integra preocupações com a distribuição de um bem de mérito que, em paralelo, condiciona o gozo pleno das liberdades positivas. Acontece que este consequencialismo deve ser mitigado por elementos deontológicos da justiça social, ligados aos direitos à saúde e ao processo produtivo da saúde. Foram aqui discutidos três grandes motivos que sustentam esta tese: a presença de elementos de justiça processual na equidade à saúde, em primeiro lugar; depois, a existência de justificações éticas para a presença de algumas desigualdades na saúde, e, finalmente, a difícil aplicação do princípio de preferência pelos mais desfavorecidos e o possível cumprimento dos requisitos informacionais, na presença de heterogeneidade e multidimensionalidade da saúde.

4. Inequidades na saúde – uma abordagem indirecta

4.1. Definições operacionais de equidade na saúde

Como já foi discutido atrás, a saúde é um bem de especial relevância, quer pelo seu impacto no bem-estar das pessoas, quer por ser um relevante constituinte das liberdades e das oportunidades de vida. A saúde assume, assim, especial prioridade moral perante os restantes bens e valores sociais, de que resulta uma particular preferência igualitarista na saúde (Asada, 2005:701). No entanto, são impostas importantes limitações à igualização total do estado de saúde: a dimensão de agência na produção de saúde, a equidade vertical, o perigo do mínimo denominador comum, a saúde como bem natural e a impossibilidade de, nos limites dos princípios da equidade, reduzir o estado de saúde de alguém, ou de todos, em favor de uma maior igualdade.

As desigualdades em saúde podem ser vistas como indicadores da presença de injustiças sociais na distribuição dos seus determinantes. Esta abordagem à equidade na saúde, que se designa por indirecta, foca-se mais na análise das instituições sociais, políticas e económicas que influenciam a saúde. As desigualdades tornam-se inequidades quando forem expressão e produto de condicionantes sociais a montante, consideradas injustas. Considera-se que a saúde não é isolável das restantes esferas da vida das pessoas. No caso contrário, seria possível uma abordagem directa à equidade, ou seja, definida em função das características da distribuição da saúde. Dito de outro modo, uma abordagem directa acontece quando a equidade na saúde avalia a proximidade, ou afastamento, da sua distribuição a um dado padrão, para o qual é essencial sintetizar, numa medida escalar, toda a multidimensionalidade

e heterogeneidade da saúde (Peter, 2004: 95). Yukiko Asada tem uma clara preferência pela abordagem indirecta:

(...), the primary concern is just distribution of social primary goods. Extended, we may use the distribution of health as an indicator of a just society. (Asada, 2005: 703)

A adopção de uma abordagem directa à equidade, mesmo face a um bem multidimensional e heterogéneo como a saúde, é justificável se, ao dar relevo às características mais relevantes da sua distribuição, for possível identificar o conjunto informacional relevante. Por exemplo, no caso de se dar primazia à saúde como constituinte e meio das oportunidades de vida, serão valorizados aqueles aspectos da saúde – e seus indicadores associados – que mais afectem as liberdades das pessoas. Podem ser explicitados os seguintes exemplos: (i) as diferenças na taxa de mortalidade infantil são mais relevantes que do que as da mortalidade nos adultos e nos idosos, (ii) as incapacidades são especialmente relevantes (Anand, 2004: 18).

No entanto, não significa isto que se devam excluir considerações relativas à distribuição de cuidados de saúde. Se, por um lado, as obrigações de imparcialidade requerem um esforço de adequação das instituições às exigências de equidade, também existem considerações de proximidade interpessoal e de ajuda aos necessitados que obrigam a alguma forma de justiça processual nos cuidados de saúde. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 87) Se é certo que a inequidade e a desigualdade são conceitos autónomos e distintos entre si, não podem ser esquecidas as ligações entre ambos:

Health inequalities cannot be identified with health inequity, but the former is certainly relevant to the latter. (Sen, 2004: 25-6)

Relevam-se a seguir algumas definições alternativas de equidade na saúde, ou, em alternativa de inequidades na saúde, cuja discussão se considera útil para a clarificação da abordagem proposta no presente texto. Em todas elas, identificam-se as inequidades como um subconjunto das desigualdades em saúde, ou seja, as inequidades resultam da aplicação de um dado filtro, de carácter normativo, às desigualdades em saúde (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 14-5).

Aparentemente, esta estratégia remete para um padrão ideal na distribuição da saúde - a sua igualdade. No entanto há que articular uma tendêncica igualitarista com os importantes elementos deontológicos da equidade na saúde, que dadas as especificidades da saúde como *distribuendum*, fica mitigado qualquer forma de consequencialismo. Estes argumentos impõem-se como limites éticos a um pleno igualitarismo na saúde. Qualquer definição da equidade na saúde como a ausência de inequidades está mais próxima de uma abordagem indirecta do que de uma abordagem directa à equidade.

Margaret Whitehead construiu uma definição, associando a equidade na saúde às oportunidades de atingir em pleno a saúde potencial. Esta perspectiva corresponde à ausência de desigualdades na saúde entendidas como “diferenças na saúde que sejam evitáveis, desnecessárias e injustas” (Braveman, 2006: 173-5).³⁵ A integração e clarificação dos elementos normativos necessários à análise da equidade da saúde não são inteiramente resolvidos pela definição de Margaret Whitehead de inequidades na saúde. Certamente que a mesma já remete para a análise do grau de justiça das desigualdades, mas esta definição não clarifica o critério que permite ligar a identificação empírica das desigualdades na saúde ao julgamento normativo acerca de inequidades na saúde. Evidencia-se, assim, a necessidade de

³⁵ Citando Whitehead M. 1990. *The Concepts and Principles of Equity in Health*. Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/ RPD 414 7734r). 29 pp. e Whitehead M. 1992. *The concepts and principles of equity in health*. *Int. J. Health Serv.* 22: 429-45.

se discutir as abordagens e os critérios de justiça que podem ser considerados relevantes. (Peter, 2004: 94)

Paula Braveman vem, posteriormente, apresentar uma definição para a equidade na saúde, mais informativa quanto à sua operacionalização. A equidade na saúde é entendida como “(...) a minimização das disparidades evitáveis em saúde e dos seus determinantes – incluindo mas não se limitando aos cuidados de saúde – entre grupos que têm diferentes níveis de vantagem social” (Braveman, 2006: 173-5)³⁶. A autora elencou algumas das dimensões onde se expressa a vantagem e desvantagem social tais como “status socioeconómico, género, localização geográfica, diferenças raciais, étnicas e religiosas e idade” (Braveman, 2006: 173-5).³⁷ As inequidades em saúde podem ter na origem uma baixa posição socioeconómica³⁸, mas também outras formas de desvantagem social.

Num sentido muito diferente, Murray, Gakidou e Frenk propuseram uma abordagem, adoptada pelo Relatório Mundial de Saúde 2000, que vê as desigualdades em saúde como quaisquer “diferenças em saúde evitáveis entre quaisquer indivíduos” (Braveman, 2006: 173-5).³⁹ Esta abordagem evita qualquer tipo de definição a priori dos grupos sociais relevantes na génese das desigualdades em saúde, com recurso a pressupostos normativos sem evidência de suporte. Procura, ao eliminar estes pressupostos, não considerar, à partida, qualquer contributo ético para a avaliação das desigualdades da saúde, o que é reforçado pela comparação interindividual da saúde. Os determinantes sociais perdem relevância ao verem os seus efeitos na saúde enovelados num conjunto de diferenças da saúde não tão claramente associáveis às

³⁶ Citando Braveman P. 1998. *Monitoring Equity in Health: A Policy Oriented Approach in Low and Middle Income Countries*. Equity Initiat. Pap. No. 3. Geneva: WHO. 92 pp. (WHO/CHS/HSS/98.1)

³⁷ Citando World Health Organ. (WHO)/Braveman P, Tarimo E, Creese A, Monasch R, Nelson L. 1996. *Equity in Health and Health Care: A WHO/SIDA Initiative*. Geneva: WHO. 51 pp. (WHO/ARA/96.1)

³⁸ Por posição socioeconómica entende-se o vector dos benefícios, expressos em termos de ocupação, rendimento, riqueza, educação e de status social, relacionados com a classe social.

³⁹ Citando Murray CJL, Gakidou EE, Frenk J. 1999. *Health inequalities and social group differences: what should we measure?* Bull. WHO 77:537–43

respectivas causas. Esbate-se, por esta via, a responsabilidade colectiva pela saúde, pois o posicionamento social dos recipientes de saúde não tem a mesma evidência que na comparação intergrupos. Convergem, em cada indivíduo, todos os determinantes e mediadores da saúde, desde o genético ao ambiental, passando pelos determinantes sociais. Para evidenciar as dimensões relevantes para a influência da desvantagem social na saúde e, assim, identificar e formular as políticas para a sua erradicação, é necessário conceptualizar os indivíduos como elementos de grupos sociais. Uma crítica que se pode fazer a esta abordagem é que, nas palavras de Paula Braveman: “Desaparecem as preocupações éticas e de direitos humanos, não reflectindo as preocupações com a justiça social” (Braveman, 2006: 173-5).

Tendo em vista a inclusão dos elementos éticos e normativos da equidade na análise às desigualdades na saúde, a *International Society for Equity in Health* (ISEqH), formulou uma definição que reintroduzisse na análise das diferenças na saúde elementos consistentes com critérios de equidade, com a multidimensionalidade da saúde, e uma abordagem distributivista à justiça social, focada explicitamente na comparação intergrupos (Starfield, 2006:13). A equidade é a “ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis, num ou mais aspectos da saúde, entre populações ou grupos populacionais, definidos social, económica, demográfica ou geograficamente” (Braveman, 2006: 173-5)⁴⁰. Esta definição adiciona dois novos requisitos para a equidade na saúde: as diferenças serem sistemáticas e potencialmente remediáveis. A primeira exige a comparação de saúde intergrupos e não admite quaisquer diferenças esporádicas ou ocasionais. A segunda introduz a necessidade de formulação de políticas para a eliminação das desigualdades, associa a ética à acção.

⁴⁰Citando Macinko J, Starfield B. 2002. *Annotated bibliography on equity in health, 1980–2001*. Int. J. Equity Health 1(1):1–20. <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1>.

Em paralelo, deve relevar-se as referências explícitas à desvantagem social, e deste modo à justiça social, que só retornam com a conceptualização proposta por Paula Braveman e Sofia Gruskin, nos termos seguintes:

(...) equity in health can be defined as the absence of systematic disparities in health (or in the major social determinants of health) between social groups who have different levels of underlying social advantage/disadvantage—that is, different positions in a social hierarchy. (Braveman e Gruskin, 2003b: 254)

Por fim, Paula Braveman procurou sintetizar todos estes elementos numa só definição, dando um especial relevo ao papel das políticas, sem obscurecer a importância dos restantes determinantes sociais da saúde. Sabendo que a equidade corresponde à situação em que foram eliminadas as desigualdades na saúde entendidas como:

(...) um tipo particular de diferença em saúde, ou nas influências em saúde mais importantes, que potencialmente sejam afectadas por políticas; é uma diferença pela qual grupos sociais desfavorecidos (...) são sistematicamente sujeitos a pior saúde ou a maiores riscos em saúde que os grupos mais favorecidos. (Braveman, 2006: 180)

Da sucessão de propostas de definições para inequidades na saúde parece evidenciar-se o esforço de concretização de um conjunto de elementos incontornáveis como (i) a opção por uma abordagem indirecta à equidade na saúde (ii) a definição do grupo social como a unidade de análise adequada; (iii) o recurso à estreita ligação entre desigualdades de saúde e inequidades e (iv) a necessidade de estabelecer ligações sólidas entre a desvantagem social e as desigualdades em saúde.

4.2. Quadro institucional e mudança social

As desigualdades em saúde ocorrem em paralelo com desigualdades nas restantes esferas da vida, resultantes de circunstâncias socioeconómicas de fundo que constituem o contexto necessário e suficiente para a génese e o desenvolvimento das desvantagens sociais. Pode afirmar-se que existirá um efeito de contaminação de desvantagem social entre as diferentes esferas da vida, cujos problemas sociais partilham as mesmas raízes na desvantagem social. (Wilkinson, 2007: 1368)

O dilema da política reside na escolha entre actuar sobre o contexto social e as fontes da desvantagem social, por um lado, e mitigar e corrigir os seus efeitos, por outro. Richard Wilkinson posiciona-se em defesa das políticas centradas nas causas sociais das desigualdades na saúde. Segundo ele, a opção por políticas de redução das desigualdades na saúde ao nível dos efeitos, torna-se pouco efectiva já que não produz resultados sustentados no tempo (Wilkinson, 2007: 1367). Este autor coloca a ênfase numa mudança social profunda, nos seguintes termos:

Healing the social wounds of our societies requires more fundamental social change, for which what is lacking is widespread political will (...)
(Wilkinson, 2007: 1367)

Três níveis de argumentos permitem sustentar a opção por políticas globais de intervenção nas fontes da desigualdade social. O primeiro assenta numa abordagem antropológica à saúde, segundo a qual a desvantagem social se concretiza em dor e sofrimento físicos. Em segundo lugar, a tese dos determinantes sociais da saúde estabelece ligações e mecanismos causais que explicam o estado de saúde em função das desigualdades sociais. Finalmente, os

critérios de equidade aplicados à saúde condicionam as desigualdades admissíveis em saúde àquelas que não prejudiquem o pleno usufruto dos benefícios da vida boa, a que correspondem, numa perspectiva liberal-igualitária, as liberdades positivas.

O sistema de vantagens e desvantagens que se concretiza, directamente, em violência, ritualizada é certo, que induz sofrimento físico aos mais desfavorecidos. As abordagens antropológicas à saúde e à doença reforçam esta perspectiva, já que entendem o corpo como uma entidade profundamente historicizada e socializada. Esta conceptualização é o fundamento para uma perspectiva que ilustra as relações entre a estrutura social e a doença e o sofrimento, seja individual ou colectivo (Nguyen e Peschard, 2003: 448). Este sofrimento consiste na incorporação da estrutura social, por via de violência institucionalizada como taxas de morbilidade diferenciadas, ou, por via da marcação ritual, ou estigma, associada às próprias relações sociais (Nguyen e Peschard, 2003: 447). Vinh-Kim Nguyen e Karine Peschard associam-na à pobreza, na sua expressão mais profunda:

Structural violence is visible in the steep gradients of social inequality that, by producing indecent poverty in an era of increasing wealth, expose the poor to fatal diseases. (Nguyen e Peschard, 2003:457)

A tese dos determinantes sociais da saúde, a ser discutida mais à frente, reforça a ligação entre o contexto social, a saúde e a qualidade de vida. Concretizando, as políticas não se podem cingir ao nível da oferta de cuidados de saúde, com as suas facetas de tecnologia e de organização do sistema, para se focarem nas estruturas sociais que determinam os ganhos de saúde das sociedades (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 3). Dar visibilidade aos determinantes sociais, e em simultâneo, definir a saúde segundo o modelo social, estabelece as bases para a formulação de políticas globais, multissectoriais, tendo em vista a redução,

eliminação ou mitigação das inequidades em saúde. A influência dos diferentes arranjos institucionais adquire crescente relevância na distribuição não só da saúde, mas dos diferentes elementos da qualidade de vida. Neste quadro, as políticas necessárias para a equidade na saúde têm um âmbito mais amplo que o das tradicionais políticas de saúde. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 88-9, 2004: 87) As desigualdades na saúde são resultado de maior desigualdade socioeconómica, o que permite afirmar que a justiça social e a saúde andam a par (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 7-8). Daniels, Kennedy e Kawachi assim o afirmam:

In a just society health inequalities will be minimized and population health status will be improved – in short, social justice is good for our health.
(Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 33)

Esta formulação remete directamente a aplicação à saúde dos princípios de justiça de John Rawls. Uma sociedade justa é aquela cujas instituições básicas respeitam os princípios da liberdade, da igualdade equitativa de oportunidade e da diferença, segundo esta ordem de prioridade, e que, por isso, resultam na minimização das inequidades na saúde. Tal como já discutido anteriormente, a saúde, apesar de não integrar o cabaz de bens sociais básicos, pode ser analisada segundo estes princípios de justiça, desde que se isolem os efeitos dos dons da saúde.⁴¹ (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 18-20) Por sua vez, a abordagem das capacidades de Amartya Sen integra a saúde directamente na análise da equidade. Em coerência com a definição de da OMS, ou mais genericamente com o modelo social, a saúde é vista como uma capacidade composta por diversas funcionalidades, entendidas como a ausência de incapacidades. (Peter, 2004: 96-7) Estas duas abordagens à equidade na saúde

⁴¹ O elemento natural da saúde, designado aqui como dons de saúde, foge ao controlo social, por isso não é sujeito a critérios de equidade. No entanto Bommier e Stecklov argumentam em favor do direito de cada um usufruir o nível máximo que os seus dons de saúde permitam. Nesta parte a saúde pode ser considerada como um bem social e assim sujeita aos princípios de justiça.

reforçam a importância de políticas dirigidas ao contexto e às fontes da desvantagem social. Por um lado a *justiça como equidade*, tem como o objecto as instituições políticas, sociais e económicas básicas, por outro as capacidades referem-se às possibilidades de cada um escolher o seu próprio percurso de vida, estando associadas a uma abordagem à liberdade concretizada em escolhas, não só individuais, mas também colectivas.

Outros autores, no entanto, não desvalorizam o papel de políticas mais focalizadas na distribuição da saúde. As políticas de alteração do quadro institucional de uma sociedade exigem tempo para a sua implementação, a que acrescem longos desfasamentos temporais para a completa produção dos seus efeitos. Em paralelo, as necessidades e exigências de maior equidade na saúde são prementes e urgentes. Torna-se importante identificar medidas complementares que sustentem o nível e a distribuição de saúde em níveis aceitáveis (Starfield, 2000: 69). Ted Marmor relembra a importância social da equidade nos cuidados de saúde e da resolução de limitações injustas ao acesso:

We care about equality of access to medical care because suffering, pain, uncertainty, and the myriad other features of being ill or injured ought not, it is widely believed, vary primarily with one's ability to pay. (Marmor, 2000:57)

Acresce que uma agenda política em favor do objectivo de maior justiça social corre o risco de não beneficiar de um elevado nível de aceitação, o que porá em causa a sua implementação. Há variáveis que não podem ser desvalorizadas como a praticabilidade e a legitimidade das políticas, caso contrário, corre-se o risco de torná-las ineficazes ou contraproductivas. Não sendo certo que a promessa de melhor saúde produza significativos apoios para as políticas de redistribuição, dirigir os recursos para mais igualdade social pode

tirar capacidade de intervenção específica na redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde (Emanuel, 2000: 63-4).

Uma adequada abordagem à equidade na saúde contempla elementos de justiça processual pois o puro consequencialismo não dá resposta à totalidade das exigências de equidade, dada a multidimensionalidade e heterogeneidade da saúde. A igualdade das liberdades não permite enquadrar adequadamente os dons de saúde, os requisitos da equidade vertical, os direitos à saúde. Neste capítulo identificaram-se argumentos a favor da integração de imperativos éticos que consagram a não discriminação no acesso aos cuidados de saúde. Desta forma, a priorização de cuidados de saúde poderá obedecer a rigorosos critérios éticos, para os quais é contributo a inviolabilidade dos direitos individuais e colectivos à saúde.

Considera-se excessivo assumir uma abordagem biomédica à saúde, focada na doença e na sua resolução e, por isso, mais dirigida para equidade nos cuidados de saúde que para a equidade na saúde. Mesmo em sistemas de saúde de acesso universal não foi possível eliminar as desigualdades na saúde, dada a presença dos restantes determinantes da saúde. Para o efeito é necessária uma sociedade empenhada em reduzi-las, por via de políticas intersectoriais o mais amplas possível (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 93). É defensável que as desigualdades na saúde resultam mais de opções de política, do que dos mecanismos de ligação causal entre os determinantes sociais e a saúde (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 65). O contexto político-ideológico pode ser considerado uma expressão da vontade colectiva, da qual depende a implementação de políticas a favor de mais equidade na saúde.

Em resumo, não pode ser descartada nenhuma das alternativas disponíveis para uma política de equidade na saúde, por mudanças nos arranjos institucionais que influenciam a distribuição e nível da saúde das populações, tendo em vista sociedades mais justas, ou por redução dos efeitos na saúde de sociedades desiguais. Em qualquer dos casos, no entanto, ficam estabelecidas: (i) a estreita ligação entre as diferentes esferas da vida e (ii) como a desvantagem social é uma experiência vivida em simultâneo em várias dessas dimensões. Confluem nos mesmos grupos sociais mecanismos de diferenciação social de que resulta a desvantagem cumulativa e agravada no usufruto de vários bens sociais.

4.3. Saúde e as outras esferas da qualidade de vida

Importa avaliar as ligações e interacções entre as diferentes políticas públicas a fim de se adequarem e conciliarem os vários objectivos e valores em jogo, por vezes contraditórios. Uma questão que se coloca prende-se com o papel, posicionamento e relevância dos critérios de equidade em saúde na formulação das políticas públicas. Esta questão é especialmente relevante, para a sua operacionalização, em particular quando se defende, tal com neste texto, a importância de uma abordagem igualitarista, mesmo que mitigada, à distribuição da saúde. A prioridade às exigências de equidade dos mais desfavorecidos são, deste modo, um elemento incontornável, dado que este requisito é condição necessária ao igualitarismo. Torna-se assim especialmente relevante a clarificação da regra de identificação dos grupos mais desfavorecidos: os que estão pior em função da sua saúde, ou os que se encontram pior em função de um indicador global de qualidade de vida (Nord, 2005: 258).

A definição deste critério está associada à relevância social da saúde como objectivo social, em relação às restantes esferas da qualidade de vida. À partida, podemos identificar três

respostas possíveis: a preponderância da saúde, a sua subordinação face a outros objectivos sociais, e, por último, a interacção entre as diferentes esferas, sem qualquer predominância pré-definida.

Havendo a possibilidade de se considerar uma ligação empírica entre a saúde e a distribuição de recursos, pode argumentar-se que, ao atingir-se uma justa distribuição dos recursos, a equidade na saúde é uma realidade. A análise da equidade na saúde tornar-se-ia espúria, dado que a justa distribuição da saúde seria um corolário da equidade na distribuição dos recursos.

Acontece que os determinantes da saúde são múltiplos e a saúde comporta elementos, ou aspectos, heterogéneos. As inequidades na saúde dependem de múltiplas dimensões, das quais se pode relevar, como exemplo, a distribuição dos recursos e das oportunidades. O cumprimento de critérios de total justiça social na distribuição de recursos pode conviver com profundas injustiças em saúde. Torna-se importante distinguir os resultados em saúde e os recursos da saúde, cujas distribuições, apesar de ambas relevantes, não evoluem, necessariamente, em paralelo. Enquanto os elementos de justiça processual são suficientes para assegurar o justo acesso a recursos da produção de saúde, a distribuição dos resultados dá resposta à complexidade da função de produção de saúde (Sen, 2004: 28-9). Sudhir Anand e Fabienne Peter defendem que a saúde, graças às suas especificidades, dá origem a questões de justiça social próprias:

What is needed, it seems to us, is an account that explicitly evaluates the distribution of health outcomes and recognizes that health inequalities raise independent problems of social justice. (Anand e Peter, 2000: 52)

A saúde é um elemento, multidimensional e heterogéneo, da qualidade de vida, não independente das restantes esferas da vida das pessoas. No momento em que adoptemos o modelo social da saúde, a justiça social global e a equidade na saúde passam a estar intimamente ligadas (Peter, 2004: 99). Neste contexto, a identificação de inequidades na saúde depende de, a montante, existirem, ou não, arranjos institucionais injustos que determinam o padrão de saúde. Por outro lado, os sucessos e os falhanços da sociedade na esfera da saúde são fontes de informação relativas à injustiça inerente à estrutura social em questão. Assim, a exploração das interligações entre a saúde e os seus determinantes sociais a montante constitui uma base para a identificação dos grupos sociais relevantes para a análise das desigualdades na saúde (Peter, 2004: 98-9). Finalmente, as interligações que sustentam os mecanismos de causalidade, que se encontram na base dos determinantes sociais da saúde, relevam a interdependência entre as diferentes esferas do bem-estar e a saúde. Deste facto resulta que nenhuma delas pode ser considerada predominante (Peter, 2004: 99).

Esta abordagem indirecta à equidade na saúde procura ultrapassar as dificuldades em conciliar as diferentes exigências particulares de equidade e definir uma distribuição de saúde que consensualmente seja considerada um padrão ideal. Prefere assim remeter a questão para a organização da sociedade, no pressuposto que sociedades justas não geram inequidades na saúde (Peter, 2004: 100-2).

No outro extremo, pode argumentar-se em favor da preponderância da saúde ao considerar-se a qualidade de vida como o objectivo central das políticas públicas. A saúde, em função do modelo social, adquire e vê reforçadas as suas ligações com a qualidade de vida (Peter, 2004: 95-6). Facilmente se podem sustentar argumentos que defendam que o posicionamento

central da saúde entre o bem-estar, as oportunidades e a justiça social é condição suficiente para a elevar a critério principal dos julgamentos de política.

A equidade na saúde, como tem sido discutida no presente capítulo, adquire particulares características que resultam da multiplicidade dos seus determinantes e da diversidade de aspectos que a compõem. De facto, os critérios de equidade na saúde não se podem resumir a uma só das seguintes dimensões: a igualdade nas liberdades positivas, a justiça processual ou a garantia dos direitos à saúde; mas sim à verificação cumulativa de todas elas. Mesmo admitindo que a presença de inequidades na saúde exclui a possibilidade de classificar um arranjo institucional a montante como justo, não se encontra fundamento para a implicação lógica de sentido inverso. Ou seja, será admissível aceitar que uma sociedade justa implica a equidade na saúde, mas a erradicação de todas as inequidades em saúde não significa, necessariamente, que a estrutura social não contém elementos que ferem os princípios da justiça social.

Apesar da estreita ligação entre as diferentes esferas da vida e da desvantagem social ser uma experiência vivida em simultâneo em várias dessas dimensões, não ficou demonstrado que estas se fundam numa só, e muito menos qualquer um dos seguintes extremos: que a análise da equidade da saúde é irrelevante ou que a saúde seja o indicador único da qualidade de vida.

III. DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

1.Desigualdades na saúde como problema social

1.1.Saúde – um problema social

A acumulação de evidência empírica sustenta a associação entre as desigualdades sociais e as desigualdades em saúde, na mortalidade e na morbidade, cujas diferenças ultrapassam o poder explicativo de causas biomédicas e de factores de risco comportamental. Notada tem sido também a persistência deste fenómeno, apesar das melhorias verificadas nas condições de vida e nos cuidados de saúde:

First, centuries of evidence—dating back to ancient Greece, Egypt, and China—demonstrate strong associations between socioeconomic position and morbidity and mortality: Poor living and working conditions impair health and shorten lives. These associations persist well into the late twentieth century, despite marked improvements in living standards and medical care, and are not substantially explained by known biomedical and behavioral risk factors. (Krieger et Alli, 1997: 343)

Os determinantes sociais da saúde evidenciam as desigualdades na saúde, diferenças verificadas em uma ou várias dimensões da saúde, nas quais os grupos, ou indivíduos, dos estratos sociais desfavorecidos sofrem de pior saúde. Um corpo considerável de investigação aponta para a inexistência de um factor único explicativo desta ligação. Foi delineada uma rede de ligações entre o estado de saúde das pessoas, que é prejudicada, ou beneficiada, pelo seu estilo de vida, condições de trabalho, disponibilidade de recursos e oportunidades e interacções psicossociais. (Krieger et Alli, 1997: 343)

Justifica-se este esforço em documentar, conhecer e explicar a gênese, desenvolvimento e sustentação das desigualdades em saúde com base na elevada relevância social das questões que levanta.

A relevância social das desigualdades em saúde é, numa primeira abordagem, tributária da importância social da saúde. Primeiro, a saúde é um elemento da qualidade de vida que ocupa um lugar de elevada prioridade nos interesses e objetivos das pessoas. Depois, é um constituinte determinante para as oportunidades da vida, podendo ser vista como um conjunto de alternativas de funcionalidades físicas, mentais e de participação social, ou seja, como uma capacidade central para o usufruto de uma vida plena.⁴² Finalmente, a saúde é também um marcador do cumprimento das exigências de equidade através dos arranjos institucionais, num dado território e momento histórico.

Apesar das melhorias, generalizadas a inúmeros indicadores de saúde, historicamente documentadas ao longo do século XX, não se encontrou a correspondente redução nas desigualdades em saúde. A persistência das desigualdades em saúde nos países mais ricos contribui para a sua relevância como problema social (Marmot, 2000: 37), inclusivamente porque a sua magnitude não é menor do que nos países pobres:

Most tellingly, despite enjoying much lower rates of average premature mortality and morbidity compared with less developed countries, the magnitude of health disparities in relative terms is just as large within rich

⁴² Remete-se, em primeiro lugar, para a abordagem de Amartya Sen, centrada nas capacidades, definidas como conjunto de alternativas de funcionalidades, e, em segundo lugar, para a classificação de incapacidades da OMS (International Classification of Functioning, Disability and Health), que compreende perdas na funcionalidade pessoal.

*countries as in poor countries. (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 294)*⁴³

As desigualdades na saúde configuram-se como um problema social de significativa relevância, não só em função da centralidade da saúde, mas também devido a um conjunto de razões que as configuram, por si próprias, como um problema social. (Marmot, 2000: 38)

1.2. Desigualdades em saúde – razões éticas para um problema social

A abordagem ética fundamenta-se na perspectiva de as desigualdades em saúde serem, em boa parte, evitáveis e desnecessárias, logo vistas como potenciais inequidades. Como já foi visto atrás o termo “inequidade” resulta da introdução na análise das desigualdades na saúde de preocupações e conceitos éticos. Pode então afirmar-se que as desigualdades em saúde são um problema social porque, em grande parte, se revestem de particular injustiça à luz dos critérios de equidade.

A partir do momento em que sejam consideradas como evitáveis e desnecessárias, as desigualdades em saúde tornam-se objecto da vontade colectiva e da sua capacidade transformadora. Tornam-se assim tema das discussões éticas e políticas. (Asada, 2005: 700)

Procura-se, em paralelo, definir o enquadramento para a dimensão moral ou ética da desigualdade na saúde. A elevada relevância social da saúde coloca-a no centro de preocupações de ética social, particularmente quando as diferenças na saúde podem ser corrigidas ou ver os seus efeitos compensados. Nestas situações, a acção colectiva de

⁴³ Outros mecanismos causais, para além do domínio dos recursos, na origem das desigualdades na saúde, sustentam a persistência deste problema social após a resolução de situações de grave privação material.

distribuição de benefícios em saúde, por via dos seus diversos determinantes, remete para julgamentos de equidade, de forma a sustentar a sua plausibilidade e legitimidade sociais. Concretizando, a resposta a uma qualquer desigualdade em saúde, evitável e desnecessária, carece de legitimação por argumentos de justiça social. Asada demonstra, no excerto a seguir, como a dimensão ética da desigualdade em saúde é tributária da elevada prioridade que esta usualmente merece na escala de valores:

Some health inequalities are of moral concern because of the value we place on health. This moral concern distinguishes health inequality as a topic of both policy and ethical inquiry. The moral or ethical dimension of health inequality is generally termed health inequity, although no consensus on a precise definition of health inequity exists. (Asada, 2005: 700)

A abordagem ética permite uma outra categorização das desigualdades em saúde, em função da sua aderência a critérios de justiça social. Categorizar uma desigualdade em saúde como inequidade, ou seja, como fuga a um arranjo social equitativo, requer o olhar dos valores éticos e morais. A equidade na saúde tem uma longa história de preocupação com as desigualdades na saúde, associadas aos sucessivos resultados sobre os determinantes sociais da saúde (Starfield, 2006: 12), que associa as desvantagens sociais a desvantagens em saúde. Uma inequidade é, necessariamente, uma desigualdade considerada injusta (Braveman e Gruskin, 2003b: 255; Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 14). Delinear a fronteira entre o justo e o injusto será, certamente, uma tarefa objecto de polémica e incerteza. É, no entanto, pacífica a afirmação de Paula Braveman e Sofia Gruskin de que “Nem todas as desigualdades em saúde são injustas” (Braveman e Gruskin, 2003b: 255). Mesmo assim, as autoras enunciam alguns exemplos de desigualdades dificilmente consideradas como injustas, pois são consequência de condicionantes biológicas naturais:

For example, we expect young adults to be healthier than the elderly population. Female newborns tend to have lower birth weights on average than male newborns. Men have prostate problems, while women do not. It would be difficult, however, to argue that any of these health inequalities is unfair. (Braveman e Gruskin, 2003b: 255)

De seguida, e em contraponto, oferecem-nos uma pequena lista de desigualdades que consideram injustas:

However, differences in nutritional status or immunisation levels between girls and boys, or racial/ethnic differences in the likelihood of receiving appropriate treatment for a heart attack, would be causes for grave concern from an equity perspective. (Braveman e Gruskin, 2003b: 255)

A perspectiva ética das desigualdades em saúde, principalmente quando desnecessárias, evitáveis e injustas⁴⁴ (Asada,2005: 700; Starfield, 2006: 12), que, por estas razões, se configuram como inequidades, pode, no entanto, ser enquadrada pelos direitos humanos, nos quais a saúde é um meio e um elemento inultrapassável. A própria Declaração de Alma-Ata o reafirma e formaliza, consagrando a saúde como um direito fundamental, mais particularmente, o direito ao usufruto da saúde no seu nível mais elevado possível. É um direito fundamental, no sentido em que a própria definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social reforça o papel da saúde como instrumento e meio para o exercício efectivo dos direitos humanos na sua globalidade.⁴⁵ A necessária

⁴⁴ Existe aqui uma clara referência à definição de inequidade em saúde proposta por Margaret Whitehead em Whitehead M. 1990. The Concepts and Principles of Equity in Health. Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur. (EUR/ICP/ RPD 414 7734r). 29 pp. e Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity in health. Int. J. Health Serv. 22: 429–45.

⁴⁵ A abordagem real libertária à Justiça Social, por Philippe Van Parijs, dá especial relevo não só aos direitos e liberdades, mas sim ao seu exercício efectivo e pleno.

distinção entre desigualdades e inequidades não desvaloriza, na esfera da saúde, o papel central da igualdade e dos direitos, tal como Braveman e Gruskin tão bem o defendem:

The concept of equality is indispensable for the operationalisation and measurement of health equity and is important for accountability under the human rights framework. (Braveman e Gruskin, 2003b: 255)

A partir da definição de Margaret Whitehead a análise das desigualdades em saúde assenta na comparação entre grupos considerados favorecidos e aqueles mais desfavorecidos. Torna-se possível conciliar os determinantes sociais de saúde com as obrigações sociais decorrentes dos direitos humanos e com os requisitos éticos dos critérios de equidade, adequadamente enquadrados por uma Teoria de Justiça (Braveman, 2006:169). Impõe-se, assim, um julgamento ético, não só do nível e distribuição da saúde mas também da vantagem social, dando prioridade e relevo aos seus aspectos mais centrais nos processos de determinação da equidade (Asada, 2005: 702). Uma diferença no estado de saúde torna-se uma inequidade quando um grupo desfavorecido fique em situação de risco agravado (Braveman e Gruskin, 2003b: 256). O foco da investigação na equidade na saúde assenta primordialmente nas desvantagens sociais, (Starfield, 2006:14) fenómeno que assenta nas diferenças entre grupos sociais. Esta abordagem, segundo Braveman e Gruskin, torna esta comparação intergrupos essencial ao conhecimento da equidade na saúde:

(...) one must be clear that equity, (...), cannot be assessed without comparing how better off and worse off social groups are faring in relation to each other. (Braveman e Gruskin, 2003b: 256)

Uma estratégia alternativa de abordagem às desigualdades na saúde assenta, não nas diferenças intergrupos, mas sim, nas diferenças interindividuais na saúde. Esta metodologia de análise, adoptada no Relatório Mundial de Saúde de 2000, em concordância com a definição proposta por Murray, Gakidou e Frenk, permitir explicitar todas as diferenças em saúde, mesmo as intragrupos sociais, já que não integra qualquer elemento normativo não testado (Gakidou et Alli, 2000:78). Nesta metodologia, a dimensão ética das desigualdades na saúde perde relevância, já que as diferenças entre indivíduos orientam mais a análise para o papel das características pessoais, uma variável compósita que integra o posicionamento de cada um em relação à múltiplas clivagens que estruturam a desvantagem social. Nesta base a definição da ISEqH, atrás discutida,⁴⁶ procura que a análise das diferenças em saúde integre dois elementos essenciais. Em primeiro lugar a comparação intergrupos evidencia, de novo, a dimensão ética deste fenómeno. Em segundo, a associação dos critérios de equidade com uma capacidade colectiva de modificar o quadro de desigualdades em saúde, traz para a equação as políticas sociais (Braveman e Gruskin, 2003b: 254; Braveman, 2006: 180).

Em conclusão, a abordagem ética às desigualdades em saúde estabelece a ligação conceptual com o universo da Justiça Social, classificando-as como inequidades. A operacionalização das inequidades em saúde requer a comparação entre grupos sociais, definidos em função das clivagens sociais mais relevantes. A inclusão de preocupações éticas e de equidade na construção dos indicadores das desigualdades na saúde é um passo necessário para o reconhecimento da sua inteira relevância. Torna, no entanto, a sua análise dependente da escala de valores relevante:

“Justice looks different, and will be reflected in different types of indicators, under different philosophical traditions.” (Etches et Alli, 2006: 45)

⁴⁶ “Systematic and potentially remediable differences in one or more aspects of health across populations or population groups defined socially, economically, demographically, or geographically.” <http://www.iseqh.org>.

1.3. Estrutura social e desigualdades em saúde – uma perspectiva plural

As desigualdades em saúde constituem-se como problema social, também devido à estreita relação entre a estrutura social e a distribuição de saúde. Ao longo deste capítulo, os diversos factores que contribuem para a saúde serão analisados, assim como os mecanismos na base da relação causal existente entre estes dois elementos. A função de produção de saúde remete para elementos estreitamente associados ao modo como está organizada a sociedade, ou, dito de outra forma, à distribuição das vantagens e desvantagens sociais. Mais à frente defende-se que o contexto político-ideológico tem grandes influências na saúde populacional e, particularmente, nas desigualdades em saúde. Esta influência é mediada, primeiro, pelas políticas sociais, enquadradas num determinado sistema de protecção social, que influenciam directamente a distribuição de saúde e, segundo, pelas desigualdades sociais que estão associadas a acessos diferenciados à saúde. A saúde pode ser perspectivada como um indicador do enquadramento institucional concreto de cada sociedade, em cada momento histórico.

A estratégia adoptada para conhecer e analisar a equidade na saúde centra-se nas causas sociais das desigualdades na saúde. Por outro lado, coloca-se o foco nas desigualdades em saúde a fim de se identificarem as injustiças sociais. As desigualdades na saúde contêm informação relativa ao grau de injustiça de particulares estruturas sociais que as determinaram (Peter, 2004: 98-9). A saúde é, como já referido atrás, um marcador de injustiças sociais. Neste contexto, inequidades na saúde são injustiças sociais (Marmot, 2000: 38-9).

A relação empírica entre desigualdades na saúde e o estado geral da saúde, aponta para perdas no nível global do estado de saúde das populações resultantes de maior desigualdade na

saúde. Existe alguma sustentação para considerar que as desigualdades de saúde têm um contributo importante para o falhanço em alcançar o nível máximo possível de saúde (Marmot, 2000: 37). Em síntese, por este argumento, as desigualdades em saúde são um problema social pois impedem o pleno usufruto, por todos, do padrão mais elevado de saúde.

Esta ligação empírica pode ser explicada por diversas razões. Primeiro, a eficiência obriga à priorização dos interesses dos grupos com maior impacto marginal que, no caso da saúde, coincidem com os mais desfavorecidos. Em segundo lugar, a função de produção de saúde processa-se a diferentes níveis, o que sustenta a necessidade de formas de reciprocidade e confiança que aumentam a sua eficiência, através de maior cooperação. Em terceiro lugar, diversos mecanismos causais permitem associar maior desigualdade a menor saúde global.

Estes resultados reforçam a centralidade das desigualdades da saúde como elementos condicionantes da qualidade de vida das populações. A definição de saúde da OMS, dá relevo aos elementos que estabelecem a estreita ligação entre saúde a qualidade de vida (Peter, 2004: 96). São pouco concebíveis estados de saúde bons com má qualidade de vida e muito improvável o inverso: algum grau de qualidade de vida enquanto a saúde for insatisfatória.

As interrelações existentes entre os gradientes sociais das diferentes esferas da vida, permitem assumir que o gradiente social da saúde é uma dimensão de um gradiente social mais amplo. A abordagem social à saúde deve, por um lado, integrar a multiplicidade de mecanismos de produção da saúde (Asada, 2005: 703) mas, por outro, enquadrar as desigualdades em saúde num conjunto amplo de problemas sociais inerentes aos particularismos de cada esfera social (Peter, 2004: 99). Este esforço de articulação dos objectivos em saúde com as outras finalidades da Política Social, impede, em simultâneo, que se veja a saúde como o princípio

organizador da sociedade e que outro sector prevaleça perante a saúde. A abordagem indirecta à equidade na saúde, baseada na relação entre injustiças sociais e saúde, tomando-a como marcador das estruturas sociais injustas, adquire especial importância em sociedades plurais que valorizam e protegem a diversidade humana e, por isso, o livre arbítrio.⁴⁷ A manutenção de um quadro plural de objectivos sociais, não os subsumindo a uma particular esfera da vida, é um garante essencial para evitar uma perspectiva perfeccionista da Justiça Social.⁴⁸

⁴⁷ “It is also not clear how well-being can be defined in a way that is consistent with a plurality of conceptions of the good life (...)” (Peter, 2004: 96) Para o conceito de vida boa vd. nota de rodapé 10, na página 38.

⁴⁸ Quer a *justiça como equidade*, de Rawls, quer abordagem das capacidades, de Sen, integram-se na perspectiva liberal-igualitária da Justiça Social. Nesta a igualdade das liberdades, operacionalizada pelos meios e oportunidades necessários ao pleno usufruto da vida boa, requer que cada um tenha iguais perspectivas de perseguir a sua particular concepção de bem.

2.Determinantes Sociais da Saúde – diferentes abordagens

2.1.Função de produção de saúde e seus determinantes

Mesmo em sistemas de saúde de acesso universal, com reduzidas desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, permanecem significativas desigualdades na saúde. A função de produção de saúde inclui muitas outras variáveis, que vão além dos cuidados de saúde, algumas delas com maiores benefícios marginais na saúde das populações (Maynard, 1999: 281). Pode-se afirmar que a saúde beneficia da influência de inúmeras variáveis que vão desde as características genéticas, as agressões ambientais, o género e a idade; até aos cuidados de saúde nos seus diversos níveis e dimensões às condições materiais de vida, ao contexto social, aos laços sociais, formais e informais, ou aos comportamentos e opções individuais.

Kunst, Groenhouf, Mackenbach e o *EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health* elaboraram estudo comparativo das desigualdades na mortalidade dos homens de idades entre 30 e 64 anos por classe ocupacional em 11 países europeus: Finlândia, Suécia, Noruega, Dinamarca, Inglaterra e País de Gales, Irlanda, França, Suíça, Itália, Espanha e Portugal. Para o efeito recorreram a bases de dados nacionais referentes à década de 80 do século XX, de modo a ter disponível a taxa de mortalidade estandardizada, ajustada à presença de elementos da amostra cuja classe ocupacional não é conhecida. Nos três indicadores calculados para as diferenças entre classes ocupacionais, rácio de taxas, índice de dissimilaridade⁴⁹ e diferenças na probabilidade de morrer – mostrou que as classes manuais apresentam taxas de mortalidade superiores em todos os grupos etários. (Kunst et alli, 1998: 1459-62, 1468) Na comparação entre os diferentes países não foram identificadas as

⁴⁹ *dissimilarity index*

diferenças esperadas pela diversidade de regimes de protecção social. No entanto o cálculo do índice de dissimilitude permite averiguar um padrão que pode ser generalizável:

Figura 4 - Diferenças na taxa de mortalidade entre classes ocupacionais – comparação de 11 países europeus

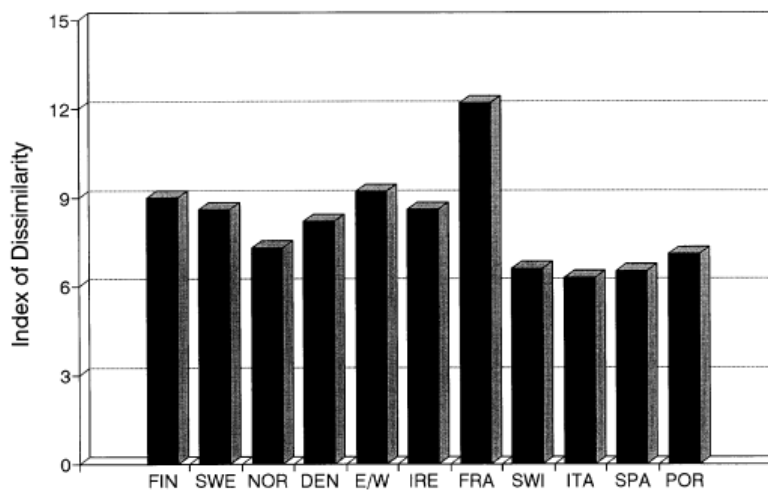


Fig. 1. The index of dissimilarity (%). Men, 45–59 years at death.

Fonte: Kunst et alli, 1998: 1466

Este indicador não é só sensível ao rácio entre taxas de mortalidade, mas também toma em consideração o peso na população total das diferentes classes ocupacionais (Kunst et alli, 1998: 1462). Os países que apresentam uma percentagem mais elevada da população agrícola, nomeadamente os da Europa do Sul, apresentaram à partida menores índices de dissimilitude, pois as diferenças entre as classes manual e não manual terão menor impacto neste indicador. Confirma-se no entanto que a classe ocupacional constitui uma dos elementos da desvantagem social que poderão contribuir para as desigualdades em saúde, nomeadamente na mortalidade.

Para avaliar as desigualdades na saúde, e particularmente, as desigualdades socioeconómicas da saúde, não basta identificar os padrões das taxas de mortalidade. De facto as ocorrências de saúde não fatais resultam em impactos significativos na qualidade de vida das pessoas, nas suas oportunidades de vida e capacidades em funcionar.

Procurando responder a esta dimensão da heterogeneidade da saúde e focando a análise no estado de saúde das pessoas, Hernandez-Quevedo, Jones, Nicolás e Rice recorreram a dois indicadores de limitações de saúde, com base nos dados de 8 vagas (1994-2001) do *European Community Household Panel - Users' Database*. O primeiro indicador procura quantificar a existência de quaisquer limitações (HAMP1) e o segundo a existência de limitações severas ao exercício das actividades diárias (HAMP2). A natureza deste painel permite, em paralelo, integrar também a análise da dinâmica das desigualdades na saúde, seja pela comparação entre o curto e o longo prazo, seja pelo recurso a indicadores de mobilidade, que aferem a persistência no tempo das situações de desvantagem em saúde. O quadro abaixo ilustra os resultados obtidos quanto ao índice de concentração de longo prazo e o índice de mobilidade nos 14 países em análise:

Quadro 1 - Desigualdades socioeconómicas da saúde em 14 países europeus – índices de concentração e de mobilidade

| Países | HAMP1 | | HAMP2 | |
|-------------|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| | Índice de Concentração | Índice de Mobilidade | Índice de Concentração | Índice de Mobilidade |
| Alemanha | -0,089 | -0,040 | -0,149 | -0,002 |
| Dinamarca | -0,198 | -0,104 | -0,378 | -0,043 |
| Holanda | -0,114 | -0,120 | -0,202 | -0,104 |
| Bélgica | -0,163 | -0,116 | -0,304 | -0,110 |
| Luxemburgo | -0,155 | -0,126 | -0,216 | -0,168 |
| França | -0,166 | -0,110 | -0,223 | -0,101 |
| Reino Unido | -0,185 | -0,062 | -0,321 | -0,101 |
| Irlanda | -0,299 | -0,240 | -0,424 | -0,209 |
| Itália | -0,119 | -0,202 | -0,152 | -0,092 |
| Grécia | -0,224 | -0,126 | -0,291 | -0,129 |
| Espanha | -0,182 | -0,100 | -0,209 | -0,080 |
| Portugal | -0,190 | -0,122 | -0,274 | -0,174 |
| Áustria | -0,153 | -0,038 | -0,187 | -0,023 |
| Finlândia | -0,108 | -0,061 | -0,195 | -0,097 |

Fonte: Hernandez-Quevedo et Alli , 2005: 15

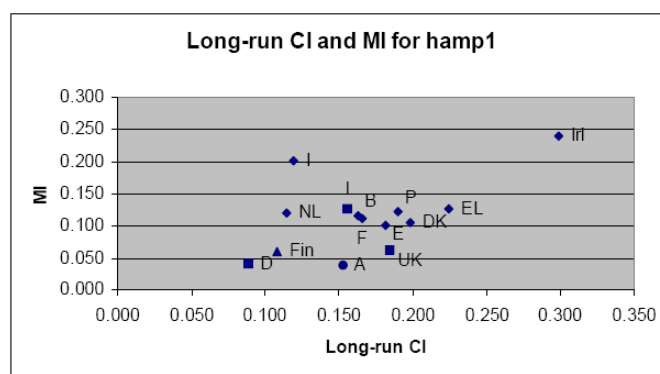
O índice de concentração resulta da curva de concentração. Esta constrói-se com base num indicador de posição socioeconómica, neste caso o rendimento, que permita a ordenação dos indivíduos, na forma de frequência relativa acumulada corresponde ao eixo horizontal. O eixo vertical corresponde à frequência relativa acumulada do indicador de saúde. Uma curva de concentração que coincida com a mediatriz dos eixos representa uma distribuição perfeitamente igualitária da saúde ao longo do rendimento. (Hernandez-Quevedo et Alli, 2005: 4; Jones e Rice, 2004:2-4)

O índice de concentração pode ser definido como o dobro da área entre a curva de concentração e a mediatriz, ou seja, $C = \frac{2}{\mu} \text{cov}_w(y_i, R_i)$, em que C é o índice de concentração, y_i, R_i são o indicador de saúde e a sua posição relativa na ordenação socioeconómica do indivíduo i , μ é a média da saúde pesada por w , o peso do indivíduo i na amostra (Koolman e Doorslaer, 2003: 6). O índice de mobilidade expressa a relação entre os valores de longo prazo e de curto prazo do índice de concentração, logo

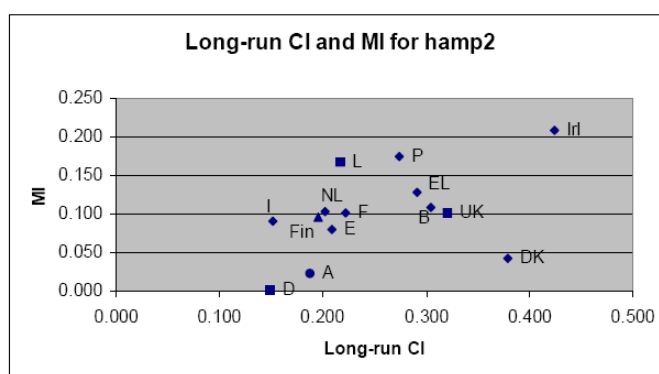
$$M = 1 - \frac{C^T}{\sum_t C^t}, \text{ com } v_t = \frac{\bar{y}^t}{T\bar{y}}, \text{ em que } T \text{ é o n}^\circ \text{ total de vagas e } \bar{y}^t, \bar{y} \text{ são,}$$

respectivamente a média do indicador de saúde para a vaga t e a média de todas estas médias para a totalidade do período em análise (Hernandez-Quevedo et Alli, 2005: 6; Jones e Nicolàs, 2004: 1018). Para mais claramente ilustrar as diferenças entre os países da amostra nas desigualdades socioeconómicas na saúde, os resultados constantes no quadro acima podem ser representados graficamente da seguinte forma:

Figura 5 - Limitações às actividades diárias – índices de concentração e de mobilidade



* Different symbols have been used to distinguish the number of waves available for each of the countries: 1 – 3 waves (square), 1-8 waves (diamond), 2 – 8 waves (circle) and 3 – 8 waves (triangle).



* Different symbols have been used to distinguish the number of waves available for each of the countries: 1 – 3 waves (square), 1-8 waves (diamond), 2 – 8 waves (circle) and 3 – 8 waves (triangle).

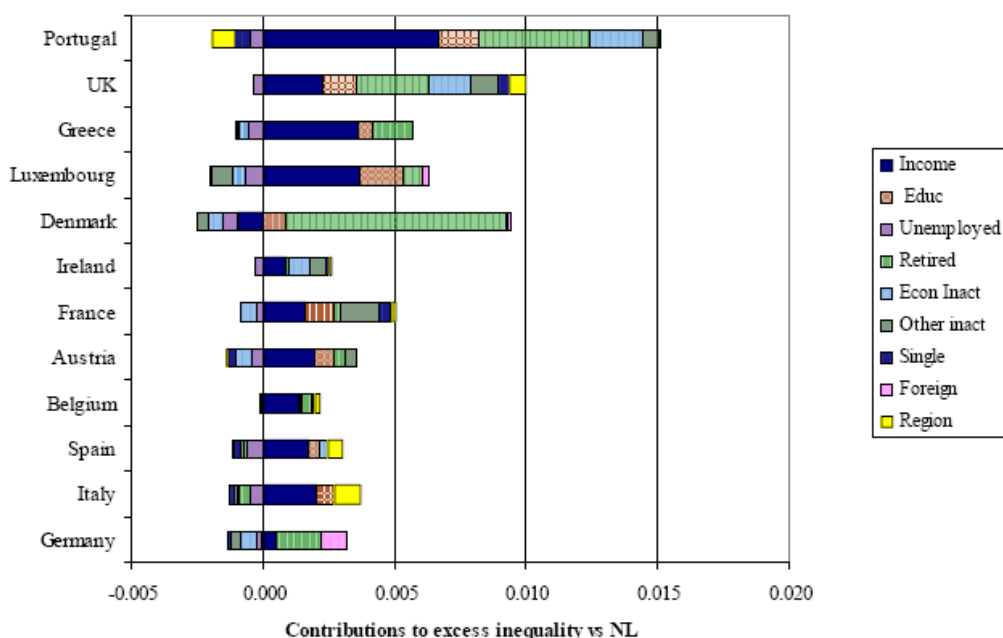
Fonte: Hernandez-Quevedo et Alli, 2005: 16

Com base numa abordagem similar, Koolman e Doorslaer, calcularam os índices de concentração da saúde, com base no nível de rendimento, adoptando como indicador de saúde a auto-percepção da saúde, para a vaga do ECHP de 1996, para os mesmos países. Refira-se que dada a natureza da variável os valores calculados para este indicador são, ao contrário dos acima, todos maiores que zero. Este facto não corresponde a qualquer contradição de fundo entre os dois estudos, pois são ambos indicativos de desigualdades na saúde em prejuízo dos mais pobres, em comparação com os grupos com níveis de rendimento mais elevados. Enquanto a auto-percepção de saúde está positivamente relacionada com o estado de saúde dos indivíduos, a existência de limitações ao exercício de actividades diárias é indicativa de

perdas de saúde. Assim estes resultados apontam para que a boa saúde se concentre nos mais ricos (índice de concentração positivo) e que as perdas de saúde nos mais pobres (índice de concentração negativo).

Sendo o índice de concentração uma medida que permite a decomposição pelos contributos dos diferentes factores, Koolman e Doorslaer exploraram o peso de várias dimensões da desvantagem social para a desigualdade na saúde, que resultaram na figura seguinte:

Figura 6 - Auto-percepção da saúde - Decomposição dos índices de concentração por factores



Fonte: Koolman e Doorslaer, 2003: 22

A multiplicidade de determinantes da saúde pode ser vista como um reforço de uma perspectiva da saúde mais ampla que a mera ausência de doença. A saúde está intimamente ligada à qualidade de vida, quer por ser um seu constituinte muito relevante, quer por contribuir para os meios e as oportunidades de usufruir da vida boa. Paula Braveman e Sofia

Gruskin integram estas características numa clara adesão ao modelo social da saúde, em referência directa à definição da OMS:

Health represents both physical and mental wellbeing, not just the absence of disease. (Braveman e Gruskin, 2003b: 254).⁵⁰

Torna-se, deste modo, mais clara a associação entre saúde e os direitos, recursos e oportunidades à disposição das pessoas para a produção de saúde. A produção de saúde ocorre a diversos níveis, desde o individual ao societal, passando pelos níveis familiar e comunitário. A saúde é produzida não só pelo acesso a cuidados de saúde, sejam eles preventivos, curativos ou paliativos, mas deve-se, também, e muito significativamente, à acumulação dos efeitos das condições socioeconómicas ao longo da vida⁵¹ (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 3) que apresentam um impacto diferenciado nos diferentes grupos sociais.

A observação destes efeitos de longo prazo dos determinantes sociais na saúde só é possível pelo recurso a séries temporais muito longas. Um exemplo é o estudo de Lindeboom, Portrait e van den Berg acerca dos efeitos das condições macroeconómicas na taxa individual de mortalidade. São estimados modelos de duração flexível onde a taxa de mortalidade depende das condições macroeconómicas correntes, das condições no início da vida, do tempo de calendário, da idade e de um vector de características individuais, que incluem indicadores socioeconómicos. Os autores recorrem a dados holandeses dos registos de nascimento, casamento e de morte numa janela temporal entre 1812 e 1999. A amostra cobre cerca de 3000 indivíduos nascidos na província de Utrecht entre 1812 e 1912, com o final da

⁵⁰ Em referência à definição de saúde expressa na Declaração de Alma-Ata: “(...) state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity”.

⁵¹ “Health is produced not merely by having access to medical prevention and treatment, but also, to a measurably greater extent, by the cumulative experience of social conditions over the course of one’s life.” (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 3)

observação em 31/12/1999. Agregaram-se os dados históricos de indicadores de saúde e macroeconómicos.

Os resultados indicam um forte efeito das condições macroeconómicas durante a infância, na taxa de mortalidade em todas as idades, particularmente na infância e depois dos 50 anos (Lindeboom, Portrait e van den Berg, 2003: 1-5). No quadro a seguir apresentam-se as estimativas do modelo que respeitam directamente aos efeitos das condições macroeconómicas. O único período da vida em que estas afectam significativamente a taxas de mortalidade no longo prazo é entre um e sete anos de idade. Acresce a este efeito de longo prazo, os efeitos contemporâneos, que se apresentam mais elevados até aos 34 anos, voltando a ser crescentemente significativos a partir dos 65 anos.

Quadro 2 - Efeitos, de curto e longo prazo, das condições macroeconómicas na taxa de mortalidade

| variável explicativa | estimador | t-student |
|---|------------------|------------------|
| <i>Efeitos de longo prazo das condições macroeconómicas</i> | | |
| peso da agricultura com PNB no nascimento | 0,160 | 1,9 |
| PNB per capita real médio nas idades 1-7 anos | -0,345 | -2,6 |
| PNB per capita real médio nas idades 8-14 anos | -0,083 | -1,2 |
| PNB per capita real médio nas idades 15-20 anos | 0,014 | 0,4 |
| <i>Efeitos instantâneos das condições macroeconómicas</i> | | |
| PNB contemporâneo nas idades 0-1 anos | -0,342 | -2,5 |
| PNB contemporâneo nas idades 1-7 anos | -0,438 | -2,8 |
| PNB contemporâneo nas idades 8-14 anos | -0,270 | -2,0 |
| PNB contemporâneo nas idades 15-34 anos | -0,184 | -2,8 |
| PNB contemporâneo nas idades 35-50 anos | -0,027 | -0,8 |
| PNB contemporâneo nas idades 51-60 anos | -0,025 | -1,1 |
| PNB contemporâneo nas idades 61-70 anos | -0,034 | -2,5 |
| PNB contemporâneo nas idades 71-80 anos | -0,050 | -3,8 |
| PNB contemporâneo nas idades 81-90 anos | -0,078 | -5,6 |
| PNB contemporâneo nas idades >90 anos | -0,105 | -5,5 |

Fonte: Lindeboom, Portrait e van dem Berg, 2003: 31

Procurou-se, assim, ilustrar o quanto as condições macroeconómicas na tenra infância são determinantes para a saúde ao longo de toda a vida, por força dos seus efeitos de longo prazo, aqui, na mortalidade. Argumenta-se que o mesmo padrão poderia ser identificado na morbilidade, caso houvesse dados disponíveis em séries suficientemente longas.

É consensual a relevância das causas sociais para as melhorias verificadas no nível de saúde, ao longo do século XX, nomeadamente, da redução da privação material e do consequente acesso a melhores condições de vida. Estas melhorias concretizaram-se, principalmente, na redução da mortalidade por causas não traumáticas e na redução da morbilidade por doenças transmissíveis, nos jovens e nos adultos. As alterações do padrão epidemiológico resultaram no prolongamento da vida e na maior concentração da morbilidade em idades mais avançadas, particularmente centrada nas doenças crónicas e nas incapacidades de longo prazo. Em paralelo, verificaram-se mudanças nos modos de influência do contexto social na saúde. A transição epidemiológica foi acompanhada por uma maior relevância da adopção de estilos de vida saudável, que se configuram como mediadores dos determinantes sociais da saúde.

2.2.Saúde e rendimento: o caso da Curva de Preston

Pode-se considerar bastante sólida a sustentação da correlação estatística entre o contexto social e a saúde, dada a acumulação de estudos que apoiam a associação entre as estruturas de diferenciação social e as desigualdades em saúde. No entanto, não existe um suporte claro que permita um alargado consenso acerca do sentido da eventual relação causal entre estas duas dimensões. A acumulação de evidência empírica, que dá relevo à correlação positiva entre estas duas dimensões da vida humana, não é suficiente para a comprovação de nexos de causalidade entre elas. Mais à frente no texto são apresentados argumentos a favor de cada

uma das alternativas possíveis: determinantes sociais da saúde, selecção por saúde e dupla endogeneidade.⁵² A presente secção procurará descrever e analisar os diferentes elementos da relação estatística entre a saúde e a estrutura social.

O nível de rendimento pode ser visto como um determinante da saúde, no sentido em que o domínio dos recursos permite maiores probabilidades de acesso à saúde. A grande parte dos estudos realizados aponta para uma relação positiva entre rendimento e saúde, com ganhos marginais de saúde decrescentes com o rendimento (Wilkinson et Al, 2006)⁵³. A curva de saúde em função do rendimento apresenta pois uma configuração crescente e côncava, que indicia ganhos globais no nível de saúde como resultado de redistribuições progressivas de rendimento.⁵⁴

No entanto, a saúde é certamente um constituinte de, e também, um meio para, a formação de capital humano, um aspecto vital para os países em vias de desenvolvimento adquirirem estabilidade económica. Será lícito afirmar que os países com melhor saúde terão, *ceteris paribus*, maiores probabilidades de desenvolvimento económico, dado o seu papel na formação de capital humano. Esta abordagem olha para a saúde como um elemento instrumental para o objectivo do desenvolvimento económico. Os países com condições de saúde piores têm mais dificuldades em manter percursos de desenvolvimento sustentável. Em modelos de gerações sobrepostas⁵⁵ identificam-se efeitos positivos na taxa de poupança das famílias, em consequência da maior esperança de vida. O novo padrão demográfico, com

⁵² Quando a desvantagem social resulta em desigualdades em saúde, confirma-se a tese dos determinantes sociais da saúde. Um efeito típico da selecção por saúde é quando as diferenças em saúde resultam em diferentes posicionamentos na escala social. Se ambas as variáveis forem explicadas por uma terceira, a dupla endogeneidade é a alternativa mais adequada.

⁵³ Wilkinson e Pickett elaboraram uma revisão compreensiva de estudos empíricos relativos a esta questão. (Wilkinson et Al, 2006)

⁵⁴ Entende-se por políticas progressivas aquelas que resultam na aproximação entre as condições dos diferentes grupos sociais.

⁵⁵ Subramanian, Belli e Kawachi referem-se a Chakraborty S. 1999. Public health, longevity and economic growth. PhD thesis. Univ. Calif. Los Angeles

vidas mais longas e famílias menos numerosas torna-se um incentivo à poupança (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 293). Encontram-se facilmente argumentos em favor da saúde como factor do crescimento económico, pois, por intermédio de maior formação de capital humano, é mais elevada a probabilidade de desenvolvimento das economias com melhor saúde populacional (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 287).

A curva de Preston⁵⁶ traça a relação entre o rendimento nacional, expresso em paridade de poder de compra, e a esperança média de vida. Esta comparação internacional evidencia uma relação, positivamente inclinada e côncava, entre estas duas variáveis. A partir de um dado nível de rendimento per capita a esperança de vida estabiliza e a curva fica aproximadamente horizontal. Para os países mais desenvolvidos a associação entre rendimento e saúde não é tão evidente, pois as diferenças na esperança média de vida já não são, primordialmente, explicadas pelo nível de desenvolvimento económico (Deaton, 2003: 115-6). Há que identificar um conjunto amplo de outros factores que contribuirão, positiva ou negativamente, para o nível de saúde. Países como Cuba ou a Costa Rica apresentam indicadores de saúde iguais ou superiores aos de países com rendimentos per capita significativamente maiores. Entre estes casos, os EUA, com níveis de rendimento muito mais elevados, não os concretizam em melhorias nos indicadores de saúde (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 288). Entre os países mais ricos, aqueles que apresentam esperanças de vida mais longas, são os que exibem distribuições de rendimentos mais igualitárias, como a Suécia ou o Japão (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 8-9). Verificou-se que os países com maiores desigualdades apresentam a esperança de vida inferior ao que seria expectável pelo nível de

⁵⁶ A relação entre a mortalidade e o rendimento per capita foi explorada por Samuel Preston e publicada em Preston, Samuel H. (1975), “The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development”, *Populations Studies*, 29: 231-48. Este artigo veio a ser reproduzido em 2003 pelo *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (11).

rendimento (Deaton, 2003: 115-6). Marcia Angell sintetiza a dupla associação entre saúde e rendimento, por via do seu nível médio ou do grau de desigualdade da sua distribuição:

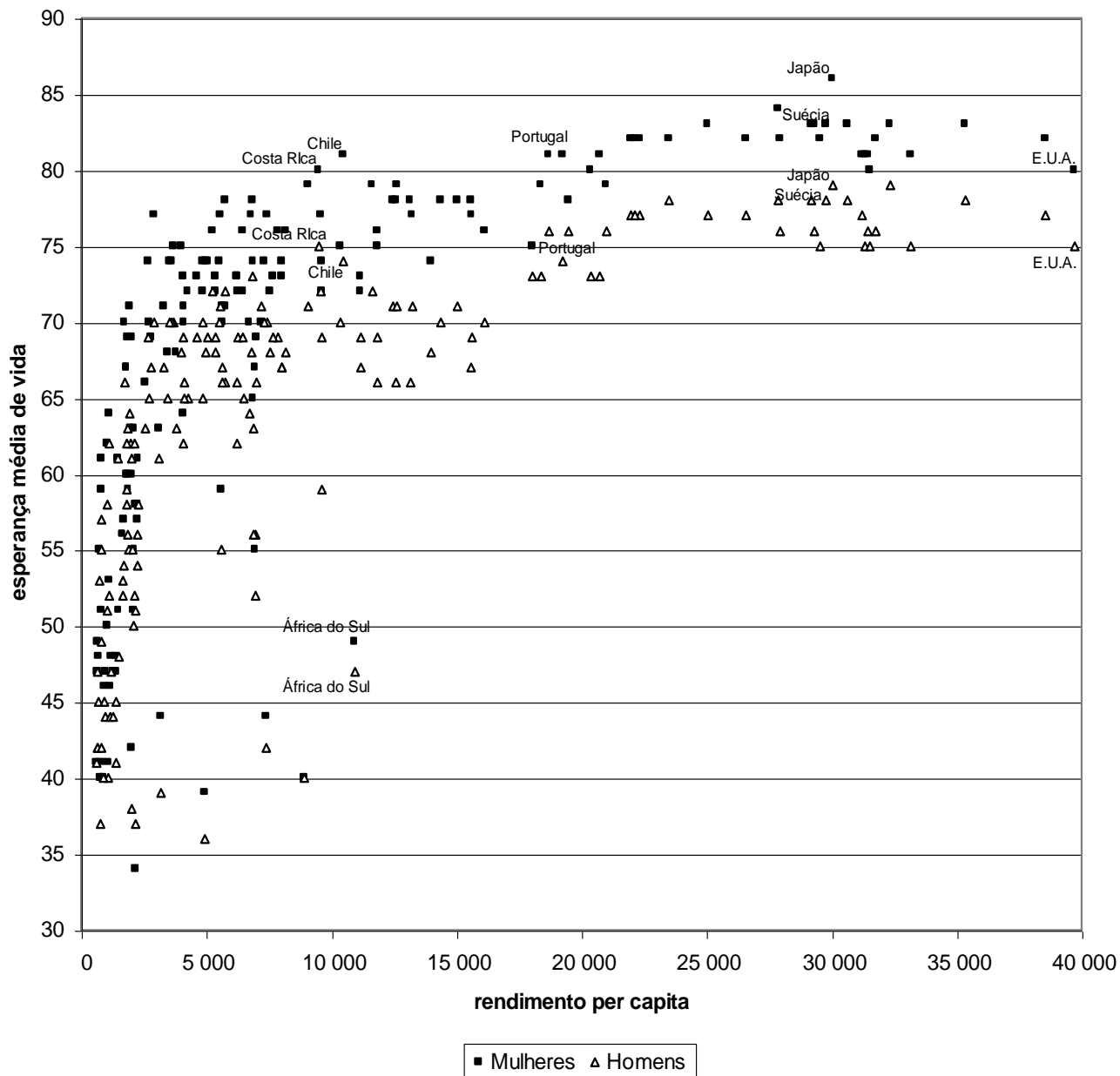
(...) wealthier populations are on average healthier and (...) the more evenly wealth is distributed within a population, the better the average health. (Angell, 2000: 42)

A figura, já a seguir, procura confirmar a estabilidade do padrão identificado por Samuel Preston, relacionando o rendimento per capita em dólares em paridade de poder de compra, e a esperança média de vida à nascença, nas mulheres e nos homens, no ano 2004. Para o efeito, tomou-se como fonte o *World Health Statistics 2006*, com dados relativos a 192 estados ou territórios.⁵⁷

Numa primeira observação, a configuração da Curva de Preston, em ambos os sexos, não é infirmada por estes dados. Para além dos casos já acima referenciados, é inultrapassável relevar o Chile e a Costa Rica, que mostram níveis de rendimento per capita semelhantes ao da África do Sul, com menos 30 anos de vida de esperança média de vida à nascença. Paralelamente, estes dois países apresentam valores mais favoráveis, principalmente nas mulheres, do que outros com cerca do triplo do rendimento per capita, como a Irlanda e os Estados Unidos da América.

⁵⁷ Não foram considerados 27 destes devido à informação, referente ao rendimento per capita, não estar disponível. Por sua vez, o rendimento per capita muito elevado do Luxemburgo, associado à sua pequena dimensão, inclusivamente em termos demográficos, aconselham à sua exclusão do gráfico, de modo a tornar mais fácil a sua leitura. Restou assim um total de 164 observações, que se entendem ser representativas da população mundial.

Figura 7 - Rendimento per capita e esperança média de vida – comparação internacional

Fonte: OMS, *World Health Statistics 2006*

As desigualdades na saúde não ocorrem só por efeito da privação dos elementos materiais que compõem as condições de vida, eventualmente associados à pobreza material. Estas diferenças de saúde não explicadas pelo rendimento per capita são expressão da desigualdade socioeconómica, necessariamente multidimensional, que será resultado da influência de variáveis de contexto como a cultura, a organização social e as políticas públicas. (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 7-8) O impacto da desigualdade de rendimentos na saúde não

decorre unicamente dos ganhos marginais na saúde serem decrescentes no rendimento, mas, também, por efeito directo de maior desigualdade socioeconómica. “A desigualdade mostra-se, em resumo, má para a nossa saúde.” (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 3) As sociedades mais igualitárias são mais coesas, com maior grau de solidariedade e menos stress, fornecem mais bens públicos, mais apoio social e beneficiam de mais capital social. Respondem à preferência humana pela equidade (Deaton, 2003: 113). Mais desigualdade está associada a uma vida em comunidade mais frágil, com mais violência, crime e hostilidade, menor participação e inclusão social, fenómenos que fazem sentir os seus efeitos nefastos tanto mais quanto mais vulnerável é o grupo social (Wilkinson, 2000: 998).

2.3. Pobreza e desigualdade – o gradiente social da saúde

Esta ligação entre rendimento e saúde, por um lado, e entre desigualdade de rendimento e saúde, por outro, pode ocorrer de duas formas alternativas: as desvantagens em saúde concentram-se nos muito pobres ou estas disseminam-se ao longo da escala social.

Os resultados do *Whitehall Study*, nas suas duas versões, confirmam o gradiente de saúde, ou seja, diferenças de saúde significativas entre todos os grupos sociais. Este estudo empírico é particularmente relevante dada a composição da sua amostra: a selecção de um painel de funcionários públicos da cidade ou da região de Londres, acompanhados ao longo de 25 anos, cujas ocupações são classificáveis de colarinho branco, todos com rendimentos acima da linha de pobreza e com acesso universal a cuidados de saúde. A primeira versão deste estudo focalizou-se no padrão da mortalidade ao longo dos níveis hierárquicos da função pública. Nas causas de morte mais frequentes, cada nível hierárquico apresenta taxas superiores às daquele nível que lhe é imediatamente superior. Apesar das diferenças entre as diferentes

causas de morte, o padrão das taxas de mortalidades evidencia vantagens em saúde para aqueles que pertencem a grupos de status mais elevado. No que diz respeito à morbidade, a segunda versão do estudo identifica um padrão semelhante na auto-percepção da saúde, nos diagnósticos de diversas doenças e nas ausências ao trabalho por doença. Quer na mortalidade, quer na morbidade, a relação entre a posição na hierarquia social e a saúde apresenta um declive positivo - o gradiente social da saúde (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 86; Marmot, 2004a: 38-9). Estes resultados indiciam desigualdades na saúde que não são consistentes com diferenças abruptas entre pobres doentes e ricos saudáveis, mas sim com um encadeamento de diferenças graduais na saúde, paralelo à hierarquia social (Marmot, 2000: 37).

Na subsecção anterior, foi discutida a eventual relação entre desigualdade socioeconómica e a saúde, avaliada a nível internacional, resultado que levanta a hipótese de um padrão semelhante ocorrer a nível intranacional. Nestes contextos, uma questão paralela se levanta: a distinção entre os efeitos da pobreza e os da desigualdade social, o que requer estudos multinível, que conjuguem informação individual com informação agregada, nomeadamente por áreas geográficas. Os estudos realizados apresentam resultados em favor das duas alternativas. Estes aparentam depender, principalmente, das variáveis adoptadas nos modelos estatísticos e da dimensão das áreas geográficas de agregação. Este padrão de resultados permite colocar a hipótese de que o perfil prevalente está dependente do contexto epidemiológico, social e político concreto de cada sociedade em cada momento histórico. A relação entre desigualdade e nível de saúde foi considerada, em tempo, como uma singularidade dos EUA, dada a sua conjugação de altos rendimentos, elevada desigualdade e elevada mortalidade infantil (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 295).

Um estudo multinível procura explorar a relação entre a desigualdade de rendimentos e mortalidade na Noruega, um país considerado dos mais igualitários do mundo, com um sistema de protecção social ampla, de acesso universal. Relevam-se os seus contributos para duas questões: aferir a influência do contexto na associação entre as duas variáveis e avaliar a sensibilidade dos diferentes grupos sociais à desigualdade socioeconómica da região onde vivem. (Dahl et Alli, 2006: 2563)

Para a análise da mortalidade ocorrida entre 1994 e 1999, os autores estimaram um modelo de regressão logística multinível, em que as variáveis explicativas abrangem as características individuais e as variáveis de contexto, ao nível regional (Dahl et alli, 2006: 2565). Relevam-se, no quadro abaixo, os resultados do estudo que se referem aos seus efeitos na mortalidade:

Quadro 3 - Estudo multinível da mortalidade na Noruega

| Variável | odds ratio | IC (95%) |
|---|------------|-------------|
| <i>Sexo (refª Homens)</i> | | |
| Mulher | 0,439 | 0,430-0,447 |
| <i>Grupo etário</i> | 1,645 | 1,635-1,654 |
| <i>Casado (refª)</i> | | |
| nunca casado | 1,675 | 1,633-1,718 |
| casado anteriormente | 1,549 | 1,515-1,584 |
| <i>rendimento individual (refª >320.000 NOK)</i> | | |
| 240000-319999 NOK | 1,119 | 1,071-1,170 |
| 160000-239999 NOK | 1,321 | 1,269-1,376 |
| 0-159999 NOK | 1,739 | 1,668-1,813 |
| <i>Educação, (refª 13 anos ou mais)</i> | | |
| 11-12 anos | 1,122 | 1,085-1,160 |
| 10 anos | 1,231 | 1,192-1,271 |
| 9 anos ou menos | 1,373 | 1,330-1,417 |
| <i>Benefícios sociais relacionados com saúde (refª não)</i> | | |
| recipiente de apoio | 2,223 | 2,176-2,270 |
| <i>rendimento médio regional</i> | 0,993 | 0,980-1,006 |
| <i>Índice de Gini regionalx100</i> | 1,028 | 1,023-1,033 |

Fonte: Dahl et alli, 2006: 2568

Os resultados evidenciam uma relação positiva entre desigualdade de rendimentos e mortalidade, na Noruega, de onde se pode inferir um apoio à tese da generalização destes efeitos às sociedades mais igualitárias. No entanto outros estudos semelhantes aplicados a outros países nórdicos não identificaram semelhantes associações⁵⁸. Não há, assim, de momento, resposta definitiva para a primeira questão. (Dahl et Alli, 2006: 2570).

Para dar resposta à segunda questão, foram calculados os *odds ratios* dos efeitos cruzados do Índice de Gini regional com os diferentes níveis de rendimento individual. Importa relevar que se encontram efeitos em todos os grupos, apesar de mais significativos nos grupos sociais mais desfavorecidos (Dahl et Alli, 2006: 2571).

Os efeitos nefastos da desigualdade de rendimentos são mais amplos nos grupos mais vulneráveis. Não está totalmente estabelecido que este efeito esteja ausente em contextos sociais de maior igualdade e de protecção social na sua forma menos estigmatizante - as políticas universalistas. Este resultado pode ser indiciador da generalização de uma curva entre o rendimento e a saúde, positivamente inclinada e cuja concavidade confirma o perfil de ganhos marginais de saúde decrescentes, mesmo em contextos de elevada igualdade social. O ónus em saúde resultante da diferenciação social é maior nas pessoas com menos recursos, oportunidades, poder e influência para responderem à exposição acrescida a agressões na saúde. No entanto, em função da forma e severidade da diferenciação e hierarquização social, o contexto social tem efeitos ao longo de toda a escala social, mesmo quando estes se sentem com maior acuidade nos grupos com maiores vulnerabilidades. Esta perspectiva olha para a

⁵⁸ Citando Blomgren et alli (2004), The effects of regional characteristics on alcoholrelated mortality—A register based multilevel analysis of 1.1 million men. *Social Science & Medicine*, 58, 2523–2535; Gerdtham et al (2004). Absolute income, relative income, income inequality, and mortality. *Journal of Human Resources*, 39, 228–247; Martikainen et alli (2004). The effects of area and individual social characteristics on suicide risk: A multilevel study of relative contribution and effect modification. *European Journal of Population—Revue Europeenne de Demographie*, 20, 323–350 e outros.

desigualdade de rendimentos como um indicador da desigualdade social (Marmot, 2000: 37). Deaton, por sua vez, relewa a conjunção de desvantagens em saúde e baixos rendimentos e os seus efeitos na qualidade de vida:

People that are income-poor are also health-poor, so that seeing well-being as dependent on both income and health reveals wider disparities between rich and poor than are recognized by standard income based approaches.
(Deaton, 2003:115)

Os diversos aspectos da desvantagem social concentram-se nos mesmos grupos sociais, especialmente desprovidos do acesso aos benefícios e oportunidades sociais. Este facto resulta do efeito de contaminação, entre as diferentes esferas da vida, que está na base da simultaneidade dos diferentes gradientes sociais. Ou seja, a tese dos determinantes sociais de saúde e os resultados empíricos que a sustentam admitem uma outra interpretação que dá mais relevo aos efeitos da pobreza do que aos da desigualdade social, dado serem as sociedades mais desiguais aquelas que, para o mesmo rendimento médio, apresentam maiores taxas de pobreza. (Deaton, 2003: 115-6)

A correlação estatística entre desigualdade e saúde tem na sua base a acumulação de agressões à saúde ao longo da vida, mais frequentes nos estratos mais pobres da sociedade, em conjunção com menor capacidade de a elas reagir. A prevalência de ocorrências negativas de saúde é mais elevada, o que é agravado pela sua maior severidade e persistência, nos grupos mais pobres.

Poverty is crippling not only physically but intellectually and spiritually.
(Angell, 2000:46)

Em suma, nenhuma das perspectivas apresenta, até ao momento, resultados suficientemente robustos para excluir liminarmente a outra. Torna-se evidente que sociedades mais desiguais serão sociedades menos saudáveis. Seja por via da pobreza, seja devido à concavidade da relação entre rendimento e saúde ou por efeitos directos da desigualdade socioeconómica, a desvantagem social estará em associação com desvantagens em saúde.

2.4. Uma abordagem multidimensional às desigualdades sociais na saúde

Outras formas de desvantagem social, associadas não à estratificação socioeconómica, mas orientadas ao longo de outras clivagens sociais configuram-se também como determinantes de má saúde, em que os grupos excluídos socialmente sofrem efeitos negativos na saúde. As perdas de saúde concentram-se na experiência de desvantagem, não sendo possível particularizá-la, definitivamente, nos eventuais efeitos de um contexto social diferenciado. (Deaton, 2003: 151)

Não atender às clivagens sociais de múltipla natureza e centrar a discussão na relação rendimento e saúde, será limitar a riqueza e complexidade da produção da saúde. A estratificação social ocorre ao longo das clivagens sociais que expressam e condicionam o particular arranjo institucional de uma sociedade num determinado período histórico. Em contrapartida, ver a desigualdade do rendimento como um indicador composto da estratificação social, torna difícil aferir os efeitos particulares de cada uma das dimensões da estrutura de vantagens e desvantagens sociais (Wilkinson et Al, 2006: 1774). Importa trabalhar outras dimensões da vantagem, ou desvantagem, social como o status, a etnia, o género, a localização geográfica, o nível educacional, o grupo ocupacional, o rendimento, a riqueza, as condições de vida, o género, a idade ou a geografia, caracterizadores duma

abordagem multidimensional à estratificação social (Braveman, 2006: 170; Anand e Peter, 2000: 48-9; Nolen et Alli, 2005: 599).

Van Hooijdonk e outros, desenvolveram estudo acerca da variação geográfica da saúde na Holanda, com base em dois indicadores de saúde: taxa de mortalidade e taxa de hospitalização. Concluíram que o nível socioeconómico só oferece uma explicação parcial das diferenças identificadas. As diferenças significativas entre o padrão induzido pelo nível socioeconómico e o nível de saúde efectivo indiciam, nas zonas onde os indicadores de saúde se afastam significativamente do esperado, outros padrões de influência na saúde. Alguns deles referem-se a características individuais das pessoas; outros prendem-se com a influência do contexto, local ou social, na saúde (Van Hooijdonk et Alli, 2007).

Não pode no entanto concluir-se, de imediato, pela invalidade da associação entre saúde e rendimento, visto como indicador de posição socioeconómica. Em áreas geográficas pequenas, as estatísticas de desigualdade de rendimento vêm enviesadas pela segregação habitacional entre ricos e pobres. As desigualdades no seio da mesma comunidade local são baixas e, em simultâneo, as diferenças entre as diferentes comunidades podem ser associadas a fenómenos de privação em relação ao padrão social. Ao nível local não se confirma a elevada relevância da desigualdade do rendimento como determinante da saúde, que se encontra nas comparações internacionais, dada a maior homogeneidade demográfica e social (Wilkinson et Al, 2006: 1774). O nível socioeconómico prevalece, nestas situações, sobre as influências da desigualdade. Importa, no entanto, questionar e avaliar o efectivo impacto do nível socioeconómico geral na saúde individual e comunitária e sua articulação, problema descrito por Stephanie Robert do seguinte modo:

(...) if the socioeconomic context of communities contributes something unique to the health of its residents, beyond the residents' own socioeconomic position, then community interventions are not optional, but rather are necessary to improve overall individual and population health.
(Robert, 1999: 491)

O nível socioeconómico local está associado com o nível de saúde dos indivíduos, mesmo na presença de variáveis de controlo relativas ao posicionamento social dos indivíduos. Nesta perspectiva, o mesmo indivíduo beneficiaria de níveis de saúde diferentes, em função da influência do contexto comunitário em se integra. Este efeito está associado ao desenvolvimento de territórios que acumulam vantagem ou desvantagem, em função de mecanismos de segregação geográfica entre grupos sociais. No estudo comparativo dos indicadores de saúde de áreas geográficas da Holanda, atrás mencionado, verificou-se que parte dos desvios à saúde esperada pelo nível socioeconómico é explicável por variáveis associadas à influência do contexto local na saúde. Viver numa vizinhança pobre piora a saúde das pessoas, independentemente do posicionamento social de cada uma delas, vista individualmente (Robert, 1999: 490). As diferentes variáveis que são indicadores das clivagens relevantes para a desvantagem social, assumem um papel moderador do impacto do contexto socioeconómico das localidades na saúde. As influências da diferenciação social na saúde processam-se a vários níveis, em simultâneo. A importância relativa do nível local é mais relevante, entre as pessoas que habitam o mesmo território, nos grupos mais dependentes, com menor participação no mercado de trabalho. Em contraponto, a influência do posicionamento social na saúde, a nível individual é, por esta via, mais forte nos adultos activos. A dimensão individual dos determinantes sociais da saúde mitiga os efeitos territoriais, mas de modo diferenciado entre os diferentes grupos, em prejuízo daqueles que se

apresentam à partida com maior vulnerabilidade (Robert, 1999: 495). No entanto, a articulação entre os diferentes níveis de influência social na saúde não se encontra inteiramente estabelecida. Está em aberto a questão se existe efectiva relação causal entre o contexto territorial e a saúde ou se a influência da vizinhança não passa de um indicador agregado para a posição socioeconómica das pessoas que habitam um dado território (Robert, 1999: 490). Apesar de a maioria da informação relevante para os determinantes sociais da saúde ser de nível individual, um modelo compreensivo das desigualdades sociais na saúde deve contemplar influências ao nível individual, familiar, local e societal (Starfield, 2006:14). Em paralelo, um retrato do contexto social requer algo mais que a posição socioeconómica, havendo que integrar no modelo as restantes dimensões das relações sociais.

O crescente foco nas desigualdades sociais na saúde e, por isso, nos determinantes sociais da saúde, exige uma abordagem coerente e consistente da medição da posição social, que procure integrar as diversas dimensões da desvantagem social. A estratificação social consiste num “(...) sistema de desigualdades estruturadas entre diferentes grupos de pessoas” (Giddens, 2001: 285), que atribui os benefícios diferentemente a cada um dos estratos. Se a estratificação social pode fundar-se em disposições religiosas, legais ou normativas, com base no costume, a classe social é uma forma de estratificação que assenta nas relações económicas entre os diferentes grupos (Giddens, 2001: 285). Para Marx, a definição de classe social baseia-se no controlo diferenciado dos meios de produção, conceito que, na abordagem de Wright, pode ser desagregado no controlo do capital financeiro, no controlo dos meios físicos de produção e no controlo sobre a força de trabalho. A oposição de classe adquire, para além das duas classe principais (capitalistas e trabalhadores), outras posições sociais a que chamou de localizações contraditórias de classe, que correspondem àqueles grupos que detendo o controlo de parte dos meios de produção, lhes é negado o de outros. (Giddens, 2001: 288)

Nesta oposição definem-se as diferentes classes sociais em função das relações de natureza económica, que podem adquirir múltiplas formas de diferenciação social.

O sistema de classes assenta nas relações económicas, que institucionalizam uma dada distribuição dos benefícios. A classe social é prévia à sua expressão na distribuição ocupacional, de rendimento, riqueza, educação e de status social. A esta diversidade de componentes do bem-estar, relacionados com a classe social, chamamos posição socioeconómica (Krieger et Alli, 1997: 341). Nesta perspectiva, a distribuição de vantagens e desvantagens sociais decorre da relação de classes:

Class understood as a social relation correspondingly helps explain generation, distribution, and persistence of—as well as links between—myriad specific pathways leading to social inequalities in income, wealth, and health. (Krieger et Alli, 1997: 346)

No entanto, a perspectiva de Weber identifica outros elementos de estratificação social, como o status e o partido que, tal como a classe social, geram diferenças no acesso às vantagens e desvantagens sociais (Giddens, 2001: 287). O conceito de estratificação social vai mais além do que o de divisão de classes. Este conceito é central para a avaliação das desvantagens em saúde, dado esta consistir num estado geral de bem-estar físico, mental e social e, por isso, depender de recursos e oportunidades sociais para além da esfera material da vida.⁵⁹

O posicionamento social integra, para além da expressão das diferenças de classe, as clivagens resultantes de status social e outras formas de categorização que impliquem acesso

⁵⁹ Os mecanismos psicossociais de influência na saúde adquirem crescente importância. No entanto seria abusivo estabelecer uma ligação unívoca entre a forma de estratificação social e o mecanismo de causalidade na origem das desigualdades em saúde. As desvantagens sociais resultantes de clivagens associadas a elementos não materiais não se expressam, necessariamente, através de processos psicossociais. De facto podem ter consequências na distribuição dos recursos e oportunidades materiais.

diferenciado às oportunidades da vida. A desvantagem social é, por um lado, resultado da hierarquização dos vários grupos sociais e, por outro, tem por base factos identitários e simbólicos como a raça, a etnia ou os estilos de vida, e em atitudes e expectativas sociais perante o género ou a idade. Paula Braveman e Sofia Gruskin apresentam-se como beneficiárias de uma abordagem weberiana à estratificação social:

Underlying social advantage or disadvantage refers to wealth, power, and/or prestige—that is, the attributes that define how people are grouped in social hierarchies. (Braveman e Gruskin, 2003b: 254)

Simultaneamente, há que distinguir os vários estádios da vida: a infância, a idade adulta, e a velhice, para a avaliação dos problemas sociais associados às desvantagens em saúde. Justifica-se, assim, uma abordagem dinâmica às desigualdades na saúde e aos seus determinantes. Em paralelo, as situações de desvantagem social têm na sua base processos de diferenciação social, cuja caracterização compreende dinâmicas sociais de persistência e de mobilidade na posição social das pessoas. (Krieger et Alli, 1997: 341)

Em suma, as desigualdades em saúde, objecto da influência dos modos de estratificação acima referidos, verificadas entre os grupos sociais, resultam da dinâmica, ao longo da vida, dos diferentes factores da produção saúde. A saúde é resultado da acumulação dos efeitos dos determinantes da saúde, em contraponto com a sucessão de ocorrências de saúde ao longo da vida das pessoas. Em cada momento, os determinantes da saúde podem assumir dois papéis na função de produção de saúde. Em primeiro lugar, o contexto político, social, cultural, económico, espiritual, ecológico e tecnológico; e, em segundo, as causas próximas da saúde e as intervenções do sistema de saúde. Os determinantes actuam nos diferentes níveis de agregação social relevantes para a produção de saúde: individual, familiar, comunitário, ou

local, e social. A figura seguinte procura ilustrar a função de produção da saúde, perfeitamente adequado ao modelo social da saúde, integrado neste texto.

Figura 8 - Função de produção de saúde

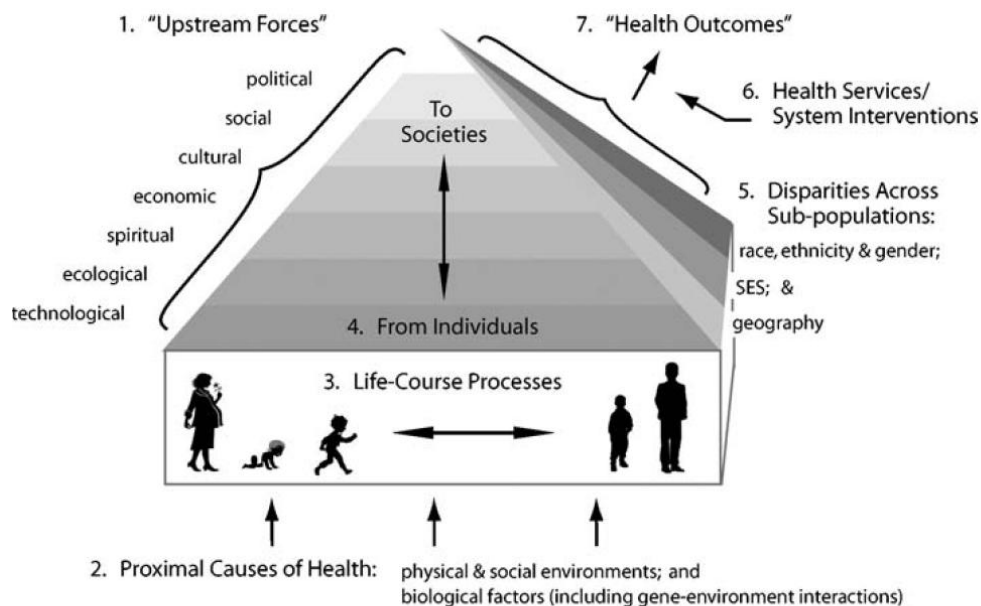


Figure 1 Canadian Institutes of Health Research—Institute of Population and Public Health (CIHR-IPPH) conceptual framework of population health.

Fonte: Etches Et Alli, 2006: 33

A operacionalização da análise das desigualdades em saúde requer, primeiro, um indicador do estado de saúde, depois, uma medida da posição social e, finalmente, um método de comparação entre os diferentes estratos (Braveman, 2006: 187; Nolen et Alli, 2005: 598). Para o efeito, há que identificar os mecanismos que relacionam os processos de hierarquização dos grupos sociais nas diferentes subpopulações, que podem ser abordados nos vários níveis de transmissão, desde o individual ao societal. Uma abordagem que explicita o carácter dinâmico das influências sociais na saúde permitirá enriquecer o conhecimento das desigualdades em saúde, procurando desenhar uma ligação directa entre o estado de saúde actual e a acumulação de ocorrências de saúde ao longo do percurso de vida das pessoas.

3.Contexto Político e Social - determinante da saúde

3.1.Contexto social e saúde

A associação entre a saúde e os seus determinantes sociais tem sido objecto de sucessivas confirmações em inúmeros estudos empíricos, que confirmam a sua persistência ao longo dos anos. Nos últimos 30 anos, tem-se verificado uma crescente desigualdade socioeconómica, acompanhada por um correspondente aumento das desigualdades na saúde. Em comparações internacionais verifica-se um efeito positivo do rendimento na saúde, cujo impacto marginal é decrescente. A partir de certos níveis de rendimento per capita o nível de saúde parece estabilizar e estar relacionado com a desigualdade económica e a coesão social, (Coburn, 2000a: 136) facto que indicia que o gradiente social de saúde se deve não só à pobreza, mas também à existência de desigualdade em toda a distribuição do rendimento (Krieger et Alli, 1997: 343). Nas palavras de Richard Wilkinson, a desigualdade económica e a diferenciação social afectam o próprio valor do gradiente:

This strongly suggests that the processes which account for the greater prevalence of these problems lower down the social scale are exacerbated by greater inequality and greater social differentiation. (Wilkinson, 2007: 1369)

A associação empírica entre a desigualdade de rendimento e saúde não deve ser interpretada como uma clara relação causal.⁶⁰ Entende-se a desigualdade do rendimento como um

⁶⁰ As ligações causais entre rendimento e saúde são múltiplas e, possivelmente, nos dois sentidos. Meramente a título de exemplo, podemos referir que se numa abordagem materialista dos determinantes sociais da saúde, se pode afirmar que o nível de rendimento é uma das causas do nível de saúde populacional, no outro sentido, o conceito de capital humano permite-nos defender que o stock de saúde é um *input* para o desenvolvimento económico. Estes dois casos indiciam a possibilidade de onexo causal entre a esfera social e a saúde ser em dois sentidos.

indicador do grau de desigualdade social e da diferenciação social. Os dados empíricos apontam para uma associação entre maiores diferenças de rendimento e menores níveis de confiança e de qualidade de vida nas comunidades mais frágeis, com mais violência, crime e comportamentos de hostilidade mais frequentes. As perdas decorrentes de desigualdades severas são resultado, também, de perdas na qualidade social, que estão associadas a níveis mais baixos de participação e de inclusão social. Todo este cenário tem evidentes implicações na saúde das populações mais desfavorecidas (Wilkinson, 2000:998).

O fardo decorrente da hierarquia social é tanto maior quanto também o for a magnitude das desigualdades sociais. Sendo maior o fardo, maiores serão as perdas de saúde evitáveis e maiores serão os efeitos nos diferentes problemas sociais (Wilkinson, 2007: 1369). As estruturas sociais muito diferenciadas convivem com desigualdades sociais extremas e com culturas de indiferença ao sofrimento, que facilitam, e promovem, mecanismos tendentes à exclusão social e à saúde muito fragilizada (Nguyen e Peschard, 2003:448-9).

O contexto social da desigualdade social assume então um papel central na saúde populacional, dados os seus efeitos na saúde dos indivíduos, das comunidades e dos grupos desfavorecidos e na saúde populacional (Coburn, 2000a: 135). Em contextos mais igualitários, espera-se não só que o gradiente social da saúde seja menos acentuado, como também que seja mais elevado o nível médio da saúde. Nesta abordagem, torna-se lícita a hipótese de as políticas sociais assumirem um papel, relevante e significativo, na redução das desigualdades:

This finding supported the expectation that egalitarian socio-economic, health care and other policies are able to bring about a substantial and permanent reduction in mortality differences. (Kunst et Alli, 1998: 1460)

3.2. Contexto político e saúde

Será lícito defender que a redução dos gradientes se deve focar nas possíveis explicações das raízes do contexto social gerador de desigualdades sociais. Coburn argumenta que falta às abordagens das desigualdades na saúde e dos respectivos determinantes sociais uma completa análise das suas causas primeiras, ou seja, das fontes da desigualdade de rendimentos e de status socioeconómico (Coburn, 2000a: 136-7). Enquadra a ligação entre desigualdade e saúde nos contextos e tendências políticas e sociais: Globalização, Neoliberalismo e crise do Estado-Providência (Coburn, 2000a: 136-7)⁶¹. A adopção acelerada de mercados livres e economias globalizadas tornaram-se as forças determinantes que explicam o aumento da desigualdade social nas últimas décadas, e que, por esta via, afectam a saúde. (Tarlov, 2000: 993) Estas dinâmicas são sustentadas pelo corpo ideológico da Nova Direita que coloca o mercado como o principal instrumento social de distribuição de recursos, presume uma sociedade atomizada em indivíduos autónomos, motivados por interesses e inclinações materiais e adopta a crença na competição como o maior veículo para a inovação (Coburn, 2000a: 138).

O neoliberalismo contribui para a mercadorização do corpo, da qual um dos exemplos mais extremos, à margem da admissibilidade legal, é o comércio de órgãos. De uma forma mais ritualizada e mediada pelas estruturas sociais de dominação, os grupos desfavorecidos trocam, no biomercado⁶², a saúde no longo prazo por ganhos de curto prazo, em benefício da saúde de longo prazo dos grupos mais favorecidos (Nguyen e Peschard, 2003: 448-9). O contexto

⁶¹ Wilkinson comentou esta observação realçando a relevância e centralidade social e política das diferenças de saúde, inclusivamente como catalisadoras da mudança social. Observou assim que as diferenças de saúde são diferenças de saúde, independentemente do regime que as gera. (Wilkinson, 2000: 998)

⁶² O bio-mercado concretiza-se através das condições de trabalho, por vezes equiparáveis à escravatura, dos imigrantes ilegais em muitos dos países mais ricos do mundo, o tráfico de mulheres, na origem social dos trabalhadores em sectores de risco, no acesso socialmente diferenciado a cuidados de saúde e de apoio social a idosos dependentes.

político tem uma influência determinante nas características das diversas dimensões do contexto social. A configuração dos determinantes sociais da saúde está embebida num sistema de valores fortemente sustentado pelas dinâmicas políticas e ideológicas. Alvin Tarlov, em comentário ao já citado artigo de Coburn, procura sintetizar as ligações entre as esferas ideológica e política e as desigualdades em saúde do seguinte modo:

In an extensively argued essay, Coburn posits that market-dominated economic and political goals (neo-liberalism) produce a chain response consisting of increasing income inequality leading to diminution in social cohesion which limits health capability. (Tarlov, 2000: 993)

Figura 9 - Neoliberalismo e seus efeitos na saúde populacional

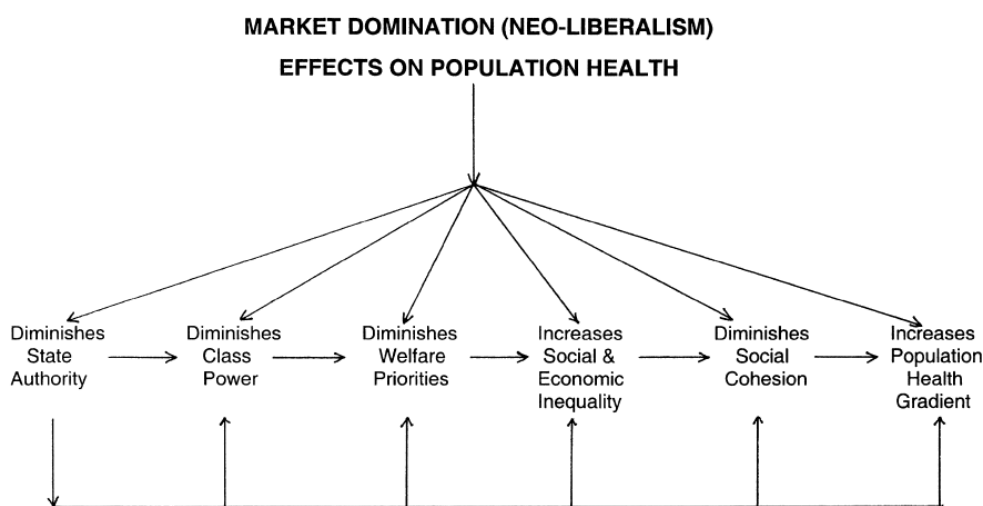


Fig. 1. A simplistic depiction of David Coburn's causal explanation of the social inequality–health gradient.

Fonte: Tarlov, 2000: 994

A figura acima procura ilustrar com detalhe essa cadeia causal que liga a dominação do mercado a um gradiente da saúde mais elevado. Os ideais do neoliberalismo têm “(...) efeitos directos na maioria das variáveis envolvidas: diminuem a autoridade do estado, reduzem o poder de classe, diminuem o nível de prioridade dos sistemas de protecção social, aumentam

as desigualdades socioeconómicas, diminuem a coesão social e reduzem os estados de saúde (em relação inversa com a posição na hierarquia social)” (Tarlov, 2000: 993).

As mudanças sociais e culturais operadas, nas últimas décadas, nomeadamente nos países de matriz ocidental, tenderam, graças a uma maior flexibilização e mobilidade das clivagens sociais, para uma maior igualdade psicossocial entre as pessoas. Esta tendência é formada por um conjunto de mudanças sociais: (i) a perspectiva da discriminação social ser ilegítima; (ii) o fim da noção que nem todos têm direito a ser ouvidos; (iii) o fim do modelo do *male bread winner*; (iv) maior tolerância, associada a normas e expectativas sociais mais flexíveis que permitem uma maior diversificação dos estilos de vida considerados aceitáveis; (v) o acesso generalizado ao controlo de natalidade e fim das pressões para a parentalidade compulsória; (vi) a maior flexibilidade nos arranjos do curso de vida individual; (vii) o acesso generalizado a meios de comunicação diversificados que impedem ou dificultam o controlo informativo por minorias (Hertzman, 2000: 1008). Dada a importância das condicionantes psicossociais, como mecanismos de transmissão da influência dos determinantes sociais na saúde, será expectável que a saúde populacional tenha melhorado também em resultado destas mudanças sociais, em função do efeito negativo das relações de dominação na saúde.

O capitalismo, em particular quando o mercado assume proeminência no acesso a bens de mérito, como a saúde, assume uma posição contraditória. Por um lado, pode argumentar-se que o reforço da influência das dinâmicas sociais associadas ao liberalismo terá contribuído positivamente para as mudanças acima descritas, pois o neoliberalismo, como ideologia, terá algum contributo para uma igualdade formal, principalmente ao nível da recusa de qualquer tipo de coerção colectiva sobre os direitos de cidadania (Hertzman, 2000: 1008).⁶³ Por outro

⁶³ Fez-se aqui uma associação directa entre o neoliberalismo, na esfera político-ideológica, e o libertarismo, no conjunto das Teorias de Justiça.

lado, em resultado das interligações presentes já atrás referidas, o capitalismo mina a confiança e coesão social, o que reduz o nível de saúde. Acresce que o bom funcionamento dos mercados carece de elevados níveis de confiança e coesão social para o seu funcionamento (Hertzman, 2000: 1008). Os diferentes efeitos, de sentido contrário, do neoliberalismo e da conseqüente mercadorização das relações sociais não terão, presume-se, a mesma magnitude. A maior desigualdade socioeconómica, ao aumentar as distâncias sociais e ao aprofundar a hierarquia social, nomeadamente por via da desagregação das estruturas de protecção social, terá impactos muito superiores aos resultantes da tendência, atrás referida, de igualização – mais relacional e simbólica – ocorrida nas últimas décadas. Concorde-se, num ponto, com Hertzman: os maiores efeitos negativos do neoliberalismo centrar-se-ão nas zonas com sociedades civis mais frágeis, em que a igualdade social está menos enraizada, do que resulta menos ganhos em saúde e maiores gradientes socioeconómicos da saúde (Hertzman, 2000: 1008).⁶⁴ A conectividade social reveste-se, assim, de especial importância na análise da ligação entre o contexto político e ideológico, a estrutura social e a saúde, facto que introduz novos elementos nos mecanismos causais na origem das desigualdades na saúde. Este conceito abrange quer as ligações informais⁶⁵, de reciprocidade e confiança, quer as formais⁶⁶ de ligação às estruturas institucionais, legais, políticas e económicas (Lynch, 2000: 1004). A redução da conectividade social terá implicações na quebra de laços sociais ou na desinstitucionalização dos direitos sociais de grupos mais vulneráveis a processos de exclusão social. Independentemente da importância relativa dos dois tipos de relações, informais ou formais, concretiza-se alguma sustentação para a influência do neoliberalismo e da globalização no aprofundamento e generalização dos processos de exclusão social por via da

⁶⁴ Segundo Hertzman, as zonas de sociedades civis mais fortes os efeitos do neoliberalismo e da globalização serão mitigados por duas vias: as redes de reciprocidade social que podem constituir estruturas de redistribuição de recursos e de resistência a relações de dominação e na capacidade de resposta política e ideológica em favor de políticas mais igualitaristas. (Hertzman, 2000: 1008).

⁶⁵ Bonding. Vd. Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.

⁶⁶ Bridging. Vd. Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.

maior diferenciação social, reforçada pelos impactos na saúde dos grupos já socialmente desfavorecidos.

Os efeitos do neoliberalismo e da globalização na deterioração da qualidade social, dada presença de níveis de desigualdade mais elevados, reside, possivelmente, nos seus efeitos nas relações de dominância. Estas hierarquias baseiam-se em poder, coerção e acesso a recursos, independentemente das necessidades dos outros. São em tudo opostas aos mecanismos de reciprocidade e confiança que suportam as conexões que suportam elevados níveis de capital social e, por conseguinte, têm impactos importantes na coesão social. As hierarquias têm sempre como consequência a distribuição, competitiva e desigual dos recursos. Estes mecanismos contrastam com as bases da cooperação humana, que fundamenta a maior igualdade na partilha de recursos. Os comportamentos de reciprocidade e confiança são a base de sociedades mais igualitárias (Wilkinson, 2000: 999). Esta distinção, entre relações sociais verticais e horizontais, remete directamente para o papel de mediador, assumido pelo capital social⁶⁷, não só da influência social, mas também, do contexto político-ideológico na saúde.

3.3. Desigualdades em saúde, resultado de processo político: a estrutura de classes

A desvantagem social reveste-se de um carácter eminentemente relacional cujas características não podem ser totalmente captadas por uma escala de posição socioeconómica, nomeadamente pelo rendimento. Para o mesmo nível de rendimentos podem identificar-se diversos graus de desvantagem, ou vantagem, social, em função do contexto social, das formas de interacção social mais determinantes para a qualidade de vida, das formas

⁶⁷ O conceito do capital social fornece elementos valiosos para a compreensão da transmissão da influência na saúde dos seus determinantes sociais. Vd. III. 4.3, nas páginas 154 e seguintes.

institucionalizadas de dominação, das redes de reciprocidade e cooperação, das características do regime de Estado-Providência.

A classe social é uma forma de estratificação relevante para a análise das desigualdades da saúde e dos seus determinantes sociais, pois a classe social baseia-se em interrelações intergrupais, fundadas na exploração material e objectiva. É, assim, um elemento essencial à compreensão do processo político na génese das desigualdades em saúde (Coburn, 2000b: 1010). Adquire, por esta via, centralidade no modelo de análise às desvantagens sociais, em conjugação com outras dimensões de clivagem social como o género, a etnia, a situação ocupacional ou a geografia.⁶⁸ No contexto dos mecanismos de exploração e alienação de classe, as diferentes classes sociais definem-se em função das relações de natureza económica, particularmente de trabalho, através da estrutura económica da sociedade. Como a qualidade de vida de uma classe terá ligação às privações de outra, então é a própria estrutura de classes que estará na origem das desigualdades sociais (Krieger et Alli, 1997: 346)⁶⁹. Esta posição que é partilhada por David Coburn:

In this model, income inequality is itself the consequence of fundamental changes in class structure which have produced not only income inequality but also numerous other forms of health-relevant social inequalities. (Coburn, 2004:43)

A abordagem focada na classe social permite relevar a importância das ligações entre o contexto ideológico e político, a estrutura social e o sistema de vantagens de desvantagens sociais e, por conseguinte, dos determinantes sociais da saúde. Nesta abordagem, a

⁶⁸ Coburn defende um modelo baseado na classe social. (Coburn, 2004: 42)

⁶⁹ “Class understood as a social relation correspondingly helps explain generation, distribution, and persistence of—as well as links between—myriad specific pathways leading to social inequalities in income, wealth, and health.” (Krieger et Alli, 1997: 346)

proeminência ideológica do neoliberalismo está intimamente ligada ao reforço das posições do capital sobre os direitos das classes trabalhadoras, fenómeno mais visível nos regimes de Estado-Providência liberais, do que nos regimes conservador ou social-democrata, argumento claramente presente na seguinte passagem de David Coburn:

Contemporary business dominance, and its accompanying neo-liberal ideology and policies, led to attacks on working class rights in the market (e.g., by undermining unions) and to citizenship rights as expressed even in the liberal (market-dependent) version of the welfare state enacted in most of the Anglo-American nations. (Coburn, 2004: 44)

Pode-se esperar impactos diferenciados do neoliberalismo e da globalização em função dos diferentes regimes de Estado-Providência e da sua resiliência ao novo contexto. Contribui para esta tese de impacto diferenciado a importância das relações de reciprocidade e cooperação, e de laços de solidariedade mais formalizados, em oposição às relações de dominância, para o sucesso das sociedades e dar resposta aos direitos dos seus cidadãos. O peso da sociedade civil, por um lado, e a configuração da estrutura de classes, por outro, contribuirão para a confirmação da tese de preponderância do mercado sobre as instituições de solidariedade alargada e do conseqüente aumento das desigualdades sociais, inclusivamente na saúde. A dimensão política e ideológica dos determinantes sociais da saúde encontra nas políticas sociais um importante mecanismo de transmissão. Nguyen e Peschard colocam esta questão da seguinte forma:

Increasing attention has been paid to linking material “determinants” of health to social policy, how social policy is translated into material action, and, more generally, to the ideological and political commitments that

shape the environments within which policy is formulated. (Nguyen e Peschard, 2003: 453)

Por sua vez, a estrutura de classes - e dos recursos de poder que lhes estão adstritos – condiciona a esfera político-ideológica que contextualiza a influência dos determinantes sociais na saúde, nomeadamente através das políticas sociais:

(...) a more complete understanding of the income inequality-health link would evolve by including neo-liberalism, global capitalism, market domination, class structure and welfare-state policies as central elements of the health inequalities discourse. (Lynch, 2000:1002)

A vontade colectiva em garantir, ou não, uma vida saudável que minimize as desigualdades socioeconómicas surge, então, como mediador da rede complexa de ligações entre a saúde e os seus determinantes sociais (Krieger et Alli, 1997: 343). Wilkinson, a seguir citado, entende as desigualdades em saúde como resultado desta incapacidade colectiva em transformar o contexto social.⁷⁰

Just as the nineteenth century public health movement transformed the physical environment in our cities by introducing sewers and clean water supplies, so an understanding of the social determinants of health has the potential to transform the social environment. (Wilkinson, 2007: 1369)

⁷⁰ A transformação do contexto social na génese das desvantagens sociais é uma das abordagens alternativas para a política de redução das desigualdades na saúde constantes na subsecção II. 4.2, nas páginas 87 e seguintes.

4.Determinantes Sociais e Saúde – ligações e percursos causais

4.1.Desvantagem social e saúde: nexos causais

A relação estatística entre a desvantagem social e as desigualdades em saúde tem sido sucessivamente identificada em diferentes contextos sociais, políticos e culturais, em diversos níveis (individual, familiar, local e social), com base em inúmeros indicadores de diferenciação social e do estado de saúde, seja na mortalidade, ou na morbidade. As pessoas dos estratos sociais desfavorecidos têm, globalmente, perspectivas de saúde piores do que as dos grupos mais favorecidos.

A transição epidemiológica resultante das melhorias na saúde pública verificadas nos últimos 150 anos, foi acompanhada por correspondente alteração na forma de expressão da desvantagem social na saúde. Se inicialmente as posições mais baixas na escala social correspondiam a piores condições habitacionais, de nutrição e de trabalho - variáveis que condicionavam desfavoravelmente o estado de saúde - no actual perfil epidemiológico são os modos de vida e os comportamentos com ela relacionados que mais influenciam o estado de saúde. Persiste, no entanto, um padrão de desigualdades em saúde que acompanha o perfil das desvantagens sociais.

A uma associação estatística não corresponde necessariamente uma relação causal, e muito menos o sentido em que esta opera os seus efeitos (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2004: 63). Temos assim, à partida, três respostas possíveis a esta questão: a tese dos determinantes sociais da saúde, a selecção por saúde e a dupla endogeneidade.

Aceitar que a estrutura social é causa da saúde, é aderir à tese dos determinantes sociais da saúde. A diferenciação social está na base da distribuição de vantagens e desvantagens sociais, que se propagam à saúde. No sentido inverso, a saúde condiciona as probabilidades de aceder a posições mais elevadas na escala social, por via de um efeito da selecção por saúde. A saúde é um meio para as oportunidades na vida, uma capacidade básica que amplia as probabilidades de aceder a posições sociais mais elevadas. Esta hipótese deriva de uma ideia meritocrática da vida em sociedade. Os efeitos do estado de saúde nas oportunidades de vida de uma pessoa merecem ser considerados. A um nível societal, a selecção por saúde não apresenta suporte que a sustente. (Deaton, 2003:118-9)

Estudos longitudinais confirmam a presença de mobilidade social, ascendente ou descendente, a que estão associadas boa ou má saúde, respectivamente, mas cuja magnitude dos efeitos é pequena. A concentração geográfica da conjugação de bolsas de pobreza e de má saúde suporta muito dificilmente a selecção por saúde. Tal implicaria movimentos migratórios selectivos em função do estado de saúde. Raciocínio similar pode ser aplicado à mobilidade social. Da prevalência da selecção por saúde resulta que o estado de saúde das pessoas é mais estável que o das classes sociais que estas integram. O nível de saúde de uma classe social seria resultado do estado de saúde dos indivíduos que a compõem, ajustando-se às sucessivas entradas e saídas que alteram a sua composição de doentes e saudáveis. A evidência empírica não confirma este padrão, o que indicia a presença de outros mecanismos causais. Em conclusão, não pode ser excluída a tese dos determinantes sociais da saúde. (Marmot, 2004a: 44-5)

Uma terceira perspectiva, a dupla endogeneidade, defende que ambas - a posição social e a saúde - são consequência de processos e dinâmicas a montante. Quer o nível educacional,

quer a presença de taxas de preferência intertemporal diferenciadas, foram apontadas como possíveis origens para a correlação entre rendimento e saúde, por força das suas influências nestas variáveis (Deaton, 2003: 118-9). Pode perfeitamente, por extensão do argumento, e de acordo com o atrás mencionado, colocar-se a hipótese de ser o contexto cultural e político que gera as dinâmicas sociais na base da distribuição de vantagens e desvantagens nas diferentes esferas da vida. A análise dinâmica das desigualdades em saúde, por sua vez, em interacção com as desvantagens sociais, demonstra padrões de influência cruzada e efeitos desfasados, que torna muito difícil a clarificação de um sentido causal único e bem determinado (Deaton, 2003: 118-9).

Neste texto, assume-se como válida a tese dos determinantes sociais da saúde. Pode-se afirmar, numa perspectiva de saúde populacional, que a estrutura social influencia o nível global de saúde e o padrão de desigualdades da saúde. A saúde das pessoas é, parcialmente, resultado do contexto social e do posicionamento específico que ocupam no sistema de vantagens e desvantagens sociais.

As conceptualizações alternativas como a selecção por saúde ou a dupla endogeneidade não são definitivamente postas de parte. Considera-se simplesmente que os efeitos da sociedade na saúde são mais amplos e profundos do que os da saúde no posicionamento social das pessoas. Resulta uma efectiva relevância para a hipótese de dupla endogeneidade. O pressuposto da prevalência da tese dos determinantes sociais da saúde será, primeiramente, uma opção operacional que pretende clarificar os mecanismos sociais na base das desigualdades em saúde. O estado da saúde deve ser, no contexto desta discussão, visto como o resultado, também de um conjunto de opções de política social, cujos potenciais instrumentos decorrerão de eventuais relações causais que vêm a saúde a jusante do contexto

social. Em segundo lugar, mesmo sabendo que, em parte, a posição social será influenciada pelo estado de saúde das pessoas, tal como também o são os modos de estratificação social, o peso e dimensão da selecção por saúde é muitas vezes menor que a importância dos determinantes sociais na saúde. Torna-se fundamental a exploração das possíveis ligações causais que transmitem a influência da estrutura social na saúde. Dos mecanismos causais que a concretizem poderá resultar um conjunto de critérios de julgamento da equidade das desigualdades em saúde, como também um contributo para a formulação de políticas que visem a erradicação das inequidades na saúde.

A maior ou menor relevância dos diferentes canais de mediação entre a desvantagem social e as suas consequências na saúde das pessoas está dependente do contexto social, político e cultural (Starfield, 2006:16-7). Este fenómeno estará associado aos diferentes modos de interacção social que dele decorrem. Verifica-se, nomeadamente em sociedades multiétnicas, um sistema plural de transmissão dos efeitos dos determinantes sociais na saúde, com perfis específicos a cada etnia. Barbara Starfield, na passagem a seguir, enuncia uma sequência de exemplos que se consideram exemplificativos da heterogeneidade dos mecanismos de causalidade:

For example, neighbourhood poverty rates and housing inadequacy are associated with increased frequency of very preterm births among African Americans whereas proportion of female-headed households is influential for Hispanics, and a low fraction of people employed in professional occupations is influential for whites.(Starfield, 2007a:1356)⁷¹

⁷¹ Estes exemplos, apesar de específicos à sociedade norte-americana, ilustram um fenómeno, cuja generalização a outras sociedades deverá ser explorada: a diferenciação social resulta não só em desigualdades na saúde, mas também em diferentes perfis epidemiológicos e em diferentes mecanismos de causalidade.

Para a análise dos determinantes sociais da saúde, a etnia, ou mesmo a raça, é conceptualizada como uma forma de categorização social que condensa, em simultâneo, múltiplas dimensões da desvantagem social. Em contraponto, há que avaliar a hipótese de a influência da raça na saúde operar-se por via das características genéticas dos indivíduos, o que estaria associado aos efeitos da diferenciação da sensibilidade genética a agressões em saúde. Por exemplo, as maiores taxas de incidência da hipertensão e diabetes que os negros norte-americanos apresentam, podem apontar para que uma distribuição de dons de saúde dependente do factor raça. No entanto, o facto de estes valores não se confirmarem nos negros das Antilhas ou da África Ocidental, valida a hipótese de estas elevadas taxas de incidência resultarem provavelmente mais de uma maior exposição a factores de risco do que de uma particular sensibilidade. As diferenças de saúde entre os diferentes grupos étnicos carecem de explicações para além da influência genética (Daniels et Alli, 2005: 344). O modelo social da saúde reforça esta posição, pois dá relevo aos aspectos da saúde mais associados à participação das pessoas na vida social e política. Nesta perspectiva, o peso de um particular factor de risco esbate-se num feixe dos múltiplos condicionantes e determinantes que condicionam e determinam a saúde. Mesmo assim, este argumento não permite que se veja a raça como uma *proxy* da posição socioeconómica. Dito de outro modo, a raça e a classe social não se substituem entre si. A raça apresenta-se como uma característica adscriptiva,⁷² que antecede as outras clivagens sociais. A raça é uma forma de estratificação social mais próxima da casta. Em resumo, a classe e a raça são codeterminantes da saúde, produzindo nela efeitos cumulativos (Daniels et Alli, 2005: 344-6).

⁷² Tradução de *ascription*, termo que pretende representar a atribuição de características a pessoas ou grupos, independentemente da sua vontade. Este neologismo foi adoptado na tradução de Lipset, Martin Seymour (1985), *Consensus and Conflict*, New Brunswick, New Jersey, Transaction Publishers, Trad. Port. Consenso e Conflito, 1ª edição, Lisboa, Gradiva, 1992, 496pp. [Trad. Port. de Rafael Marques]

Fica ultrapassada a hipótese de justificação genética para as diferenças interétnicas no estado de saúde. Ganha maior sustentação lógica, a definição de etnia como uma categorização sobretudo com fundamentos sociais, culturais, simbólicos e identitários, do que com bases ráticas ou genéticas. Reforça-se a possibilidade de a diferenciação dos mecanismos de causalidade não resultar, exclusivamente, das clivagens étnicas, podendo ser generalizável a qualquer forma de estratificação social. As formas de interacção social não são necessariamente as mesmas para todos os grupos sociais, inclusivamente em sociedades etnicamente homogéneas. Esta diferenciação torna-se mais abrupta e evidente em contextos multiétnicos, onde diferentes minorias apresentam diferentes modos de interacção e participação social. No entanto, é inteiramente plausível a hipótese de os grupos socialmente desfavorecidos o serem por um conjunto de motivos particulares à sua situação concreta. A desvantagem social é um fenómeno multidimensional e heterogéneo que se concretiza em perdas em saúde, mediado através do mecanismo causal que melhor expresse as particulares vulnerabilidades e exposições a agressões à saúde a que cada grupo social está sujeito. Poderá conviver no mesmo posicionamento da escala social, uma multiplicidade de subpopulações, cada qual com uma particular vulnerabilidade a dado mediador da influência da estrutura social na saúde. A multiplicação de mecanismos de causalidade que medeiam os determinantes sociais da saúde tem sérias implicações na formulação e implementação de políticas sociais que visem a redução, ou erradicação, das desigualdades sociais na saúde. Uma mesma política pode ter resultados diferenciados em função das formas de estratificação social, ou na identificação de subgrupos, mais relevantes (Starfield, 2007a:1356). Nesta base, Barbara Starfield defende a inclusão da equidade como dimensão de análise dos impactos de políticas, do seguinte modo:

The possibility of unintended effects on equity requires health impact assessments that explicitly include equity in health as well as overall

improvements in health. Moreover, pathways depend on relative frequency of “risks” in subpopulations as well as on differences in mechanisms of influence. (Starfield, 2007a: 1356)

O nível socioeconómico das populações não é indiferente para o estado de saúde. Os efeitos das diferentes clivagens sociais, das políticas públicas e do acesso a cuidados são tanto maiores quanto mais baixa a posição do indivíduo, ou grupo, na hierarquia social. Os grupos mais ricos têm à sua disposição um conjunto de recursos e oportunidades que lhes permitem, no mínimo, mitigar efeitos nefastos sobre a sua própria saúde. Por outro lado, a rede de laços sociais, de apoios públicos ou as características específicas dos territórios que habitam são determinantes para a qualidade de vida das pessoas pobres e mais dependentes, nomeadamente para a sua saúde (Starfield, 2007a: 1356). O posicionamento social é, deste modo, inteiramente relevante para a saúde e sua distribuição, mas não pode ser abordado através duma simples medida indirecta de controlo de recursos, como o rendimento. Neste contexto, será mais adequada uma perspectiva da escala social que integre directamente as diferentes dimensões da qualidade de vida. As condições e os modos de vida constam de qualquer indicador de privação, tanto em função de medidas do usufruto dos confortos materiais da vida, como também de indicadores de inclusão das pessoas em redes sociais, formais e informais, que demonstrem o seu nível de participação social. No contexto de análise das desigualdades na saúde, a desvantagem social, mais do que vista como pobreza material, deve ser perspectivada como privação.

4.2.Privação absoluta e privação relativa

Conceptualizar a posição socioeconómica em função de um dado grau de privação permite abordar directamente a qualidade de vida, da qual a saúde é um importante constituinte. Em segundo lugar, permite uma mais fácil e mais clara expressão da multidimensionalidade e heterogeneidade da desvantagem social e dos seus mecanismos causais para com a saúde. Finalmente, permite também enquadrar duas situações de desvantagem social que, tendo ambas possíveis efeitos negativos na saúde, merecem clara distinção.

Primeiro, há pessoas que não detêm um nível mínimo dos recursos e das oportunidades necessárias ao usufruto de uma vida decente, ou seja, que estão em privação absoluta. Em segundo lugar, a privação relativa dá relevo ao facto de os grupos sociais em desvantagem social, independente de sofrerem ou não de privação absoluta, estarem, necessariamente, pior do que outros.

Certamente que a má saúde está fortemente associada a bolsas de pobreza, mas as desigualdades em saúde não se restringem a essas subpopulações. Para posições sociais diferentes correspondem perspectivas de saúde diferentes, de que resulta o conceito de gradiente social de saúde⁷³. Mesmo após a eliminação das situações de grave privação de recursos e de condições de vida e das desigualdades no acesso a cuidados de saúde, ainda subsistem significativas desigualdades na saúde. Se a privação absoluta é facilmente associada a pior saúde, também a privação relativa tem efeitos nefastos na saúde (Marmot, 2004a: 51; Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 294). Paula Braveman e Sofia Gruskin sintetizam esta dicotomia do seguinte modo:

⁷³ Os resultados de Whitehall Study identificam desigualdades de saúde entre grupos sociais não pobres, com acesso universal a cuidados de saúde, em função das suas posições na hierarquia..

For centuries, powerful associations have been noted between health and an absolute lack of economic resources; recent evidence also suggests adverse health correlates of relative deprivation which could reflect diverse mechanisms. (Braveman e Gruskin, 2003a: 539)

Relevar os efeitos da privação absoluta, em prejuízo da importância da privação relativa, implica considerar que a associação estatística entre a desvantagem social e as desigualdades em saúde é, principalmente, consequência da ligação causal entre bolsas de pobreza e má saúde, pois a partir de um dado nível de rendimento os seus efeitos na saúde são negligenciáveis (Marmor, 2000:53). As desigualdades na saúde acontecem entre os grupos sociais com níveis de privação mais significativos e os restantes (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 86). Nesta abordagem assume-se que quer maiores perdas em saúde quer maior desigualdade socioeconómica são resultado de situações de privação mais problemáticas.⁷⁴ Qualquer relação estatística entre elas não é mais que uma expressão da centralidade da privação absoluta como determinante das perdas em saúde (Marmor, 2000:53). Aqui, para reduzir as desigualdades em saúde é inescapável um compromisso em lutar contra a pobreza⁷⁵, vista como uma expressão, no domínio dos recursos materiais, da privação e da desvantagem (Braveman e Gruskin, 2003a: 539).

No entanto, as políticas sociais de erradicação das desigualdades na saúde centradas unicamente nas populações pobres, apresentam-se pouco efectivas (Braveman e Gruskin, 2003a: 539). Mesmo em populações que vivem acima do limiar da pobreza, em condições de

⁷⁴ O termo problemático remete directamente para o conceito de Problema Social. Ou seja, pobreza (ou privação) mais problemática é aquela que se apresenta mais preocupante numa, ou em várias, das suas dimensões: incidência, intensidade, severidade, persistência.

⁷⁵ A pobreza, a exclusão social e a privação apresentam afinidades conceptuais muito fortes, dado que expressam diferentes aspectos da mesma realidade – um défice de bem-estar, a desvantagem social ao nível extremo de as condições de vida, materiais ou relacionais, não atingirem um padrão mínimo socialmente aceitável. Pode entender-se a privação como a perda de qualidade em cada uma das dimensões da vida que resulte da pobreza ou da exclusão social.

acesso fácil e generalizado a cuidados de saúde, persistem diferenças de saúde associadas ao status socioeconómico, facto que aponta para que as perdas nas perspectivas de saúde das pessoas não estejam restritas a subpopulações especialmente desfavorecidas, mas que sejam um fenómeno generalizável a todas as posições na hierarquia da sociedade, construindo assim um gradiente social da saúde. Há, no entanto, que chamar à discussão a distinção teórica entre desigualdades sociais e pobreza, ainda que, eventualmente duas formas concomitantes de desvantagem social. O acesso universal a cuidados de saúde não demonstra corresponder à eliminação do gradiente, de onde se pode inferir que as diferenças em saúde estão associadas à posição socioeconómica. Nesse caso, a magnitude do gradiente apresenta-se associado ao grau de desigualdades no rendimento (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000a: 11). Qualquer política com este objectivo deverá incidir na relação entre maior desigualdade socioeconómica e menor saúde (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 86).

É certo que sociedades mais desiguais tendem a ser sociedades menos saudáveis, nem que seja por via da concavidade da curva de Preston, que traça a relação positiva entre o rendimento per capita e a esperança média de vida. No entanto, a confirmação de ligação causal directa entre desigualdade socioeconómica e saúde não está solidamente estabelecida. Não estando estabelecida uma resposta definitiva quanto à importância relativa destas duas formas de expressão da desvantagem social, não desmerece relevância a hipótese de a prevalência de uma delas estar dependente do contexto epidemiológico, social e político da sociedade e momento histórico em análise.

Podemos, no entanto, colocar como plausível a afirmação que a desigualdade afecta a sociedade como um todo e não só as pessoas afectadas pela privação, absoluta ou relativa (Marmot, 2004a: 51). Já antes se procurou evidenciar as interligações entre as diferentes

esferas da desvantagem social, e como estas podem ser expressões de sociedades desiguais. Este enquadramento ilustra a possibilidade de os ganhos na qualidade de vida das populações serem, após a resolução da escassez global, sobretudo devidos a políticas de redistribuição que reduzam as diferenças socioeconómicas e a amplitude dos problemas sociais que constituem o falhanço social contemporâneo (Wilkinson, 2007: 1369).

Em alternativa, pode considerar-se que a origem do gradiente da saúde não reside nas desigualdades socioeconómicas, mas sim na posição social que cada um ocupa. Não podemos vê-las univocamente como a causa das desigualdades na saúde, já que aquela depende de processos históricos complexos, baseados em estruturas de causas e determinantes multidimensionais (Lynch, 2000:1001).

(...) a more unequal society becomes more dominated by status competition and class differentiation and suffers a more widespread health disadvantage as a result. (Wilkinson et Al, 2006:1775)

As comparações interpessoais que resultem destes processo de diferenciação ocorrem entre pares, em função de mecanismos identitários, que não serão generalizáveis a toda a escala social. Este argumento poderia levar a aceitar que a transmissão causal entre a privação relativa e o ónus em saúde estaria confinada ao interior de grupos e categorias sociais estruturados por mecanismos de forte identificação entre os seus elementos (Wilkinson et Al, 2006: 1776).

Nesta abordagem, o rendimento, para além de um determinante da saúde, será necessariamente um marcador de grande visibilidade do posicionamento na escala social, que permite que os mecanismos de comparação interpessoal se processem para além das posições

sociais mais próximas. Em toda a sua distribuição, as vantagens e desvantagens sociais tornam-se visíveis e relevantes (Wilkinson et Al, 2006: 1776).

Em suma, sustenta-se a tese, anteriormente avançada, que a privação permite abordar os diferentes aspectos da desvantagem social de uma forma adequada à análise das desigualdades na saúde. As duas formas aqui discutidas - a privação absoluta e a privação relativa - referem-se a diferentes mecanismos de transmissão entre a desvantagem social e as desigualdades na saúde. Na primeira, os efeitos da desvantagem na saúde concentram-se nos grupos sociais mais desprovidos e devem-se a falhas no acesso aos recursos de saúde. A segunda, observa-se ao longo de toda a escala social e resulta dos efeitos da desigualdade social ou da comparação interpessoal. A heterogeneidade dos aspectos que compõem a saúde, em paralelo com a multiplicidade dos seus determinantes, permitem a convivência das duas formas de privação nas sociedades actuais.

4.3. Capital social: mediador da influência social na saúde

A privação, neste contexto, procurando condensar as diferentes formas de desvantagem social, associada às múltiplas clivagens sociais, não se pode resumir apenas aos elementos de privação material, mas também a fracas afiliações sociais. Importa assim avaliar a articulação entre as relações de dominância, de reciprocidade e confiança, que constituem o capital social, já atrás afloradas pelo seu papel na articulação entre o contexto político e social e a saúde.

Mais genericamente, o conceito de capital social permite estruturar a análise dos efeitos das redes de reciprocidade e confiança, das normas e valores sociais e dos mecanismos de integração e controlo social, na mediação entre a desigualdade e a saúde. O capital social

afecta a saúde por via de diversos mecanismos: (i) ser uma fonte de auto-estima e respeito mútuo; (ii) por aumentar o acesso a serviços e apoios locais; (iii) por promover a adopção de normas de comportamentos saudáveis e o controlo social sobre comportamentos de risco; (iv) por transmitir informação acerca da saúde e por prevenir o crime violento (Mohseni e Lindstrom, 2007: 1374). Contribui para uma sociedade civil forte, densa e dinâmica que garante a participação social e política dos grupos sociais mais desfavorecidos, que pode resultar numa igualdade social mais enraizada, com mais ganhos de saúde e menor gradiente social da saúde (Hertzman, 2000: 1008).

Por sua vez Islam, e os restantes co-autores de uma revisão de literatura acerca da associação entre capital social e saúde (Islam et Alii (2006), identificaram várias definições alternativas para o conceito de capital social. Se Pierre Bourdieu o definiu como o agregado de recursos associados a redes de relações de proximidade e gratidão⁷⁶, já Glen Loury deu relevo às relações sociais entre as pessoas que promovem a sua aquisição de competências⁷⁷. Outros autores, nas suas definições, propuseram redacções alternativas do conceito: Coleman descreveu o capital social como um aspecto da estrutura social que facilita as acções individuais⁷⁸; Putman, como as características da organização social como a confiança, normas e redes que melhoram a eficiência social ao coordenarem as acções⁷⁹, individuais ou colectivas, e, por último, Portes, que deu relevo à capacidade dos indivíduos em comandar

⁷⁶ “(...) the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance or recognition” Bourdieu, P (1986), “The forms of capital”. In: Richardson J. G. (ed) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood 1986, 241-258.p248 citado em (Islam et Alli, 2006:8)

⁷⁷ “(...) naturally occurring social relationships among persons which promote or assist the acquisition of skills and traits valued in the marketplace(...)” Loury G (1977), “A Dynamic Theory of Radical Income Differences”, in *Women, Minorities and Employment Discrimination*, P. Wallace and A. LeMund, eds., Lexington: Lexington Books, 1977:p100 citado em (Islam et Alli, 2006:9)

⁷⁸ “(...) consist of some aspect of social structure and they facilitate certain actions of individuals who are within the structure” Coleman JS (1990), *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1990: p.302. citado em (Islam et Alli, 2006:9)

⁷⁹ “(...) refers to features of social organization, such as trust, norms and networks that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions” Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R (1993), *Making Democracy Work: Civic Tradition in Modern Italy*, Princeton: Princeton University Press, 1993: p.167. citado em (Islam et Alli, 2006:9).

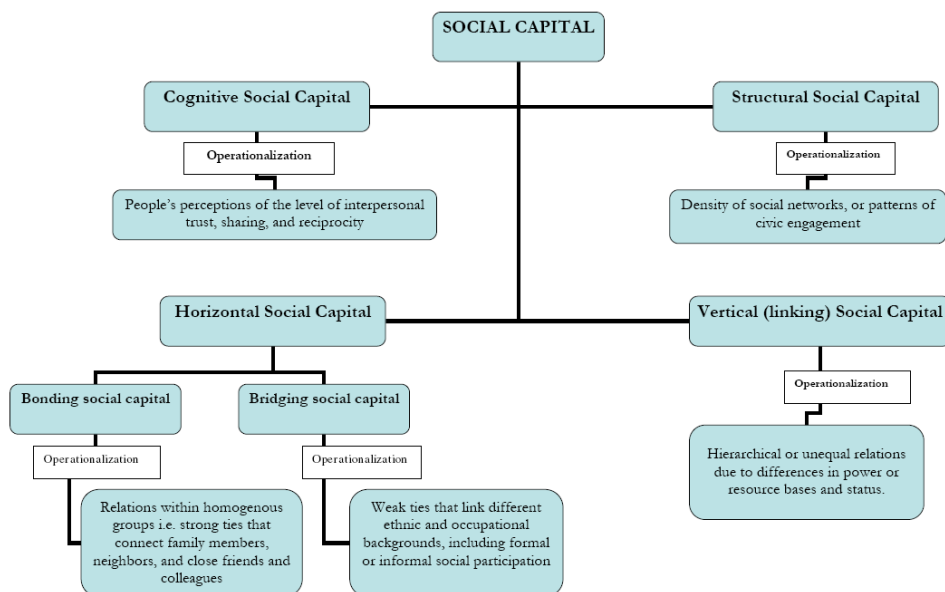
recursos escassos graças à sua pertença a redes ou à estrutura social⁸⁰ (Islam et Alii (2006): 8-9).

O capital social comporta três dimensões: a confiança e reciprocidade, a eficácia colectiva e, por último, a participação voluntária e a integração social. Gera externalidades positivas entre os membros do grupo, atingidas por via de confiança mútua, normas e valores partilhados, que tomam forma graças a modos de organização informal em redes sociais e de associação (Islam et Alii (2006): 9).

É possível observar na figura abaixo como o conceito de capital social se divide nos seus diferentes componentes: as dimensões cognitiva e estrutural. O capital social cognitivo prende-se com as percepções acerca das normas, valores, atitudes e crenças das pessoas. No que respeita a saúde, dá forma a normas comportamentais, garante o controlo de comportamentos de risco, a provisão de ajuda e de apoio mútuos e da troca de informações. (Islam et Alli, 2006:10) O capital social estrutural tem a ver com a organização social, a densidade das redes sociais e os padrões de envolvimento cívico, influenciando a sua extensão e intensidade. Fornece as bases contextuais para a concretização do capital social em relações horizontais e em relações verticais, também evidenciadas na figura (Islam et Alli, 2006:11).

⁸⁰ “(...) refers to the capacity of individuals to command scarce resources by virtue of their membership in networks or broader social structure” Portes A (1998), “Social capital: its origins and applications in modern sociology”, *Annual Review of Sociology* 24: 1-24: p.12, citado por (Islam et Alli, 2006:9)

Figura 10 - Diferentes dimensões do conceito de capital social



(Islam et Alli, 2006:11)

As ligações verticais devem-se a diferenças de poder, de recursos e de status, são importantes pelas consequências das relações hierárquicas e desiguais, nomeadamente na saúde (Islam et Alli, 2006:10).⁸¹ Finalmente, as relações horizontais são importantes por duas vias. As relações de *bonding*, por definição, internas a grupos homogéneos, são, por exemplo, os laços entre os elementos da mesma família, vizinhos, colegas ou amigos. Permitem a operacionalização do estabelecimento de normas e formas de controlo social de proximidade, geram redes de apoio mútuo e de protecção dos mais vulneráveis. As relações de *bridging*⁸² procuram aquele que é diferente. Frequentemente mais frágeis, unem entre diferentes etnias, diferentes grupos profissionais ou níveis educacionais. Permitem o acesso e difusão entre diferentes classes sociais, seja por canais formais ou informais. Delas depende o dinamismo da sociedade civil e das redes alargadas de solidariedade, mesmo em sociedades interétnicas.

⁸¹ As relações verticais estabelecem hierarquias e relações de poder que, em função da diferenciação social, integram elementos de stress, falta de domínio e controlo da vida que se constituem como fontes de perdas na saúde das pessoas.

⁸² Conceitos de *bonding* e de *bridging* foram inicialmente apresentados por Granovetter (Granovetter, M. (1973). The strength of weak ties. *Am. J. Sociol.*, 78, 1360-1380).

Impede o isolamento de grupos desfavorecidos em guetos de exclusão social, que podem ser associados a níveis de capital social muito baixos (Islam et Alli, 2006: 11).

É importante realçar que as redes sociais densas, indicadoras de elevado capital social, não são necessariamente benéficas para a saúde: a exclusão de não-membros, as exigências excessivas sobre os elementos bem sucedidos das comunidades, as restrições às liberdades individuais e a redução ao mínimo denominador das normas sociais podem bloquear o acesso de grupos especialmente desfavorecidos à participação na sociedade geral. As dinâmicas de grupo tanto podem sustentar estilos de vida saudável como comportamentos de risco.⁸³ (Islam et Alli, 2006:13)

Procurando investigar a relação entre a densidade das ligações, expressas em confiança institucional no sistema de cuidados de saúde, e a saúde auto percebida, Mohseni e Linstrom recorreram aos dados resultantes de inquérito de saúde à população da região da Scania no Sul da Suécia, que totalizou 27.793 respostas completas. Foi seleccionada como variável dependente a saúde auto-percebida⁸⁴, numa escala de cinco níveis, que foi dicotomizada em duas categorizações: boa e má saúde. As variáveis explicativas consideradas relevantes foram a idade, por grupos etários, nível educacional, país de origem, stress económico, confiança genérica nas outras pessoas (*bonding*), confiança no sistema de saúde (*bridging*) e procura activa de cuidados de saúde. Todas as análises foram estratificadas por género. Os autores conduziram uma análise multivariada com recurso a uma regressão logística de modo a aferir o peso das variáveis de contexto social na relação entre a confiança institucional e a saúde. (Mohseni e Lindstrom, 2007: 1376-7)

⁸³ Comportamentos aditivos estão associados a dinâmicas de grupos, normalmente de jovens. (Islam et Alli, 2006:13)

⁸⁴ *Self-rated health*

O quadro abaixo, retirado do artigo aqui citado, confirma a associação, estatisticamente significativa, entre menores níveis de confiança e a auto-percepção de má saúde, mesmo com a inclusão das diferentes variáveis de contexto. Mesmo com a inclusão sucessiva destas variáveis os *odds ratios* permanecem significativamente diferentes de 1 para os níveis mais baixos de confiança institucional, nos homens e nas mulheres (Mohseni e Lindstrom, 2007: 1377).

Quadro 4 - Relação entre confiança institucional e auto-percepção de má saúde - odds ratios

Table 3
Crude and multivariate odds ratios with 95% confidence intervals (OR:s, 95% CI:s) of vertical trust in relation to poor self-rated health

| Institutional trust in health-care system | OR (95% CI) ^a | OR (95% CI) ^b | OR (95% CI) ^c |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Men</i> | | | |
| Very high trust | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| Rather high trust | 1.1(1.0–1.3) | 1.2(1.0–1.3) | 1.1(0.9–1.2) |
| Not high | 1.8(1.6–2.1) | 1.6(1.4–1.8) | 1.4(1.2–1.6) |
| No trust at all | 3.1(2.4–4.0) | 2.5(1.9–3.3) | 1.9(1.5–2.6) |
| No opinion | 1.2(0.8–1.8) | 0.9(0.6–1.5) | 0.9(0.6–1.6) |
| <i>Women</i> | | | |
| Very high trust | 1.0 | 1.0 | 1.0 |
| Rather high trust | 1.1(1.0–1.2) | 1.2(1.0–1.3) | 1.1(1.1–1.3) |
| Not high | 2.0(1.8–2.3) | 1.8(1.6–2.1) | 1.5(1.3–1.8) |
| No trust at all | 4.6(3.6–5.9) | 3.7(2.8–5.0) | 2.6(1.9–3.6) |
| No opinion | 1.1(0.8–1.6) | 0.9(0.6–1.4) | 0.9(0.6–1.5) |

The Public Health Survey in Scania 2004.

^aAdjusted for age.

^bAdjusted for age, country of origin, education, economic stress, and horizontal trust.

^cAdjusted for age, country of origin, education, economic stress, horizontal trust, and care-seeking behaviour.

Fonte: Mohseni e Lindstrom, 2007: 1379

Importa no entanto salientar que o estudo, sendo *cross-section*, não permite qualquer tipo de inferência quanto ao sentido e dos mecanismos de causalidade entre a confiança institucional e a saúde, sendo necessário para tal o recurso a dados de painel, que permitem um estudo longitudinal. No entanto a confirmação desta associação, seja em que sentido for a causalidade, ambos plausíveis, tem sérias implicações quanto ao exercício do direito à saúde que não podem ser desvalorizadas.

Permanece a questão de se saber quais os laços sociais que contêm um impacto mais relevante na saúde das pessoas: as que estão associadas a redes informais de confiança e reciprocidade ou as que unem a estrutura à acção, o macro ao micro, o contexto social ao indivíduo (Lynch, 2000: 1003-4). Pode afirmar-se que, nestas situações, as pessoas se encontram em desvantagem social, devido a processos de exclusão social, seja devido à sucessiva quebra dos laços sociais, seja pela não realização dos direitos de cidadania. Assim, na primeira alternativa, pode-se falar em perdas de saúde em resultado de processos de desafiliação e de desqualificação; na segunda, discutem-se os efeitos da não concretização dos direitos no seu exercício pleno. Esta mesma questão é colocada do seguinte modo, por Lynch:

Are the poorer health profiles of these disadvantaged communities better understood in terms of their levels of trust, reciprocity, hostility and quality of informal social relations, or through understanding the institutional social connectedness of these disadvantaged groups in terms of their political, economic, legal and other formal-vertical connections? (Lynch, 2000: 1004)

Esteja um dado grupo social sujeito a menores qualidade e densidade das relações sociais entre os seus elementos, ou à maior fragilidade das ligações sociais entre o grupo e a restante sociedade, em ambos os casos, a natureza da desvantagem reside nas dimensões relacionais da privação. Dito de outra forma, esse grupo social encontra-se em privação em consequência de um baixo nível de capital social.

Em suma, abordar a desvantagem social através da privação permite um perspectiva multidimensional da desvantagem social, que compreenda as diferentes dimensões da qualidade de vida: os recursos, as oportunidades, os direitos e o capital social. Acresce que,

em cada uma das dimensões, distinguir a privação absoluta da privação relativa torna-se central para um mais completo conhecimento dos processos na génese das desigualdades na saúde. A formulação e implementação de políticas de erradicação destas desigualdades são devedoras da explicitação dos efeitos de ambas as formas de desvantagem social. Estes permitirão a decisão informada entre políticas focadas nas populações especialmente privadas de recursos, oportunidades, laços e apoios sociais, ou dirigidas para processos generalizados de diferenciação social, que dão origem a desigualdades na saúde ao longo de toda a escala social.

4.4. Abordagens neo-materialista e psicossocial

Outra tensão importante ocorre na fronteira entre as causas psicossociais e as causas materiais das desigualdades em saúde. Se nas sociedades mais afluentes ser pobre tem mais a ver com a incapacidade de participação plena na sociedade ou de controlar suficientemente a sua vida (Marmot, 2004a: 51-2), nos países mais pobres do mundo o fardo de má saúde é, primordialmente, resultado de doenças infecciosas associadas a más condições ambientais e má nutrição (Marmot, 2004: 320). Do mesmo modo, no actual perfil epidemiológico dos países desenvolvidos, o nível saúde aparenta ser mais determinado pela desigualdade do que pelo rendimento per capita.⁸⁵ No caso da mortalidade, esta associação é particularizada por Deaton:

(...) there is a strong appeal to the idea that before the epidemiological transition, income determines mortality, while after it income inequality determines mortality (...) (Deaton, 2003: 151)⁸⁶

⁸⁵ A relação entre esperança média de vida e rendimento per capita evidencia que a partir de um dado nível, a correlação entre as variáveis diminui.

⁸⁶ A transição epidemiológica corresponde à alteração do perfil da mortalidade e morbilidade ocorrida durante o século XX, nos países mais ricos. Corresponde a um conjunto de fenómenos associados como o

Existem sólidas razões para sustentar que os mecanismos de ligação causal, que transmitem a influência dos determinantes sociais para a saúde, se ajustam ao nível de desenvolvimento social e económico e ao perfil epidemiológico. Nas sociedades mais pobres, a desvantagem social concretiza-se em má saúde por via de piores condições de vida materiais, já nos países ricos, a qualidade das relações de poder, o contexto cultural e os padrões comportamentais são centrais na determinação da saúde. Cita-se, novamente, Deaton, que centrado na mortalidade, ilustra esta dupla natureza dos mecanismos de causalidade:

(...) in poor countries, income protects against poor sanitation, unhealthy working and living arrangements, poor nutrition, and a plethora of infectious diseases; that in rich countries, where these evils are but distant memories, income inequality is an indicator of the quality of social arrangements, of stress, and of mortality. (Deaton, 2003: 151)

Sob enquadramento de cada contexto, e em sua consequência, sob influência do nível e da caracterização dos modos, que lhe são particulares, de formação do capital social, os mecanismos de ligação entre desigualdade e saúde podem ser categorizados em função de duas perspectivas (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002: 297):

- uma, neo-materialista, que evidencia, o acesso reduzido a oportunidades de vida, a recursos materiais e a estruturas de oportunidade e a maior, ou a menor, dificuldade em atingir os recursos necessários ao usufruto de bens públicos e sociais, como os mediadores privilegiados da desvantagem social na formação das desigualdades na saúde;

diminuição da mortalidade nas crianças e jovens adultos, na diminuição da prevalência e severidade das doenças de declaração obrigatória, nestes grupos etários e, em contrapartida, no aumento de doenças crónicas e das situações de incapacidade de longo prazo, principalmente nos idosos.

- outras, psicossocial, que considera mais significativos os ónus em saúde decorrentes do desespero, da falta de controlo sobre a vida, da falta de auto-estima e de respeito, da maior instabilidade emocional e maior stress.⁸⁷

Os efeitos da desigualdade de rendimentos, vista como diferentes capacidades de controlo dos recursos, condiciona as oportunidades dos grupos mais desfavorecidos de ultrapassarem, ou mitigarem, os efeitos de ocorrências negativas de saúde. As condições materiais de vida, dependendo do contexto histórico, político, cultural e económico, influenciam o padrão de infra-estruturas colectivas ao serviço da qualidade de vida das populações. Estas afectam as políticas de educação, saúde, transportes, higiene saúde e segurança no trabalho, nutrição, urbanismo e habitação, ambiente (Lynch, 2000:1001). O papel das políticas sociais na distribuição dos recursos materiais, que por sua vez são determinantes da saúde, torna-as centrais para a erradicação das desigualdades na saúde.

Paradoxalmente, a ligação, não totalmente estabelecida, entre desigualdade socioeconómica, coesão social e saúde, abre espaço para a relevância dos mecanismos psicossociais entre a posição social e a saúde, o que pode contribuir para dar maior legitimação à hipótese de o poder explicativo das condições materiais e objectivas de vida na saúde não ser total (Coburn, 2000a: 136). A própria diferenciação social gera sentimentos negativos que se transmitem para o estado de saúde pelo sistema neurotransmissor ou por comportamentos de risco. As percepções de baixo estatuto social têm consequências na saúde, por um lado, por via de efeitos directos do stress no estado de saúde individual e, por outro lado, por intermédio das interacções sociais (Lynch, 2000:1001).

⁸⁷“(…) the psycho-social channels relating inequality to health status within countries are numerous and rather general, many observers argue that those lower in SES show lowered self-esteem, lack of control, more harmful emotional reactions to life events, higher stress or the like.” (Coburn, 2000a: 136)

Concretizando, podemos afirmar que várias variáveis psicossociais foram reconhecidas como factores de risco de doenças crónicas e associadas a maiores mortalidade, morbidade e incapacidades e dependências, como a adopção de comportamentos de risco, a falta de laços sociais e de apoio, o stress agudo e crónico e a falha de auto-eficácia, de domínio e controlo da vida (Herzog et Alli, 1994:214). Os apoios sociais, formais ou informais, diminuem a vulnerabilidade a agressões em saúde. As pessoas com menos laços sociais estão mais sujeitas a perdas de saúde mais severas. O ambiente psicossocial de trabalho remete para um baixo nível de controlo do ambiente de trabalho e as consequentes exigências psicológicas. Níveis elevados de hostilidade nas interacções sociais afectam seriamente a saúde, inclusivamente as taxas de mortalidade (Marmot, 2004a: 52-4).

A ligação entre desigualdade e saúde pode ser explicada com recurso ao stress psicossocial associado a duas possíveis estratégias, de afiliação e solidariedade social ou de dominação, conflito e submissão. A primeira predomina nas sociedades mais igualitárias, a segunda corresponde a níveis de desigualdade mais elevados. A desigualdade é, em si, socialmente corrosiva gerando mais violência, menores níveis de confiança e menor capital social. Os factores psicossociológicos não serão negligenciáveis. Um baixo estatuto social implica menor controlo sobre as próprias vidas, maior stress e, por estas vias, maiores níveis de hostilidade e de violência.⁸⁸ São as auto-percepções das pessoas sujeitas a desvantagens injustas que estão na génese de comportamentos violentos ou, dito de outro modo, nas palavras de Richard Wilkinson e Kate Picket: "Feeling disrespected, put down and humiliated is much the most frequent trigger to violence" (Wilkinson et Al, 2006:1778). Pode, mesmo, afirmar-se que os efeitos na saúde dos mecanismos psicossociais são semelhantes aos de um

⁸⁸ "What matters most are uncontrollable threats to ones social esteem, value and status." (Wilkinson et Al, 2006:1778)

envelhecimento precoce, fenómeno evidente na seguinte passagem de um artigo de Wilkinson:

The powerful biological effects of psychosocial pathways to disease seem to hinge primarily on the effects of chronic physiological arousal, which appears to have widespread health effects analogous to more rapid ageing.
(Wilkinson, 2000: 999)⁸⁹

A relevância dos mediadores psicossociais da influência do contexto social na saúde torna-se particularmente evidente com a crescente centralidade dos comportamentos individuais na saúde. Curiosamente, a adopção de comportamentos de risco partilham, com a generalidade dos problemas sociais comportamentais, gradientes sociais que indiciam a relevância do posicionamento e do contexto sociais para a sua compreensão.

Haverá certamente um espaço importante para a influência dos mecanismos psicossociais, mas não pode ser desvalorizado o papel central da distribuição de recursos e oportunidades na construção dos padrões de comportamento das pessoas (Wilkinson, 2007: 1368). Pode-se afirmar que os mecanismos psicossociais ampliam e reforçam as diferenças geradas pela diferenciação social. As relações verticais, de domínio e poder, têm-lhes associadas distribuições desiguais de meios materiais e relacionais de vida. Têm como consequência um menor controlo dos factos da vida e, assim, uma maior exposição a factores de stress agudo, como o desemprego e o crime, ou crónico, a privação económica e a desagregação familiar. Devido à privação, verificam-se laços sociais em frequente risco de ruptura, quadro que contribui para comportamentos de risco. Em simultâneo, os meios para a adopção de estilos de vida saudável tornam-se menos disponíveis e acessíveis (Herzog et Alli, 1994: 214).

⁸⁹ Wilkinson, nesta passagem, cita Sapolsky, R. M. (1998). *Why zebras don't get ulcers. A guide to stress, stress-related disease and coping* (2nd ed.). NY: WH Freeman.

5.A privação: uma abordagem multidimensional às desigualdades na saúde

A função de produção em saúde tem dimensões colectivas, de grupo, que não podem ser desvalorizadas. Se, nos diferentes níveis de agregação, a saúde populacional resulta necessariamente da soma da saúde dos diferentes indivíduos, também a saúde individual é afectada pela pertença a um dado grupo, num certo contexto, num território particular. Existem influências cruzadas entre os diferentes níveis que operam na produção de saúde, nomeadamente as diferenças na saúde individual e o nível e a equidade verificados na saúde populacional.

A saúde é um elemento central da qualidade de vida, das oportunidades e das capacidades das pessoas, cuja distribuição tem é um contributo relevante para a percepção do gradiente social global, e do seu grau de justiça e legitimidade social. Richard Wilkinson entende que a formação de uma vontade colectiva transformadora do contexto social, político e ideológico, seja tributária de uma preocupação generalizada com as desigualdades sociais na saúde. Deste modo, a defesa da tese dos determinantes sociais da saúde e da correspondente acumulação de evidência estatística dão contributos significativos para a formulação de políticas sociais de erradicação das desigualdades. (Wilkinson, 2007: 1369)

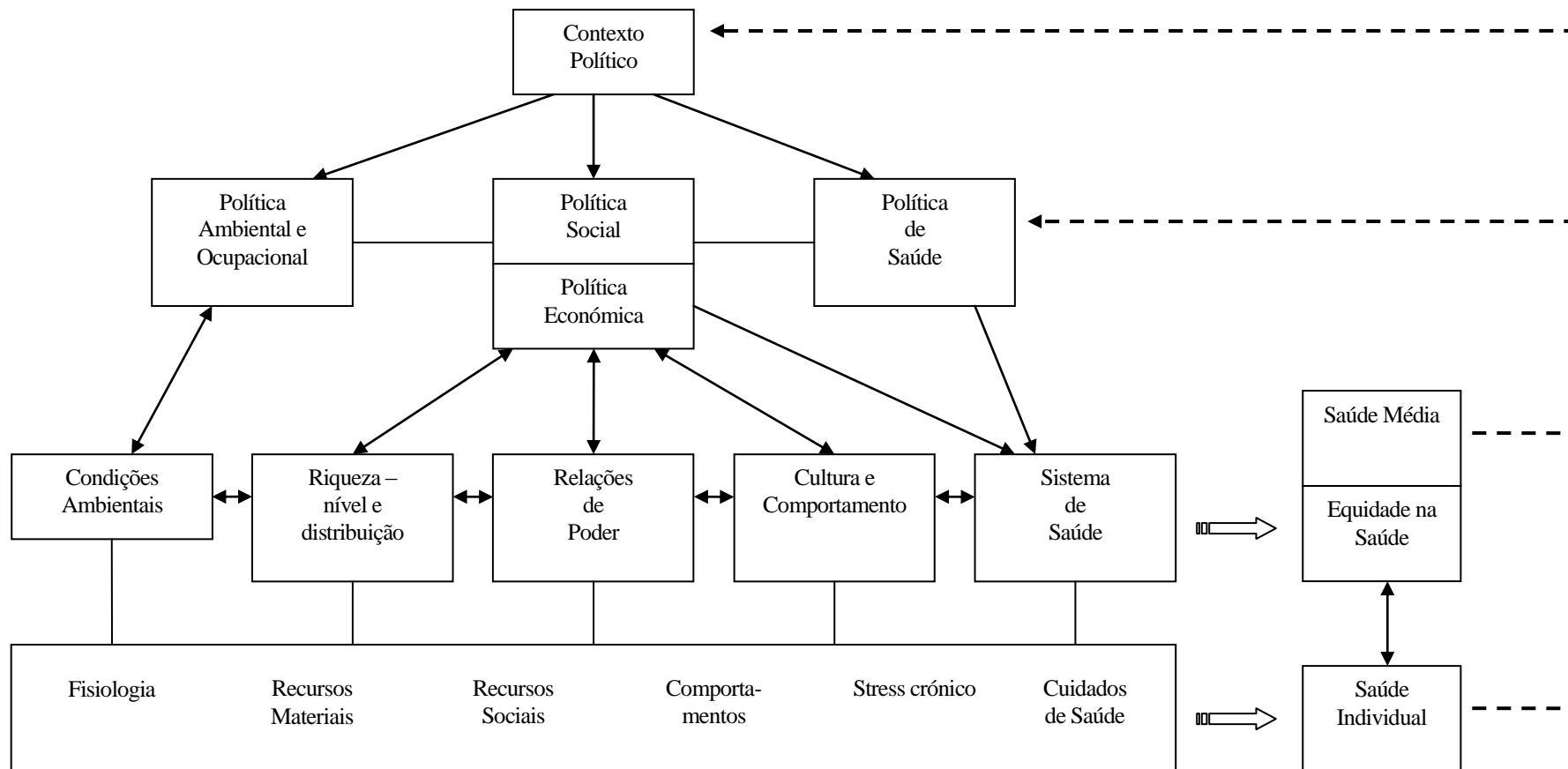
O contexto político-ideológico expressa a sua influência na saúde através das diferentes políticas sectoriais que, por sua vez, afectam a distribuição multidimensional das vantagens e desvantagens sociais. A rede de influências entre as políticas públicas e as diferentes dimensões que compõem o vector dos determinantes sociais da saúde pode ser descrita sucintamente do seguinte modo:

- (i) A política ambiental e ocupacional afecta as condições ambientais;
- (ii) a política social e a política económica interagem com o nível e distribuição de recursos, as relações de poder e com as condicionantes culturais e os padrões e normas comportamentais;
- (iii) O sistema de saúde é, particularmente, afectado pelas políticas de saúde, mas também pelas políticas sociais e económicas.

Finalmente, se a estrutura das desvantagens (e vantagens) sociais afecta directamente a saúde populacional, no seu nível e equidade, também tem reprodução, ao nível individual, num vector de determinantes da saúde individual, concretizáveis em níveis de exposição e vulnerabilidade aos factores de risco em saúde. Este vector de determinantes da saúde individual será composto por elementos fisiológicos, recursos materiais e sociais, comportamentos, stress e pelo acesso a cuidados de saúde.

O conceito de privação adquire uma posição central para a compreensão dos mecanismos de causalidade que explicam a influência dos determinantes sociais na saúde. Estes compreendem mediadores tais como: (i) o acesso desigual a recursos e oportunidades, (ii) educação, (iii) empregos com baixo risco de saúde, (iv) cuidados de saúde, (v) coesão social reduzida; (vi) distorções na participação política e (vii) os efeitos da falta de auto-controlo no stress individual (Daniels, Kennedy e Kawachi, 2000b: 87). Por sua vez, o conceito de privação, esta vista como as limitações às liberdades de usufruir de uma vida boa, enquadra não só as diversas dimensões de acesso às condições materiais de vida, mas também as múltiplas formas de inserção das pessoas em redes de laços sociais. A figura constante da página seguinte procura esquematizar a rede de ligações entre o contexto social e político e a saúde.

Figura 11 - Ligações causais entre saúde e contexto social e político



Fontes: Starfield,2007; Braveman, 2007 e Wilkinson, 2007, adaptado

Esta abordagem às desigualdades em saúde que assenta num conceito multidimensional de desvantagem social, concretizado através da privação, evita, em simultâneo, uma perspectiva unicamente focada na distribuição dos recursos económicos e uma abordagem *welfarista* do bem-estar totalmente centrada na comparação interpessoal dos benefícios psicológicos que as pessoas retiram do acesso aos bens postos à sua disposição. Torna, talvez, possível conciliar a tensão existente entre ambas, tão presente na seguinte frase de Amartya Sen:

Mental reactions, the mainstay of classical utility, can be a very defective basis for the analysis of deprivation. Thus, in understanding poverty and inequality, there is a strong case for looking at real deprivation and not merely at mental reactions to that deprivation. (Lynch, 2000:1003)⁹⁰

⁹⁰ Citando Sen, A. (1999). “The possibility of social choice”, *American Economic Review*, 89, 349-378 – pag. 363

IV. ENVELHECIMENTO

1.Envelhecimento – problema social

1.1.Envelhecimento – processo individual e social

O envelhecimento é um processo simultaneamente individual e social. As mudanças estruturais e funcionais sofridas pelos organismos - de que resultam uma crescente sensibilidade à doença - maiores dependência e incapacidades, são características observáveis nos indivíduos em envelhecimento. Ao nível individual, equivale ao declínio funcional das pessoas, seja fisiológico, mental ou relacional. Quando está associado a transições sociais, como a aposentação ou a viuvez, em conjunção com a alteração dos papéis e representações sociais, no caso, a saídas sucessivas dos diferentes palcos da vida, torna-se um fenómeno social (Tibbits, 1951b: 944). O envelhecimento social está intimamente ligado à dependência, à vulnerabilidade e à perda de direitos. No seu contrário, o envelhecimento também pode ser a perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos idosos, do prolongamento da vida activa e da participação, como elementos activos e úteis, na sociedade.

Uma performance e uma auto-suficiência satisfatórias podem ser prolongadas durante a vida, mesmo apesar da deterioração das funções fisiológicas. Por exemplo, as capacidades mentais que persistem até idades bastante avançadas (Tibbits, 1951a: 178). Podem facilmente identificar-se dois indivíduos da mesma idade com perdas de funções fisiológicas significativamente diferentes. Nestes casos será lícito afirmar que um deles está mais envelhecido que o outro.

Abordando o envelhecimento como uma questão de saúde populacional, também será expectável encontrar, no mesmo grupo etário, diferentes níveis de incapacidades funcionais e

de participação social em diferentes estratos sociais. No actual contexto epidemiológico dos países mais ricos, os grupos sociais mais desfavorecidos tenderão a sofrer os efeitos da expansão da morbilidade, concretizada em mais anos de doenças crónicas e incapacidades de longo prazo. O seu contrário, a compressão da morbilidade, está associado ao envelhecimento activo, que resulta de um conjunto de investimentos passados em saúde, nomeadamente através da adopção de estilos de vida saudável. Os factores desta compressão, que actuam ao longo da vida, segundo o excerto de Aboderin et Alli, a seguir citado, colocam-na na esfera de influência do contexto social:

The factors thought to underpin this compression of disability – advancement pharmaceutical or surgical treatments on one hand and basic factors such as enhanced maternal nutrition, less exposure to childhood infections and educations and financial resources throughout life on the other – indicate the crucial influences of socioeconomic advancement and expanding health care provision and expenditure. (Aboderin et Alli, 2002: 244)

O envelhecimento pode ser abordado como problema social, também devido, em parte, aos papéis sociais, passivos, atribuídos aos idosos. Os arranjos institucionais contribuem para a ausência de soluções que permitam a continuidade da vida destas pessoas como elementos participantes, e úteis, na família, na comunidade e na sociedade. A velhice é uma categoria social primordialmente produzida pelas políticas públicas de protecção social, e pela massificação que lhe está associada. A generalização e maturidade dos Estados-Providência no terceiro quartel do século XX sustentaram a perspectiva de um curso de vida organizado em torno do emprego e, conseqüentemente, em grandes grupos etários: os jovens, os adultos e os idosos.

O último quartel do século XX assistiu à crescente fragmentação da organização do ciclo de vida. Identificam-se fenómenos emergentes que apontam para uma transformação no estatuto social dos idosos tendente para uma maior fluidez desta categorização social. Uma minoria beneficia de maior qualidade de vida, assente não no tradicional foco na pobreza e doença, mas numa perspectiva da velhice como um período de libertação de papéis sociais estruturados, como a profissão ou a parentalidade.⁹¹ Adquire relevância, nestes grupos também favorecidos em saúde, a busca da auto-satisfação e do preenchimento pessoal (Higgs, 1999: 197). Em paralelo, temos assistido a um aumento do rendimento médio dos idosos ao longo das últimas décadas, associado em boa parte à maturidade dos sistemas de protecção social (Duncan e Smith, 1989: 261). Há, no entanto, que considerar-se exagerada, ou prematura, a generalização do conceito de ordem pós-material, em particular para os estratos que dependem unicamente das transferências sociais.

A evolução positiva, inclusivamente na sua posição relativa, das condições socioeconómicas de vida dos grupos etários mais idosos não é, de todo, generalizável. Se existem minorias que beneficiam de melhorias significativas de qualidade de vida, na conjugação dos rendimento familiar e do estado de saúde, ambos positivos, há outros estratos sociais, desfavorecidos, em que a situação económica não é favorável. Pode afirmar-se que, nestes grupos, o estigma da pobreza e da dependência se mantém.

Não pode inferir-se que a experiência do envelhecimento equivalha a uma experiência individual de melhoria da qualidade de vida, ou mesmo da situação socioeconómica. Há que distinguir dois efeitos: a comparação inter-coortes e o efeito longitudinal dos sobreviventes da

⁹¹ A libertação dos papéis sociais associados ao exercício da profissão com a aposentação é generalizável. No entanto, o contexto cultural adquire outra relevância no caso da parentalidade, cujas responsabilidades, por exemplo em países da Europa do Sul, se prolongam durante a idade adulta dos filhos.

mesma coorte (Duncan e Smith, 1989: 265). A composição dos grupos etários mais velhos sofre os efeitos de elevado *turnover*, grandemente devido às elevadas taxas de mortalidade (Uhlenberg, 1992:452). Os novos entrantes neste grupo beneficiam de mais qualidade de vida do que os das coortes anteriores, fenómeno que explica a melhoria dos indicadores de qualidade de vida nestes grupos etários. No entanto, o padrão típico do envelhecimento individual corresponde a quebras na qualidade de vida, nomeadamente na sua dimensão socioeconómica. A importância desta distinção é salientada, por Duncan e Smith, no excerto seguinte:

Clearly it is important to distinguish between aging and cohort factors. We do this first by reviewing what has been learned from longitudinal data on the dynamics of well-being in old age and then by examining cohort differences in economic status. (Duncan e Smith, 1989: 266)

Por sua vez, a expansão da morbilidade gera mais anos de incapacidade e dependência, facto que, em termos de qualidade de vida, poderá contrabalançar, ou pelo menos mitigar, a evolução favorável da situação económica dos idosos, já que estas serão consumidas em crescentes custos de saúde (Duncan e Smith, 1989: 287). As próprias transições na vida, nomeadamente a aposentação, encontram-se profundamente associadas à ocorrência de choques de saúde severos, eventualmente incapacitantes. Na sequência destas ocorrências, o recurso à aposentação significa a sustentação dos rendimentos necessários à manutenção da situação económica. Regra geral, a degradação da qualidade de vida em resultado de doenças crónicas e de incapacidades de longo prazo não permite, de todo, os níveis de qualidade de vida de fases anteriores.⁹²

⁹² Em estudo longitudinal às primeiras 8 vagas do British Household Panel Survey (BHPS) verificou-se que as decisões de aposentação estão associadas mais a choques negativos no nível de saúde do que ao nível de saúde. (Disney et alii, 2003) Este resultado ilustrará a centralidade da saúde como constituinte das liberdades positivas, das capacidades em funcionar.

1.2. Transição epidemiológica e envelhecimento

Nos países mais pobres do mundo as doenças infecciosas estão relacionadas com a grande parte das ocorrências de saúde, resultem estas em morbidade ou mortalidade. Por seu lado, nas sociedades mais afluentes são as doenças crónicas, as incapacidades de longo prazo que compõem o grosso das ocorrências negativas de saúde, em associação com as consequências dos estilos de vida (Marmot, 2004: 320). Em paralelo, confirma-se a associação positiva entre rendimento per capita e esperança média de vida traçada pela curva de Preston – as sociedades mais ricas vivem em média mais anos.

O mesmo fenómeno poderá ser abordado numa perspectiva diacrónica, dada a evolução das estatísticas de saúde dos países desenvolvidos, ao longo do século XX. O perfil da saúde populacional nos países desenvolvidos evoluiu no sentido da redução das mortes não traumáticas nos grupos etários mais jovens e nos adultos, na menor incidência e menor severidade das doenças transmissíveis. As doenças agudas eram a principal ameaça à saúde no início do século XX. Significativos desenvolvimentos nas condições habitacionais, nutricionais, sanitárias, de vacinação e do recurso a antibióticos justificam este resultado.⁹³ Assistimos, assim, a um prolongamento da vida, pela diminuição da mortalidade prematura, associado a doenças crónicas e a incapacidades de longa duração. A maior prevalência de incapacidades, dependências e enfermidades deriva dos efeitos cumulativos de uma vida mais longa (Tibbitts, 1951a: 176). As doenças crónicas tornaram-se responsáveis pela maioria das mortes e quase todas as incapacidades e dependências. Estas desenvolvem-se no início da vida e, insidiosamente, ocorrem crescentemente ao longo da vida (Fries, 1980:248).

⁹³ A saúde dos portugueses, por exemplo, beneficiou de melhorias muito significativas nas últimas duas décadas do século XX. Esta pode ser atribuída às transformações socioeconómicas que contribuíram para melhores condições alimentares, condições sanitárias, higiene, habitação e restantes condições sociais. A maior longevidade não teve a correspondente evolução na morbidade, de facto está associada a situações crónicas, incapacidades que exigem necessidades acrescidas de cuidados. (Santana, 2000:1025)

As mais recentes perspectivas apontam para a difusão deste padrão de saúde, com longos períodos de dependência dos idosos, em resultado da conjugação do retardamento da mortalidade com a maior prevalência das incapacidades e das doenças crónicas. Os países em desenvolvimento, onde se concentrarão, em 2050, em termos da população mundial, 70% dos idosos, sofrerão a convivência de crescentes ocorrências de mortes e incapacidades por doenças não comunicáveis nos idosos com uma significativa incidência por doença aguda. As sociedades mais ricas que já reduziram significativamente a mortalidade prematura, perspectivam a redução e o retardamento dos períodos de incapacidade, para um período tardio da vida, já muito próximo do limiar esperado da morte (Aboderin et Alli, 2002: 244). Comum a ambos os casos é a tendência para o aumento do peso dos “muito velhos”, facto que indicia a continuidade do prolongamento da vida humana durante o século XXI.⁹⁴

Pode-se afirmar que as incapacidades, associadas ao envelhecimento, serão resultado da acumulação de ocorrências de saúde não fatais e da contínua influência dos determinantes de saúde ao longo da vida. As pessoas estarão sujeitas a choques na saúde, permanentes e temporários, modelo que pode ser associado à ideia da má saúde ser resultado do acumular de experiências adversas da vida.⁹⁵ O aumento da importância relativa da morbidade associada a doenças do coração, cancro, diabetes mellitus e doenças respiratórias, obrigou ao abandono do paradigma de Koch (relação directa e unívoca entre o agente patogénico e a doença) e exigem que se reconheça uma multitude de factores de risco que contribuem para a morbidade ao longo de um período razoavelmente longo. Torna-se importante recorrer a uma abordagem multinível, desde o individual até ao contexto sociopolítico, passando pelas

⁹⁴ Neste particular a expectativa de Fries (Fries, 1980) em “Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity”, não se confirma. Tem-se verificado o prolongamento da vida nas últimas décadas, de que resulta o aumento da proporção do grupo etário «maiores que 80 anos».

⁹⁵ “(...) piling up of adverse life experiences.” (Deaton e Paxson, 1998)

influências comunitárias e sociais, em concorrência com processos dinâmicos entre a acumulação de choques permanentes e de investimentos (pessoais, comunitários e sociais) em saúde (Fielding, 1999: xv).

As mais recentes perspectivas para os países desenvolvidos, pelo menos em grupos que tenham beneficiado de fluxos de saúde passados mais favoráveis, ilustram a possibilidade de concretizar a hipótese de envelhecimento activo, estreitamente ligado à compressão da morbidade (Fries, 1980). Conforme Guralnik, Fried ⁹⁶ e Salive expressam, as expectativas actuais permitem colocar a ênfase no aumento de anos de vida saudável:

“Ultimately, the goal of this effort must be to reduce the overall prevalence of disability in the population and increase the number of years in which older people lead highly functional, independent lives.” (Guralnik, Fried e Salive, 1996: 42)

1.3. Implicações sociais do envelhecimento

As ligações entre envelhecimento social e a transição epidemiológica aqui abordadas têm profundas implicações na vida colectiva das sociedades modernas, muito centradas no aumento do contingente de dependentes, em particular os idosos, que mostram, na sua maioria, elevados níveis de vulnerabilidade social, económica e de saúde. Os papéis sociais dos idosos não têm impulsionado a sua maior participação na sociedade, em função não só das comorbilidades, mas também dos arranjos institucionais que se têm constituído como um sistema de obstáculos e incentivos negativos que os têm afastado da participação activa e produtiva e de um efectivo contributo para a qualidade de vida na comunidade. Os elevados

⁹⁶ A compressão da morbidade ocorre quando a longevidade é acompanhada por um aumento dos anos de vida saudável que permita adiar o momento da primeira situação de doença crónica e incapacidades até muito perto do momento da morte.

níveis de dependência e o aumento do peso dos idosos geram um crescente volume financeiro de transferências sociais, em paralelo com um cada vez maior esforço das famílias no apoio aos seus velhos (Uhlenberg, 1992:461-5). Neste momento, importa dar relevo, nas palavras de Paula Santana, à importância da compressão da morbilidade, não só para a qualidade de vida, mas também para a redução do consumo de cuidados hospitalares:

But if living longer means better health, then health care consumption may decrease, at least at the hospital care level, due to the strengthening of primary and tertiary care. (Santana, 2000:1034)

A adopção de estilos de vida saudável adquire uma centralidade não só na qualidade de vida dos idosos, como também para a redução de parte dos encargos financeiros associado ao actual perfil epidemiológico. Os ganhos associados ao envelhecimento activo incorporam também os decorrentes de uma maior participação social destes grupos etários e da correspondente valorização do seu contributo para o bem-estar colectivo.

Neste quadro de envelhecimento populacional, que impõe severas pressões no sentido do aumento da despesa global nas políticas sociais, nomeadamente em pensões, cuidados de saúde e outros serviços às pessoas com incapacidades, identificam-se, em paralelo, mudanças nos fundamentos dos sistemas de providência que importa avaliar.

O Modelo Social Europeu encontra-se em momentos de incerteza, dado estar em curso um processo de mudança institucional. A emergência de novos riscos sociais está na génese da crescente incongruência entre o modelo Beveridgeano de Estado-Providência e o actual contexto socioeconómico e político. Este modelo assenta na estabilidade das relações de

trabalho e das famílias, por via das quais as pessoas asseguram o seu bem-estar. (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 101; Esping-Andersen, 2002: 2)

A economia do conhecimento, baseada nos sectores dos serviços de maior qualificação, onde as necessidades de actualização e de mudança são incontornáveis, colocou as competências e a capacidade de adaptação das pessoas no centro do sistema económico, das quais depende o seu dinamismo. Uma economia de serviços é potencialmente dualista, no sentido em que polariza a posição socioeconómica, de que resulta o alargamento das desigualdades, de novas clivagens sociais, com origem na distribuição desigual de competências e qualificações. O pleno emprego só será possível com recurso ao sector de prestação de serviços sociais e pessoais, de baixas qualificações e mal remunerados. (Esping-Andersen, 2000: 80, 2002: 2-3; Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 106-7)

A nova família e os novos percursos de vida estão na base do aumento de agregados domésticos atípicos. A decadência do modelo do *male-bread winner* é evidente, tendo deixado de ser um elemento de salvaguarda dos riscos económicos, já que está dependente da estabilidade do emprego. A composição e recomposição familiares, o número de filhos são factores geradores de fenómenos de pobreza e exclusão social. Estão na origem de polarização adicional, extremada nos casos das famílias monoparentais, pobres e com filhos, por um lado, e as famílias com dois rendimentos elevados e sem filhos. A homogamia marital, em termos de posição socioeconómica, agrava esta clivagem entre pobres e ricos. (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 104-5; Esping-Andersen, 2000: 81)

Os actuais sistemas de *welfare* focam-se na redistribuição e garantia do rendimento, o que beneficia os idosos em prejuízo dos mais jovens, deixam a descoberto os grupos sociais com

maior exposição a estes riscos sociais. Exige-se assim uma recentragem em políticas de integração social e de formação de capital humano (Esping-Andersen, 2000: 79-81, 89). As despesas das políticas sociais devem ser vistas como investimento, no sentido em que é fundamental que contribuam para o emprego e para a dinâmica da economia. Para além da educação ou da saúde, claros componentes do capital humano, importa reforçar as políticas de família que, orientadas para a prestação de serviços de apoio à infância, permitam uma maior participação, nomeadamente feminina, no mercado de trabalho (Esping-Andersen, 2002: 9; Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 102-3).

A participação das mulheres no mercado de trabalho é resultado de um processo de mudança social associado à maior flexibilidade de papéis sociais assumidos pelos dois sexos, que concretizam a eliminação de um conjunto de barreiras à participação das mulheres em inúmeras esferas da vida. Este fenómeno não pode deixar de ser visto como um processo de conquista de direitos sociais e de uma efectiva igualdade equitativa de oportunidade de género. Noutra perspectiva, a participação das mulheres pode ser vista como uma resposta das pessoas ao aumento dos riscos económicos e sociais, diversificando as fontes de rendimento familiar.

Procura-se uma redistribuição da protecção social não entre grupos etários mas entre grupos sociais, focalizada nas situações de maior fragilidade e dependência, independentemente do grupo etário (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 104-5). Torna-se fundamental a reconfiguração dos direitos sociais, com base nas perspectivas de vida das pessoas, ou seja, que sejam “(...) definidos como uma base de oportunidades de vida” (Esping-Andersen, 2000: 82). Este novo enquadramento “(...) envolve uma transição de uma concepção estática da igualdade, centrada em recursos materiais (rendimentos) e compensação, para uma

concepção mais dinâmica, centrada nas capacidades e no *empowerment*” (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000: 106).

Seria expectável que o aumento do nível educacional, de saúde e de segurança económica dos idosos, correspondesse a uma cada vez maior participação destes na sociedade, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida na comunidade. No entanto, a actual estrutura de direitos sociais constitui um desincentivo à menor participação activa e produtiva dos idosos em áreas como o trabalho, política, família, religião ou serviço voluntário (Uhlenberg, 1992:462-3). Em suma, o envelhecimento populacional levanta questões de equidade intergeracional, na possibilidade do desvio de recursos dos jovens para os idosos, facto que poderá, inclusivamente, pôr em causa a própria reprodução social (Uhlenberg, 1992: 461-5).

O envelhecimento é um problema social de crescente magnitude. A compressão da morbilidade, condição necessária para o efectivo e generalizado envelhecimento activo, não é só um elemento fundamental dos Direitos de Cidadania, nem se resume a um objecto de equidade na saúde. Deverá ser um objectivo da Política Social, catalisador de mudanças sociais e políticas necessárias aos avanços sociais fundamentais para uma justa distribuição dos frutos das liberdades positivas e da vida boa. Adquire prioridade o objectivo de adiar as doenças crónicas de longo prazo e as ocorrências de saúde incapacitantes para o final de vida. Fries justifica-o do seguinte modo:

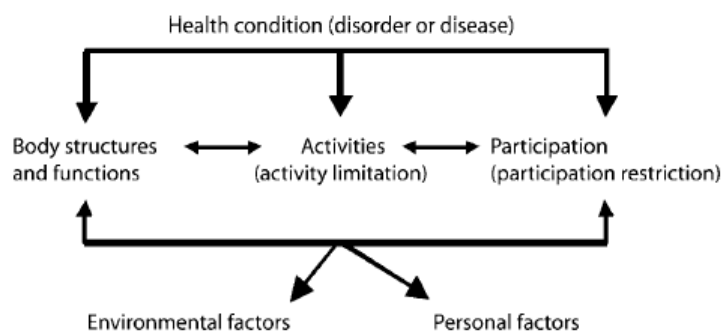
At the top of the list of ... health research subjects must be the ability to postpone chronic illness, to maintain vigor, and to slow social and psychologic involution. We must know for certain whether change is possible and how to accomplish it best. (Aboderin et Alli, 2002:244 citando Fries, 1980)

2. Envelhecimento e equidade

2.1. Envelhecimento e qualidade de vida – implicações na equidade

A saúde apresenta-se como um constituinte determinante da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. As doenças crónicas, já por si elementos de dor e sofrimento individual, são um factor importante para incapacidades de longo prazo. As incapacidades impedem o exercício autónomo das actividades da vida diária⁹⁷ (Disney et Alli, 2003), necessárias às funções básicas da vida, e das actividades instrumentais da vida diária⁹⁸, que contribuem para uma participação social plena, limitando os laços sociais efectivamente mantidos e usufruídos (Guralnik, Fried e Salive, 1996: 26). A figura 12 ilustra a relação entre estes elementos que constituem a *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF):

Figura 12 - Incapacidades - actividades de vida diária e participação social



Source: World Health Organization.⁶

FIGURE 1—Interaction between the components of the *International Classification of Functioning, Disability and Health*.

Fonte: Crews e Smith, 2003: 700

A ICF, definida pela OMS, é uma classificação sistemática e abrangente, das incapacidades. Propõe um quadro de análise que reconhece a interação de múltiplos factores

⁹⁷ ADL – Activities of Daily Life

⁹⁸ IADL – Instrumental Activities of Daily Life

que contribuem para a limitação da participação social dos indivíduos, nomeadamente dos mais idosos (Crews e Smith, 2003: 700).

Como as incapacidades limitam os indivíduos, pondo em causa um modo de vida independente, as pessoas não só envelhecem, mas envelhecem sujeitas a inequidades na saúde. As incapacidades não podem ser assim abordadas somente como um resultado, mas também como um processo de perda de liberdades (Crews e Smith, 2003: 700). As experiências de envelhecimento têm-se crescentemente diferenciado, dependendo do posicionamento social, dos recursos disponíveis e da adopção de estilos de vida saudáveis (Higgs, 1999: 197). Considera-se que a agência de cada pessoa é central na melhoria da qualidade de vida das populações mais idosas, no que se concorda com Higgs:

(...) the very growth and prosperity of consumer society has meant that the meaning of a decent quality of life postretirement has to be created through the agency of each individual. Even the notion that at its most basic aging is about irreversible decline is being challenged by some working in bio-medicine who hope the limiting conditions of the body can be overcome or prevented. (Higgs, 1999: 198)

Esta passagem do texto incorpora duas questões centrais acerca do envelhecimento: a relação de agência e os limites à capacidade em controlar o processo de envelhecimento, o que permite uma abordagem deste à luz de critérios de equidade. Se já os princípios resultantes evidenciam uma relação entre liberdade positiva, controlo e responsabilidade particularmente sensível, esta ganha centralidade na formulação das políticas de envelhecimento, dado o papel central das escolhas individuais ao longo da vida, um muito significativo determinante da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento é um processo diferencial e uma realidade multidimensional e heterogénea (Crimmins, 2004: 79), quer entre as diferentes esferas da vida de uma pessoa e da sua qualidade de vida, quer entre os diferentes indivíduos, grupos, comunidades e sociedades (Tibbitts, 1951a: 179). Em função da incidência e severidade das incapacidades, funcionais ou de participação social e da influência dos diferentes elementos do vector de determinantes da saúde, o nível agregado e a equidade da saúde contribuem, nos extremos, ou para o envelhecimento activo, ou para processos de exclusão severa dos idosos em diferentes esferas da vida.⁹⁹ Dada a multidimensionalidade, quer da desvantagem social quer da saúde, torna-se possível, e mesmo expectável, que o mesmo contexto contribua, em determinadas esferas da vida e para certos estratos sociais, para trajectórias saudáveis de vida, e noutras para a expansão da morbilidade e a precocidade da mortalidade.

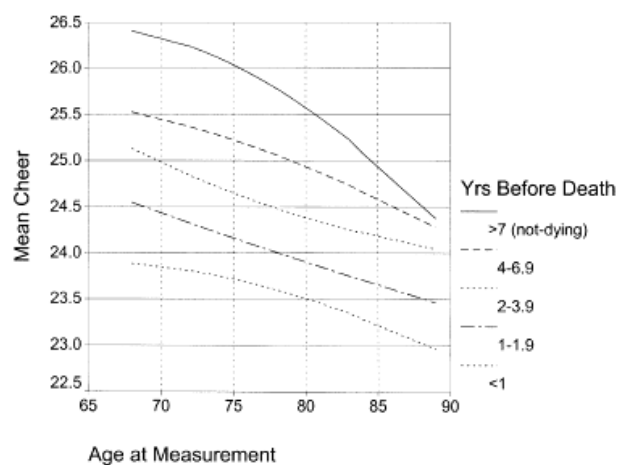
Sendo o envelhecimento um processo associado ao declínio funcional, a ele corresponderá uma trajectória descendente no estado de saúde individual, que terminará, inevitavelmente, com a morte. Considera-se o envelhecimento, sobretudo, um processo associado à perda de capacidades, sejam estas fisiológicas, psíquicas ou sociais, do que à idade propriamente dita. Ao longo da História, a esperança de vida tem sofrido flutuações em função de mudanças ocorridas no contexto cultural, político e socioeconómico. Estas variações na mortalidade são acompanhadas pela evolução, ao longo dos tempos, da idade considerada como marcador social do início da velhice.

Pode então presumir-se que o envelhecimento é função da proximidade do momento da morte, em conjugação com a idade cronológica, dois efeitos no estado de saúde que Diehr, Williamson, Burke e Psaty procuraram distinguir. Para o efeito recorreram a dados do

⁹⁹ Remete-se directamente para o enquadramento dado por Barbara Starfield aos mecanismos causais (pathways) entre os determinantes sociais e a saúde populacional nas suas duas maiores dimensões: o nível de saúde e a equidade na saúde. (Starfield, 2007a:1358).

Cardiovascular Health Study, um estudo longitudinal de 5888 adultos com idades acima dos 65 anos seleccionados de uma amostra aleatória das listas do Medicare em 4 condados dos EUA. Foram estimados 10 modelos de regressão linear de 10 indicadores de saúde, em função da idade, o logaritmo da idade, o sexo, o número de anos por decorrer até ao momento da morte¹⁰⁰ e interacções de primeira ordem entre elas (Diehr et Alli, 2002: 270-3). O gráfico seguinte, ilustra estes efeitos na variável *Cheer*¹⁰¹ nos homens:

Figura 13 - Declínio terminal – efeitos do envelhecimento e do processo de morte



Fonte: Diehr et Alli, 2002: 273

A partir das curvas estimadas para todos os indicadores, em ambos os sexos, foram computados, por diferença¹⁰², os correspondentes efeitos da idade e do processo de morte, estandardizados pelo desvio padrão do indicador de saúde, de constam do quadro a seguir, onde se pode identificar a presença dos dois efeitos na generalidade dos indicadores de saúde avaliados.

¹⁰⁰ 5201 indivíduos foram seguidos durante 10 anos e os restantes 687 durante 7 anos. O período em comum às duas subamostras é 1993-2000, assim, a variável número de anos até à morte foi codificada em 5 categorias: mais de 7 anos (sem morte), 4 a 6,9 anos, 2 a 3,9 anos, 1 a 1,9 anos, e menos que 1 ano até ao momento da morte.

¹⁰¹ Esta variável resulta da inversão da escala do *Center for Epidemiologic Studies Depression score*.

¹⁰² O valor do efeito da idade resulta da subtração entre o indicador de saúde para os 82,5 e os 77,5 anos de idade, sobre a curva dos sobreviventes mais de 7 anos. O efeito do processo de morte foi calculado pela diferença na vertical dos 80 anos de idade entre as linhas relativas aos sobreviventes durante 4 a 6,9 e durante menos de 1 ano.

Quadro 5 - Comparação dos efeitos estandardizados, no estado de saúde, da idade e da proximidade ao momento da morte

| Indicador de saúde | Homens | | Mulheres | |
|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| | Idade | morte | Idade | morte |
| CHR | -0,48 | 1,35 ^b | -0,34 | -1,15 ^b |
| EVG | -1,91 | 22,36 ^b | -2,09 | -22,15 ^b |
| IADL | -0,04 ^a | -0,71 ^b | -0,14 | -0,72 ^b |
| ADL | 0,00 ^a | -0,59 ^b | -0,12 | -0,71 ^b |
| MM | -1,69 | -4,21 ^b | -2,27 | -4,11 ^b |
| BMI | -0,48 | -0,79 | -0,52 | -0,35 ^a |
| BLK | -4,94 | -8,59 | -4,63 | -4,41 |
| BED | 0,04 ^a | -0,75 ^b | 0,02 ^a | -1,26 ^b |
| HOS | -0,39 ^a | -13,08 ^b | -0,79 ^a | -12,26 ^b |
| SPD | -0,15 | -0,16 | -0,21 | -0,11 |

^a não são significativamente diferentes de zero.

^b efeito de morte significativamente maior que efeito de idade.

^c efeito de idade significativamente maior que efeito de morte.

BMI - Índice de Massa Corporal

MM - *Mini-Mental State Examination* score

EVG - auto-percepção da saúde

ADL - as actividades de vida diária realizadas sem esforço

IADL - as actividades instrumentais de vida diária realizadas sem esforço

CHR - *Cheer* que resulta da inversão da escala do *Center for Epidemiologic Studies Depression score*

BLK - o número de quarteirões percorridos a pé na semana anterior

BED - o número de dias sem estar limitado à cama nas últimas 2 semanas

HOS - se a pessoa não foi hospitalizada nos passados 6 meses

SPD - a velocidade em pés por segundo numa distância de 15 pés

Fonte: Diehr et Alli, 2002: 274 adaptado

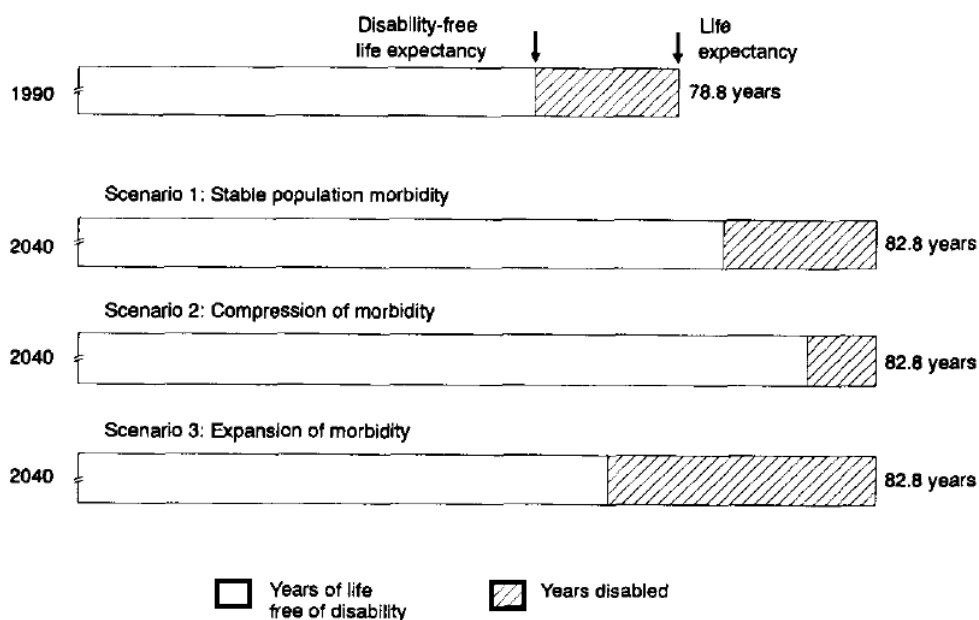
Independentemente da discussão da robustez destes resultados, importa mais salientar que estes são ilustrativos da eventual presença de influências cruzadas entre a mortalidade e a morbidade que não podem ser descartadas. A hipótese de a dinâmica do estado de saúde dos idosos corresponder à conjugação de efeitos do aumento da idade com o impacto declínio terminal que faz parte do processo da morte, reforça a perspectiva de o envelhecimento ser um processo plástico e diversificado, muito em função dos determinantes das comorbilidades que dão corpo ao processo de morte, que se concretiza como um período de declínio

terminal.¹⁰³ Os autores deste estudo entendem que o processo de morte integra o período de declínio na saúde prévio ao momento da morte:

Some of the decline in health near death might be caused by comorbid disease that is contracted closer to death. In our definition, such disease is part of the dying process. (Diehr et Alli, 2002: 275).

Em função dos diferentes determinantes da saúde, a cada estrato social corresponde uma dada esperança de vida activa, a que se segue um período de crescente co-morbilidade, associada a incapacidades de longo prazo. À soma destes dois períodos corresponde a esperança de vida total, específica de cada um dos grupos sociais relevantes. As perdas de qualidade de vida decorrem então da antecipação da morte, da duração do período de co-morbilidade superior ao período de declínio terminal e da severidade das ocorrências de saúde verificadas.

Figura 14 - Esperança de vida e morbilidade – 3 cenários



Fonte: Guralnik, Fried e Salive, 1996: 40

¹⁰³ *terminal drop* – fenómeno descrito pela gerontologia como uma cadeia de causalidade de mudanças funcionais que fazem parte do processo de morte. Este percurso está habitualmente associado a várias situações de saúde em co-morbilidade. (Diehr et Alli, 2002: 269).

A figura 14, na página anterior, permite ilustrar as possíveis diferenças resultantes do aumento, diminuição ou manutenção da duração média dos períodos de vida sujeito a doenças crônicas e a incapacidades permanentes ou de longa duração. Três cenários alternativos constituem o que pode ser considerado como enquadramento conceptual que permita articular esta abordagem com a análise da dinâmica da equidade da saúde: a compressão da morbidade, a expansão da morbidade e a estabilização da morbidade.

Fries foi o maior defensor da posição optimista de compressão da morbidade no seu artigo seminal que mereceu republicação em 2002, no *Bulletin of the World Health Organization*¹⁰⁴. As suas hipóteses iniciais pressupunham um limite máximo para a duração da vida e a continuidade dos ganhos em saúde, mesmo após a mortalidade ser adiada até essa fase da vida. Nessa situação, os avanços na saúde terão impacto na morbidade, através do adiamento das doenças crônicas e das incapacidades de longo prazo (Fries, 1980: 133-4). Entre as estratégias para a redução da morbidade adquire especial relevância a adopção de comportamentos saudáveis. A dimensão de agência¹⁰⁵ é, para Fries, especialmente relevante na aquisição de um maior potencial de melhoria da qualidade de vida dos idosos:

(...) personal choice is important – one can choose not to age so rapidly in certain faculties, within broad biological limits (Fries, 1980:134)

Já três anos antes tinha Gruenberg feito publicar *The failure of success*¹⁰⁶, onde expressou a suspeita de o prolongamento da vida, por via das melhorias verificadas na mortalidade, poder

¹⁰⁴ Fries JF. 1980. Aging, natural death and the compression of morbidity. N. Engl. J. Med. 303:130–35, republicado no *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (3): 245-50. Aboderin et alli (2002) elaboraram comentário que fundamenta a sua importância para a análise do envelhecimento.

¹⁰⁵ A dimensão de agência é uma questão central na abordagem ética às desigualdades em saúde durante o processo de envelhecimento. Se por um lado a adopção de estilos de vida saudáveis é um dos elementos determinantes para a saúde dos mais idosos (vd. subsecção IV. 2.2, nas páginas 191 e seguintes), por outro o âmbito da equidade termina quando começa a responsabilidade das pessoas pelas suas escolhas. (vd. subsecção II. 1.4, páginas 34 e seguintes)

¹⁰⁶ Gruenberg EM. 1977. The failures of success. *Milbank Mem. Fund Q. Health Soc.* 55:3–24.

ser acompanhado por mais anos em dependência e incapacidade, devido à ocorrência de condições crónicas. Podemos designar este fenómeno por expansão da morbilidade, do qual resulta a deterioração da saúde das populações. Manton¹⁰⁷ propôs uma posição intermédia, designada por equilíbrio dinâmico – em que as variações na mortalidade estão associadas à progressão das doenças crónicas. A redução da mortalidade estando associada a uma menor taxa de deterioração da vitalidade implica maior prevalência da doença, mas sob menor severidade (Crimmins, 2004: 80).

As tendências verificadas na mortalidade não significam que as evoluções de todas as dimensões da saúde sejam semelhantes - as suas dinâmicas não são, necessariamente, iguais ou mesmo semelhantes. A hipótese aventada por Gruenberg, acima citada, foi posteriormente sustentada pelo aumento da morbilidade e da redução da auto-percepção do estado de saúde, em períodos de evolução favorável da mortalidade. Estas multidimensionalidade e heterogeneidade da saúde reforçam a importância de avaliar se, e em que grau, se verifica a compressão, ou a expansão, da morbilidade (Crimmins, 2004: 79-80). As ligações entre mortalidade e morbilidade e entre estas e qualidade de vida, da qual a saúde é constituinte e determinante, são factores fundamentais das diferentes trajectórias de saúde dos vários grupos sociais relevantes para a análise dinâmica da saúde nos processos de envelhecimento. Nos grupos que beneficiem de uma completa compressão da morbilidade, verificar-se-ia que o primeiro momento na vida de perda significativa de capacidades coincidiria com o início do declínio terminal.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Manton KG. 1982. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Mem. Fund Q. Health Soc.* 60:183–244.

¹⁰⁸ Esta abordagem à dinâmica da equidade da saúde tem algumas ligações com a proposta de um ‘fair inning’, nomeadamente por dela resultar o direito de todos a um dado nº de anos de vida activa e saudável. Ao contrário de Fries e de Williams não se considera qualquer limite, biológico ou ético, para a extensão da vida humana, pelo contrário os ganhos em anos de vida activa podem tanto resultar do adiamento da mortalidade como da compressão da morbilidade.

Uma vida activa e plena até ao início do processo de morte, pode ser associada aos direitos fundamentais, sejam estes o direito à saúde, ou restantes direitos de cidadania, sejam estes civis, políticos ou sociais, dada a centralidade da saúde na formação e sustentação das liberdades positivas, como factor determinante das capacidades de funcionar e de participar na sociedade.

2.2.Responsabilidade individual e social – a relação de agência

Estando ultrapassadas as severas condicionantes de privação material do início do século XX, nos países desenvolvidos, e ainda presentes nos países mais pobres, a promoção de modos de vida saudáveis tem ganho prioridade entre as estratégias para melhorar o nível de saúde das populações (Marmot, 2004: 320). Sendo fundamental o acesso a cuidados de saúde de qualidade, a oportunidades e recursos comunitários (Robert, 1999) e sociais (Subramanian, Belli e Kawachi, 2002; Coburn 2000a, 2000b, 2004; Marmor, 2000) e a ambientes físicos saudáveis, o actual perfil epidemiológico requer dos indivíduos, famílias, comunidades e sociedades, investimentos em saúde ao longo da vida que permitam às pessoas o benefício de uma vida longa e saudável, de uma participação plena e activa na sociedade.¹⁰⁹ Ganha assim relevo a dimensão cultural e comportamental, ou de agência, da saúde individual e populacional, pois boa parte do sucesso no prolongamento da vida activa depende da prevenção em saúde e, por esta via, de comportamentos individuais considerados saudáveis (Wikler, 2004: 111). Na citação a seguir, Fries deu especial relevo à centralidade na dimensão de agência na função de produção de saúde:

“The complex nature of the major diseases calls attention to multifactorial influences on outcome, in particular social and psychological factors.

¹⁰⁹ A função de produção de saúde opera-se a diversos níveis (individual, familiar, comunitário e social) e integra múltiplos factores (determinantes de saúde), cuja influência se acumula ao longo da vida pelas sucessivas ocorrências de saúde.

Outcome is related to choice; assumption of personal responsibility, education for making decisions about personal health, and ability to encourage self-care are clearly essential to changing health behaviours.”
(Fries, 1980:133)

A ênfase colocada na responsabilidade do indivíduo em adoptar estilos de vida saudáveis depende do apoio de estruturas colectivas que garantam a informação e hábitos saudáveis - a promoção da saúde (Fielding, 1999: xviii).¹¹⁰ A associação entre desigualdades em saúde e inequidades em saúde perde sustentação no momento em que a adopção mais frequente de comportamentos de risco está na origem de pior saúde nos grupos socialmente desfavorecidos. Nestas situações, ao colocar-se a responsabilidade no indivíduo, então o sofrimento adicional e a morte prematura deixariam de contar como injustiça social (Wikler, 2004: 115).¹¹¹

Certamente que existe todo um fluxo passado de choques e investimentos em saúde que influenciarão o estado de saúde dos idosos e as suas efectivas possibilidades de usufruírem de uma vida activa até muito próximo da morte, mas esta activação requer a continuidade da vida destas pessoas como elementos participantes, úteis, na família, na comunidade e na sociedade, em idades mais avançadas. Para o efeito, o papel social atribuído aos idosos, construído a partir do momento da aposentação, que corresponde à saída das pessoas das esferas públicas da vida, é um corte especialmente sentido nas sociedades mais urbanizadas, onde os marcadores de envelhecimento estão associados a menor utilidade social (Tibbitts,

¹¹⁰ Fielding remete para o marketing social como um instrumento da promoção da saúde, dada a dependência dos comportamentos individuais, adopção de estilos de vida saudável. (Fielding, 1999: xviii)

¹¹¹ Em extensão a este argumento, e adoptando uma perspectiva libertarista da justiça social, é possível afirmar que a adopção de estilos de vida saudáveis ou de comportamentos de risco cai no âmbito da liberdade individual de cada um, expressando os diferentes estilos de vida, preferências, gostos e traços de carácter. (Wikler, 2004: 116-7)

1951a: 178-9). Os arranjos institucionais contribuem para o aumento da dependência e para a redução da participação social dos idosos. As posturas e atitudes sociais para com os idosos tendem a contribuir para a sua própria concretização, gerando os comportamentos que dizem antecipar (Fries, 1980: 250).¹¹²

A importância do contexto social como determinante da saúde não demonstrou significativa erosão devida à transição epidemiológica aqui discutida. A saúde individual ou populacional sofre influência de múltiplas dimensões que compõem o contexto social das escolhas individuais em saúde: as características ambientais, nível de riqueza e sua distribuição, relações de poder, características culturais e comportamentais e o sistema de saúde (Starfield, 2007a: 1358).

Pode argumentar-se que a responsabilidade individual pela saúde deva ter um papel limitado na política social, pois as decisões sobre saúde, em linha com a maioria das escolhas, não cumpre a totalidade dos requisitos para uma plena responsabilidade individual: informadas, voluntárias, não coagidas, espontâneas e deliberadas. Precisamente no caso dos estilos de vida, estas limitações são mais evidentes, dado o peso do hábito, da influência dos pares e dos modelos de comportamento na sua formação e, inclusivamente, no caso extremo, na ocorrência de comportamentos aditivos (Wikler, 2004: 126-7). De facto, a maioria dos comportamentos de risco identificados são normalmente associados a pecados ou a grupos sociais marginalizados. Acabam por não ter tanto relevo outros comportamentos que, apesar de socialmente valorizados, implicam riscos de saúde igualmente significativos (Wikler, 2004: 128-9). As componentes social, grupal e comunitária dos comportamentos são bastante significativas, havendo pouca sustentação para a total responsabilidade individual pela saúde

¹¹² “(...) the choice of societal postures toward the aged is likely to be self-fulfilling”, (Fries, 1980: 250)

(Gakidou et Alli, 2000: 74). Pode então afirmar-se que o comportamento individual é mediador entre diferentes dimensões do contexto social e o nível e a equidade da saúde populacional e, em paralelo, uma expressão dos mecanismos psicossociais que a influenciam (Marmot, 2004: 320). No entanto, não pode ser desvalorizado o controlo das pessoas sobre a própria saúde, nem que seja pelas escolhas individuais de comportamentos de risco, em prejuízo da adopção de estilos de vida saudável, ou pelo seu contrário.¹¹³ Em primeiro lugar a assunção de responsabilidade permite o desenvolvimento pessoal e a capacidade de gerir a própria vida. A liberdade de escolha é uma condição necessária do livre arbítrio e, por isso, da participação plena numa sociedade de cidadãos livres e iguais. Em segundo lugar, a responsabilidade pessoal na saúde pode fazer parte de um objectivo de maior liberdade positiva, do *empowerment* das pessoas (Wikler, 2004: 129-30). A resolução do dilema reside na relação entre a escolha individual e o ambiente social, que terá de constituir um corpo de incentivos, recursos e oportunidades para a adopção destes comportamentos saudáveis (Fries, 1980: 249).

¹¹³ As escolhas livres e informadas sobre conjuntos de possibilidades de escolha iguais são o critério fundamental para a equidade, segundo Julian Le Grand. Esta fronteira do âmbito da equidade torna-se menos precisa na saúde, dada a forte presença de informação imperfeita e de incerteza nas decisões, individuais e colectivas, de saúde. Não sendo total não pode ser desvalorizado o controlo individual sobre a saúde, inclusivamente pela adopção de estilos de vida saudável. (Le Grand, 1991: 114-8)

3. Envelhecimento e desigualdades – três estudos empíricos

A acumulação de evidência empírica tem reforçado a ligação entre a escala social e a qualidade de vida, em particular na esfera da saúde, seja nas taxas diferenciais de mortalidade seja na morbidade. Quando falamos dos grupos etários mais velhos, os estudos empíricos tem sido menos frequentes e os resultados menos consistentes. Se alguns trabalhos têm mostrado um padrão de convergência da mortalidade e morbidade nos grupos idosos, outros têm evidenciado a continuidade e persistência do gradiente social da mortalidade e da morbidade até ao final de vida. Surgiram até resultados que apontam para o agravamento das desigualdades em saúde com a idade. (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 270)

A relação entre a saúde e o nível socioeconómico não está totalmente estabilizada, nos grupos etários mais elevados. Quando é adoptada a auto-percepção da saúde como indicador de saúde, os resultados empíricos apontam para que um baixo nível socioeconómico seja um factor de risco de saúde. No entanto, a relação positiva entre a mortalidade e um baixo nível socioeconómico já não se confirma entre os idosos (Salas, 2002: 207-8).

Estas inconsistências têm sido associadas principalmente a opções metodológicas, nomeadamente ligadas à adopção de diferentes indicadores, ou à adequação dos tradicionais indicadores de posição socioeconómica (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 271). Outras explicações alternativas têm sido avançada. Tem sido posta em questão a fiabilidade da auto-percepção da saúde, pela natureza interna desta variável que, naturalmente prejudica a comparabilidade interpessoal. É uma variável sensível a alterações no bem-estar geral, mesmo quando estas ocorrem em esferas sem impacto directo na saúde. A hipótese de a origem destas contradições residir no facto de diferentes estudos estarem sustentados por

amostras e populações diferentes, não foi ainda posta de parte (Salas, 2002: 207-8). Em paralelo, a natureza multidimensional da posição socioeconómica aconselharia o foco num vector de indicadores ao invés de uma medida singular. Por sua vez uma abordagem ao ciclo de vida completo, obriga a olhar para a vantagem social como o resultado da acumulação ao longo da vida, perspectiva que é de particular importância para a análise do envelhecimento como processo dinâmico (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 271).

Duas hipóteses alternativas enquadram a análise da dinâmica das desigualdades ao longo da vida: (i) a vantagem cumulativa e (ii) a convergência. A primeira, defende que as desigualdades aumentam com a idade, por efeito cumulativo das agressões, respostas e os recursos o que produz a acentuação das diferenças. A segunda, sustenta a hipótese de convergência das desigualdades a partir de certa idade, dado que as variações nos factores de risco são maiores nos grupos etários intermédios. Mais, em idades mais avançadas a magnitude dos efeitos de degradação das funções naturais pode ser inultrapassável por quaisquer recursos sociais e técnicos disponíveis e independente de quaisquer factores sociais. A igualização entre grupos sociais pode decorrer de um efeito de selecção pelas mortes prematuras de elementos do grupo socioeconomicamente menos favorecido. Os testes já realizados à ligação possível entre posição social e a selecção por mortalidade e ao atrito da amostra, não explicam substancialmente a convergência das desigualdades. (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 280-1)

Von dem Knesebeck, Wahrendorf, Hyde e Siegrist procuraram avaliar se, em relação à qualidade de vida, os efeitos da posição socioeconómica exibem variações significativas com a idade (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 269-71). O *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) é um estudo que permitem investigar temas como trabalho,

aposentação, cuidados de saúde, factores psicossociais e posição socioeconómica nas pessoas com mais de 50 anos de idade em 10 países europeus: Áustria, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Suíça. Neste particular, foi seleccionado como indicador da qualidade de vida uma versão simplificada do questionário CASP-19, as iniciais das quatro dimensões que o estruturam: controlo, autonomia, auto-realização e prazer. Como indicadores de posição socioeconómica adoptaram-se rendimento, educação, casa própria, riqueza líquida e automóvel próprio (Von dem Knesebeck et Alli, 2007: 271-2). Integradas num modelo de regressão logística, as relações entre estas variáveis permitem aferir os diferentes padrões de satisfação na vida nos países da amostra e os impactos das diferentes dimensões da influência da posição socioeconómica.

Procura-se aqui relevar, com base dos dados de todos os países agregados numa só amostra, a persistência e estabilidade relativa dos efeitos da posição socioeconómica na qualidade de vida. Os autores estimaram, para cada um dos grupos etários, o efeito, na qualidade de vida elevada, de dois modelos alternativos cujos resultados estão sintetizados no quadro a seguir, que se mostra muito significativo. As estimativas do Modelo I resultam de regressões separadas para cada um dos indicadores de posição socioeconómica. No caso do Modelo II as estimativas resultaram uma regressão conjunta de todas as variáveis.

Da leitura do quadro da página seguinte não resultam indicações que a sensibilidade da qualidade de vida face às condições socioeconómicas se reduzir a partir dos 50 anos. No entanto, a construção dos grupos etários não permite avaliar a possibilidade de a convergência se iniciar depois dos 65 anos de idade.

Quadro 6 - Posição socioeconómica e qualidade de vida^{b)} elevada por grupo etário em 10 países europeus – *odds ratio*

| posição socioeconómica | 50-64 anos | | mais de 65 anos | |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| | Modelo I | Modelo II | Modelo I | Modelo II |
| Educação^{b)} | | | | |
| Média | <i>1,39</i> | <i>1,22</i> | <i>1,43</i> | <i>1,30</i> |
| Alta | <i>1,81</i> | <i>1,40</i> | <i>2,10</i> | <i>1,61</i> |
| Rendimento^{b)} | | | | |
| Médio | <i>1,31</i> | <i>1,17</i> | <i>1,38</i> | <i>1,18</i> |
| Elevado | <i>2,12</i> | <i>1,63</i> | <i>1,94</i> | <i>1,37</i> |
| Riqueza líquida^{b)} | | | | |
| Médio | <i>1,53</i> | <i>1,24</i> | <i>1,45</i> | <i>1,38</i> |
| Elevado | <i>2,24</i> | <i>1,47</i> | <i>2,08</i> | <i>1,68</i> |
| Casa Própria | | | | |
| Sim | <i>1,75</i> | <i>1,10</i> | <i>1,45</i> | <i>0,84</i> |
| Carro Próprio | | | | |
| Sim | <i>1,82</i> | <i>1,44</i> | <i>1,94</i> | <i>1,61</i> |

a) *Odds ratios* em itálico têm significância estatística ($p < 5\%$)

b) Variáveis transformadas em três categorias correspondentes aos tercís da sua distribuição em cada país: baixo – primeiro tercil, médio – segundo tercil e elevado – terceiro tercil.

Fonte: Von dem Knesebeck et alli, 2007: 278

A fim de explorar estas questões no que concerne às desigualdades na saúde, Christian Salas recorreu aos dados do *British Household Panel Survey*, as vagas de 1991 a 1995, na parte que respeita aos indivíduos com 60 anos ou mais. Com base na mesma amostra procurará comparar a relação entre o nível socioeconómico e saúde, quando o seu indicador é a auto-percepção da saúde ou a taxa mortalidade (Salas, 2002: 209-10).

Aplicou uma abordagem tributária do trabalho de Grossman, no sentido em que propôs um modelo de investimento no stock em saúde, ou seja:

$$H_t = (1 - \delta_{t-1}) H_{t-1} + I_{t-1} \quad (1),$$

em que H_t é stock de saúde, I_t o investimento em saúde e δ_t a taxa de depreciação do stock de saúde. A taxa de depreciação, que no modelo inicial de Grossman dependia unicamente da idade, é também função de outros factores como a adopção de comportamentos de risco, fumar, a existência de problemas habitacionais e a natureza e densidade ligações sociais.

Adicionalmente, foi assumido que a saúde segue um processo de ajustamento parcial do tipo

$$H_t - H_{t-1} = \alpha (H_t^* - H_{t-1}) \quad (2),$$

em que,

$$H_t^* = \beta X_{t-1} + \varepsilon_t \quad (3)$$

é o stock de capital desejado.

Na matriz X_t estão integrados os determinantes da saúde, nomeadamente relativos ao nível socioeconómico, mas também os diferentes factores da taxa de depreciação, acima referenciados. Resulta então o modelo a estimar:

$$H_t = \alpha H_{t-1} + \beta X_{t-1} + \alpha \varepsilon_t \quad (4),$$

em que $\beta = 1 - \alpha$. (Salas, 2002: 208-9)

Os dois indicadores de saúde adoptados como variáveis dependentes foram a auto-percepção da saúde em 1995 (SAHL1995) e uma variável *dummy* que toma o valor 1 quando se o indivíduo permanece ao fim das 5 vagas do painel, em 1995 (SURVIVOR). As variáveis explicativas que ocupam o termo direito do modelo a estimar dividem-se assim em três grupos: as relativas ao estado de saúde do indivíduo em 1991, as relativas aos indicadores socioeconómicos e os factores da taxa de depreciação de saúde. A equação (4) foi estimada separadamente, em cada uma das duas variáveis dependentes, para homens e mulheres, cada um destes casos segundo 8 modelos que se distinguem pelo indicador do nível socioeconómico adoptado. O quadro, na página seguinte, foca-se nas estimativas relativas aos indicadores socioeconómicos.

Quadro 7 - Baixo nível socioeconómico e má saúde nos idosos – mortalidade e auto-percepção da saúde

| Modelo | | SAHL95 | | | | | | |
|--------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | AHINCOME | INCOMEM | RETIRED | OWNHOUSE | ACARUSE | SCHOOL14 | COLLEGE |
| I | M | 0,27 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | F | 0,03 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II | M | --- | 0,22 | --- | --- | --- | --- | --- |
| | F | --- | 0,20 | --- | --- | --- | --- | --- |
| III | M | --- | --- | 0,12 | --- | --- | --- | --- |
| | F | --- | --- | 0,02 | --- | --- | --- | --- |
| IV | M | --- | --- | --- | 0,15 | --- | --- | --- |
| | F | --- | --- | --- | 0,18 | --- | --- | --- |
| V | M | --- | --- | --- | --- | 0,11 | --- | --- |
| | F | --- | --- | --- | --- | 0,38 | --- | --- |
| VI | M | --- | --- | --- | --- | --- | 0,02 | --- |
| | F | --- | --- | --- | --- | --- | 0,25 | --- |
| VII | M | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0,25 |
| | F | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0,37 |
| VIII | M | --- | 0,19 | 0,15 | 0,07 | 0,05 | --- | 0,16 |
| | F | --- | 0,09 | 0,02 | 0,08 | 0,29 | --- | 0,22 |
| Modelo | | SURVIVOR | | | | | | |
| | | AHINCOME | INCOMEM | RETIRED | OWNHOUSE | ACARUSE | SCHOOL14 | COLLEGE |
| I | M | 0,00 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | F | 0,00 | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| II | M | --- | -0,01 | --- | --- | --- | --- | --- |
| | F | --- | -0,03 | --- | --- | --- | --- | --- |
| III | M | --- | --- | -0,01 | --- | --- | --- | --- |
| | F | --- | --- | 0,37 | --- | --- | --- | --- |
| IV | M | --- | --- | --- | 0,25 | --- | --- | --- |
| | F | --- | --- | --- | 0,15 | --- | --- | --- |
| V | M | --- | --- | --- | --- | 0,27 | --- | --- |
| | F | --- | --- | --- | --- | -0,02 | --- | --- |
| VI | M | --- | --- | --- | --- | --- | 0,00 | --- |
| | F | --- | --- | --- | --- | --- | -0,10 | --- |
| VII | M | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0,10 |
| | F | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0,21 |
| VIII | M | --- | -0,08 | -0,02 | 0,19 | 0,21 | --- | 0,04 |
| | F | --- | -0,05 | 0,38 | 0,21 | -0,13 | --- | 0,21 |

Nota: os valores a negrito apresentam significância com P=10% ou menor

AHINCOME - rendimento familiar per capita em milhares de libras (1990-1991)

INCOMEM – dummy que toma o valor 1 se AHINCOME é maior que a média amostral

RETIRED - dummy que toma o valor 1 se o indivíduo estava aposentado em 1991

OWNHOUSE - dummy que toma o valor 1 se o respondente vive em casa própria em 1991

ACARUSE - dummy que toma o valor 1 se for proprietário de veículo automóvel ligeiro em 1991

SCHOOL14 - dummy que toma o valor 1 se ainda frequentava a escola com a idade de 14 anos

COLLEGE - dummy que toma o valor 1 se teve educação profissional ou académica

Fonte: Salas, 2002 adaptado

Estes resultados estão em linha com o padrão mais geral, mencionado acima, mesmo quando com uma amostra populacional estável. O contraste entre a auto-percepção da saúde e a taxa de mortalidade é particularmente evidente na sua relação com o rendimento, que no primeiro caso é significativa em ambos os sexos, enquanto que o seu impacto na probabilidade de morrer não é estatisticamente relevante. Este estudo tem a particularidade de contribuir para a confirmação destes resultados, dado que a diferença entre os dois modelos reside somente na variável explicada.

Um outro estudo empírico, também orientado para a análise das desigualdades e do envelhecimento ao longo da vida, Sacker, Clarke, Wiggins e Bartley procuraram construir trajectórias do estado de saúde durante a idade adulta, com base em modelos de curvas de crescimento¹¹⁴. As trajectórias resultantes da aplicação do modelo permitem testar as hipóteses de (i) as desigualdades em saúde sofrer um aumento com a idade e de (ii) este efeito vir mitigado com a mobilidade social.

Com base em dados do BHPS, no período entre 1991 e 2001, seguiram 6930 indivíduos com idades compreendidas entre 21 e os 59 anos, em 1991, mais particularmente duas variáveis, a sua auto-percepção da saúde e a classe ocupacional. A estimação das curvas de crescimento resultou em cinco trajectórias de saúde ao longo do eixo das idades, de forma quadrática, cada uma delas correspondente a uma das classes ocupacionais. A figura 15, na página seguinte, procura ilustrar o agravamento das desigualdades sociais em saúde com a idade.

¹¹⁴ Para a caracterização do método de curvas de crescimento, os autores remetem para Little T, Schnabel K, Baumert J, eds. *Modeling longitudinal and multilevel data*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000 e para Leyland AH, Goldstein H, eds. *Multilevel modelling of health statistics*. Chichester: Wiley, 2001.

Figura 15 - Auto-percepção da saúde e classe ocupacional, com mobilidade social

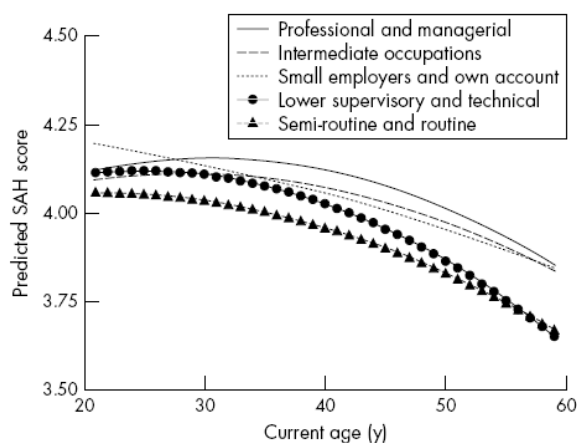


Figure 1 Mean predicted health scores for British household panel survey members aged 21–59 years in 1991 by occupational class.

Fonte: Sacker et alli, 2005:498

Para avaliar o impacto da mobilidade social nas desigualdades na saúde os autores estimaram as curvas de crescimento (Figura 16) da subamostra formada pelos indivíduos sem alterações na sua classe ocupacional, num total de 4933.

Figura 16 - Auto-percepção da saúde e classe ocupacional – sem mobilidade social

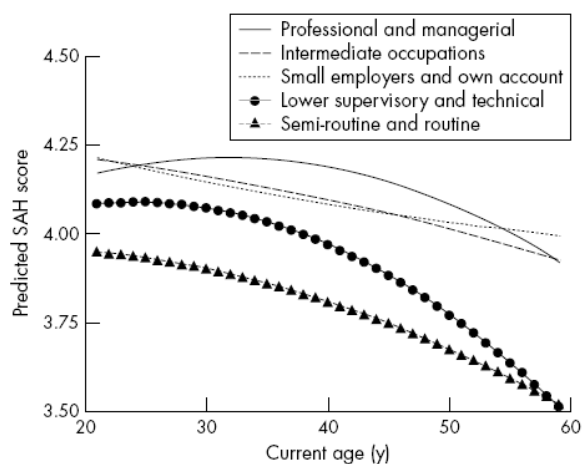


Figure 3 Mean predicted health scores for British household panel survey members aged 21–59 years in 1991 by occupational class for those with stable occupational histories.

Fonte: Sacker et alli, 2005:498

Uma rápida comparação visual confirma que as desigualdades sociais na saúde são mais amplas na subamostra de indivíduos com percursos ocupacionais estáveis que na amostra total. Este resultado reforça a hipótese de a mobilidade ocupacional ter como efeito a mitigação das desigualdades em saúde. As maiores diferenças são observadas entre aqueles que não transitam entre classes ocupacionais.

Os três casos aqui evidenciados apresentam em comum a capacidade de evidenciar a necessidade de explorar o carácter dinâmico das desigualdades, nomeadamente em saúde, principalmente quando o objecto de estudo é o envelhecimento. Releve-se o facto que as suas amostras não são totalmente sobreponíveis, em particular em Sacker et alli, cuja janela de análise, do 20 aos 60 anos, cobre um período da vida das pessoas muito diferente dos outros dois estudos. Estes estudos apresentam, nos seus resultados, mais aspectos de complementaridade do que de conflitualidade.

A presença de resultados contraditórios e inúmeras questões metodológicas que surgem durante a análise do envelhecimento estão associados à natureza dinâmica do processo. Seja a qualidade de vida ou o estado de saúde dos idosos, ambos são função de uma sucessão de ocorrências, comportamentos e decisões cujos efeitos se acumulam ao longo da vida. Por estas razões, o recurso a dados *cross-section* e as abordagens de estática comparada não podem captar toda a heterogeneidade do envelhecimento, pois grande parte desta está associada às relações dinâmicas entre os seus factores. Pelos motivos aqui expostos considera-se o envelhecimento um processo dinâmico de memória muito longa que remete para abordagens ao longo do ciclo de vida.

V. CONCLUSÃO

A análise das desigualdades sociais em saúde, enquadradas no processo de envelhecimento, integra um valioso conjunto informacional para a sua avaliação à luz dos critérios de equidade.

As ligações conceptuais entre o envelhecimento e a saúde sustentam a validade desta abordagem. Num nível individual, o envelhecimento pode ser visto como o declínio da actividade fisiológica, associado à perda de funcionalidades, tanto nas actividades da vida diária (ADL's) como naquelas capacidades relacionais – as actividades instrumentais de vida diária (IADL's) – que permitem a plena integração na comunidade. Ao nível social, prevalece um paradigma da velhice que enquadra um sistema de obstáculos à participação activa dos idosos e incentivos institucionais para a saída sucessiva das diferentes esferas da vida pública. A maturidade dos sistemas de providência e a organização do ciclo da vida em torno do trabalho originou nas sociedades industriais uma organização estanque dos papéis sociais em três categorias etárias: os jovens, os adultos e os idosos.

A transição epidemiológica, de que resultou o aumento da esperança média de vida, associada ao reforço do peso das doenças crónicas e a incapacidades permanentes ou de longa duração, teve impactos importantes no envelhecimento como problema social. A nível individual prolongou a longevidade das pessoas, reduzindo-lhes a mortalidade precoce e a incidência e severidade das doenças agudas durante a juventude e a idade adulta. Aumentaram as doenças crónicas, naturalmente mais frequentes durante a velhice, em resultado da acumulação de agressões à saúde ao longo da vida. Em síntese, o número de dependentes aumentou, com períodos mais longos e mais severos de incapacidades. Os impactos nos sistemas de *welfare* são conhecidos, estando em causa a sua sustentabilidade, na sequência do aumento de custos

associados, e a equidade intergeracional do seu funcionamento, em função do ónus acrescido na população activa.

O Modelo Social Europeu encontra-se num momento de redefinição institucional da cobertura dos riscos sociais, em resultado não só do aumento da pressão financeira sobre o sistema, como também da crescente incongruência entre pressupostos organizativos de um Estado-Providência Beveridgiano e a nova organização social e económica, geradora de novos riscos sociais. A transição de uma economia industrial para uma economia baseada no conhecimento, em conjugação com a diversificação dos modos de organização da família e dos percursos de vida, esteve na génese da falência de dois fundamentos dos sistemas de protecção social: a estabilidade nas relações de trabalho e das famílias, sobre a qual as pessoas garantiam o seu bem-estar. Estes desafios requerem a reconfiguração das políticas sociais, mais focadas na integração social e na formação de capital humano, do que na redistribuição de rendimento. Tem associada uma abordagem aos direitos sociais que valorize as oportunidades de vida, as capacidades e as liberdades positivas, em prejuízo de uma visão estática da igualdade social.

A saúde e as suas inequidades vêm reforçadas a sua importância para a mudança institucional preconizada para os modelos de protecção social, pois esta fundamenta-se no paradigma do envelhecimento activo, que depende do adiamento da perda funcional para muito próximo da morte. Uma abordagem indirecta à equidade é central na construção de um modelo conceptual de análise normativa às desigualdades sociais em saúde, já que a comparação directa entre um indicador de saúde e uma sua distribuição ideal se mostra desadequada à natureza do problema social em estudo.

CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, a integração de elementos normativos é incontornável, dado o posicionamento da saúde como bem de mérito, constituinte das liberdades positivas e marcador de injustiças sociais a montante. Dada a elevada importância da saúde para inúmeros aspectos da vida das pessoas, o princípio da igualdade de oportunidades requer a adoção de igualitarismo específico na saúde. No entanto, a heterogeneidade da saúde impõe limites a esta abordagem: há que atender não só à equidade vertical, que ajusta as respostas sociais ao merecimento relativo; à dupla natureza da saúde como bem natural e social e à necessidade de articular a equidade com a eficiência, de integrar elementos de justiça processual, de defender o direito fundamental à saúde, e por fim, de acomodar o princípio das diferenças.

Depois, a adoção de uma abordagem à justiça social, e por esse motivo à equidade, tributária do liberalismo igualitário exige uma clarificação do âmbito dos critérios de equidade e dos seus limites naturais, a fronteira entre o controlo social e a agência individual na produção de saúde. Esta tensão adquire maior importância exactamente no contexto do liberalismo igualitário, que pretende conciliar as exigências de equidade com as de maior liberdade e autonomia. O exercício pleno e igual das liberdades é a pedra basilar de uma abordagem liberal-igualitária.

Em terceiro lugar, a associação, com grande e diversa sustentação empírica, entre o sistema de vantagens e desvantagens sociais e as desigualdades em saúde permite concretizar critérios para a identificação das diferenças em saúde que tenham, na sua génese, a influência de contextos sociais e políticos mais, ou menos, desiguais. Procura-se, também, solidificar a tese dos determinantes sociais da saúde com recurso aos múltiplos mecanismos causais entre a estrutura social e as desigualdades em saúde. O capital social através da densificação da rede

de ligações horizontais entre as pessoas, permite estabelecer teias de solidariedade e apoio que permitem, a nível local e comunitário, suprimir eventuais lacunas nos recursos de saúde. Outra dimensão do capital social prende-se com mecanismos de solidariedade alargada e com níveis elevados de confiança institucional. Um nível elevado de capital social está, usualmente, associado a melhor saúde, no sentido em que potencia os efeitos das políticas públicas. O papel do contexto ideológico e político na formulação das políticas públicas, que afectam o nível e a equidade em saúde, é relevado como elemento fundamental para enquadramento quer dos determinantes sociais da saúde quer dos critérios de equidade.

A equidade na saúde projecta-se na identificação das desigualdades na saúde fortemente associadas a processos de desvantagem social e, de cuja caracterização seja possível identificar fugas aos critérios de justiça social – as inequidades. A aplicação deste enquadramento conceptual ao processo de envelhecimento exige a concretização dos elementos que lhe são específicos e que contribuem para eventuais inequidades na saúde, durante a velhice.

A análise das inequidades no processo de envelhecimento, abordadas através da dinâmica da saúde, centra-se em duas dimensões caracterizadoras de níveis de acesso aos benefícios da vida boa e cujas diferenças podem ser avaliadas entre indivíduos, grupos, comunidades e sociedades: a precocidade relativa da morte e a duração e severidade do período de incapacidades permanentes ou de longa duração.

O envelhecimento é definido como um processo dinâmico não só dependente da idade, mas também da taxa de declínio funcional. Esta ligação é reforçada ao conceptualizar a morte como um processo de declínio terminal, ao longo de tempo. O momento da morte é visto

mais como a conclusão de um processo de acentuada perda funcional do que como um resultado da idade. O outro elemento caracterizador do processo de envelhecimento, os anos de vida de incapacidade, permite avaliar a qualidade de vida dos idosos, mediada pelo estado de saúde, em função de três alternativas paradigmáticas para a evolução demográfica: a compressão, expansão e a estabilização da morbidade. O usufruto de uma vida plena – associável ao direito ao padrão mais elevado de saúde possível – requer a mais completa compressão possível da morbidade, de modo a que, no extremo, o início das incapacidades coincida com o início do processo de morte.

Torna-se assim possível, em função dos efeitos dos diversos determinantes da saúde, nomeadamente os sociais, que ocorram, em simultâneo, trajectórias saudáveis de vida e fenómenos de expansão da morbidade e de precocidade da morte. A associação entre a presença de desvantagem social e de diferenças na trajectória de saúde são indicativas de inequidades em envelhecimento e, em paralelo, evidências da influência dos determinantes sociais na saúde. A saúde dos idosos pode ser vista como resultado da acumulação, ao longo da vida das pessoas, dos efeitos, positivos, dos investimentos em saúde e, negativos, das agressões em saúde. Deste modo, considera-se adequado ter como referência um modelo de investimento em stock de saúde, com ajustamento parcial, que integre a dinâmica da produção de saúde, e cujos factores correspondem aos diferentes determinantes da saúde que operam a sua influência ao longo da vida das pessoas.

As principais causas próximas das incapacidades são as doenças crónicas. O grau de exposição e de susceptibilidade, função dos determinantes da saúde, a múltiplos factores de risco potenciadores das doenças crónicas estão associados, em parte, aos estilos de vida e comportamentos. Importa, assim, que as escolhas individuais das pessoas permitam a

construção de um stock de saúde adequado ao prolongamento da vida activa, facto que pode indiciar uma limitação à responsabilidade social sobre as diferenças de saúde, nomeadamente ao longo do processo de envelhecimento.

Com este enquadramento, importa discutir o âmbito da equidade como critério de análise das desigualdades em saúde durante o envelhecimento. A delimitação das fronteiras da equidade segundo o controlo social e a agência individual é função da capacidade das pessoas exercerem efectivamente as opções de forma informada, voluntária, não coagida, espontânea e deliberada. Em segundo lugar, deve ser distinguido o conjunto de alternativas de escolha da liberdade efectiva, já que esta contém não só elementos de escolha individual, mas também, mecanismos de delegação social. Terceiro ponto, a adopção de estilos de vida sofre a influência do contexto social, dos pares e dos modos de socialização, pois a observação de comportamentos de risco surge em associação com a presença de desvantagem social. Confirma-se a ideia de o comportamento individual ser um mediador da influência social na saúde, no entanto, a correcta identificação da fronteira da equidade no processo envelhecimento perspectiva-se como essencial.

Enquanto que nos jovens e nos adultos, a relação entre a desvantagem social e as desigualdades em saúde está bem estabelecida, nos grupos mais velhos, os resultados não esclarecem, definitivamente, o dilema entre a convergência do estado de saúde e a acumulação da vantagem social. Os estudos empíricos citados neste texto não permitem respostas conclusivas quanto ao perfil da evolução das desigualdades em saúde ao longo da vida. Apesar de todos confirmarem a associação estatística entre a posição socioeconómica e um indicador de saúde ou de qualidade de vida, nenhum deles é conclusivo quanto à exclusão de uma das alternativas. Argumenta-se, de seguida, que estes modelos não captam a

heterogeneidade do processo de envelhecimento, explorada através da associação entre a desvantagem social e a saúde.

A avaliação das desigualdades sociais da saúde no envelhecimento requer que ambas as dimensões de diferenciação, acima referidas, a precocidade relativa da mortalidade e a duração e severidade dos anos de vida de incapacidade permanente ou de longa duração, sejam tomadas em consideração. As influências cruzadas entre a mortalidade e a morbilidade obrigam, por seu lado, a adoptar um modelo de equações simultâneas que procure descrever o possível equilíbrio dinâmico entre estes dois aspectos da saúde. Por exemplo, é expectável que o aumento da taxa de mortalidade num grupo particular tenha influência, por um efeito de selecção, desfasado no tempo, no perfil global da morbilidade nos grupos etários mais velhos ou que a morbilidade verificada num grupo etário afecte a taxa de mortalidade dessa coorte quando atingir o grupo etário seguinte.

Em segundo lugar, face à heterogeneidade, multidimensionalidade e dependência do contexto da própria desvantagem social e dos mecanismos que a transmitem para a saúde, os indicadores de posição socioeconómica podem não captar todos os efeitos na saúde. Não integram informação relativa às condições ambientais, às relações de poder, à cultura e comportamento, reduzindo a abordagem dos determinantes sociais da saúde ao controlo de recursos materiais e ao acesso ao sistema de saúde. Um indicador de privação permite integrar as diversas dimensões da influência social na saúde, e em paralelo, ancorar a análise num conceito com sólidas ligações directas à perda de bem-estar sofridas pelas pessoas.

Em terceiro lugar, a saúde sofre influências a diversos níveis: individual, familiar, comunitário e social. Este facto requer que sejam exploradas as relações entre variáveis de contexto, nas

diferentes escalas de agregação social, de modo a identificar os efeitos da produção de saúde para além do individual ou de grupo.

Por fim, o envelhecimento é um processo dinâmico de memória muito longa, principalmente quando abordado através das desigualdades na saúde. Nenhum dos estudos aborda as desigualdades em saúde no envelhecimento através da comparação das diferentes trajectórias de saúde. O aprofundamento do conhecimento do envelhecimento deve integrar a análise das diferentes tipologias dinâmicas do estado de saúde.

Estes quatro pontos, colocados como discussão crítica dos estudos acima referenciados, constituem uma agenda de futuros desenvolvimentos no estudo da relação entre o envelhecimento e as inequidades em saúde. Em paralelo, também podem ser vistas como uma descrição do modelo conceptual que se propõe para a análise do envelhecimento à luz das inequidades na saúde, que se sintetiza por: (i) um modelo de equações simultâneas da precocidade da morte e da duração e severidade das incapacidades permanentes e de longa duração; (ii) um indicador de privação como abordagem multidimensional e compreensiva dos aspectos da desvantagem social, integrada como vector de variáveis individuais explicativas; (iii) a introdução de variáveis de contexto em diferentes escalas de agregação social; (iv) a construção de tipologias dinâmicas do envelhecimento, em função das inequidades na saúde.

A integração de elementos normativos na análise deste problema social encontra-se facilitada pela construção deste esquema conceptual, aqui proposto. A selecção das variáveis endógenas resulta da identificação dos aspectos das diferenças na saúde que contém mais impacto na qualidade de vida e nas liberdades positivas. A perda nas funcionalidades básicas prejudica

gravemente o acesso aos benefícios da vida boa, a participação social e o respeito por si próprio. A privação como indicador de desvantagem social permite mapear os diferentes mecanismos de causalidade e mediação dos determinantes sociais na saúde e assim identificar os grupos sociais mais fragilizados. Deste modo, uma adequada caracterização da desvantagem social e da sua dinâmica torna possível a construção de uma tipologia dinâmica das inequidades no envelhecimento. Este elemento, em conjunção com a exploração das influências do contexto, nomeadamente social e comunitário, permite informar a formulação de políticas públicas orientadas para os grupos socialmente mais desfavorecidos, fundamental, agora, no contexto de ajustamento institucional do Modelo Social Europeu.

Em paralelo, o melhor conhecimento das ligações entre o envelhecimento e as inequidades na saúde poderá contribuir para critérios mais rigorosos de separação clara da influência das escolhas individuais e da responsabilidade social.

No entanto, talvez mais fundamental que a marcação clara da fronteira entre a responsabilidade social e a agência individual sobre as trajectórias de saúde das pessoas é a implementação de políticas públicas que garantam os recursos, oportunidades e incentivos como a base institucional de uma sociedade para cidadãos livres e iguais.

BIBLIOGRAFIA

Aboderin, Isabella; Alexandre Kalache & Irene Hoskins (2002), “Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century”, *Bulletin of the World Health Organization* 80 (3): 243-244.

Anand, Paul (2005), “Capabilities and Health”, *Journal of Medical Ethics*, 31: 299-303.

Anand, Paul e Paul Dolan (2005), “Equity, Capabilities and Health”, *Social Science & Medicine*, 60: 219–222.

Anand, Sudhir (2004), “The Concern for Equity in Health”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 15-20.

Anand, Sudhir e Fabienne Peter (2000), “Equal Opportunity”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 48-52.

Anand, Sudhir e Fabienne Peter (2004), “Introduction”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 1-12.

Andersson, Fredrik e Carl Hampus Lyttkens (1999), “Preferences for Equity in Health Behind a Veil of Ignorance”, *Health Economics*, 468: 369–378.

Angell, Marcia (2000), “Pockets of Poverty”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 42-47.

Arnsperger, Christian e Philippe Van Parijs (2000), *Éthique économique et sociale*, Paris, Éditions La Découverte & Syros, Trad. Port. *Ética económica e social*, Porto, Edições Afrontamento, 2004, 108p. [Trad. Port. de António Joaquim Esteves].

- Asada, Yukiko (2005), “A framework for measuring health inequity”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59:700–705.
- Barros, P. Pita (2005), *Economia da Saúde – conceitos e comportamento*, Coleção Olhares sobre a Saúde, Coimbra, Edições Almedina, 392 pp.
- Bommier, Antoine e Guy Stecklov (2002), “Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails”, *Journal of Health Economics*, 21: 497–513
- Braveman, Paula (2006), “Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement” , *Annual Review of Public Health*, 27: 167–94
- Braveman, Paula (2007), “We also need bold experiments: A response to Starfield’s “Commentary: Pathways of influence on equity in health””, *Social Science & Medicine* 64: 1363–1366
- Braveman, Paula e Sofia Gruskin (2003a), “Poverty, equity, human rights and health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7): 539-545
- Braveman, P. e Sofia Gruskin (2003b), “Defining equity in health”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:254-258
- Braveman, P. et alli (2004), “An Approach to Studying Social Disparities in Health and Health Care”, *American Journal of Public Health*, Vol. 94, no.12: 2139-48.
- Coburn, David (2000a), “Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism”, *Social Science & Medicine*, 51-1: 135-146.
- Coburn, David (2000b), “Brief Response”, *Social Science & Medicine*, 51-7: 1009-1010.
- Coburn, David (2004), “Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities”, *Social Science & Medicine*, 58-1: 41-56.

Commission of the European Communities (2000), *Social Policy Agenda - Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, Brussels, 28.06.2000, COM(2000) 379 final: 31pp.

Conselho da Europa (Setembro de 2003), *Convenção para a protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais com as modificações introduzidas pelo Protocolo nº 11 acompanhada do Protocolo adicional e dos Protocolos nºs 4, 6, 7 e 13*.

Crews, JE e Smith, SM. (2003), “Public health and aging”, *American Journal of Public Health* 93 (5): 700-701.

Crimmins, Eileen M. (2004), “Trends in the Health of the Elderly”, *Annual Review of Public Health* 25: 79-98.

Dahl, Espen, Jon Ivar Elstad, Dag Hofoss, Melissa Martin-Mollard (2006), “For whom is income inequality most harmful? A multi-level analysis of income inequality and mortality in Norway”, *Social Science & Medicine* 63: 2562–2574.

Daniels, N (1981), “Health-Care Needs And Distributive Justice”, *Philosophy & Public Affairs*, 10 (2): 146-179.

Daniels, N (1990), “Equality Of What - Welfare, Resources, Or Capabilities”, *Philosophy And Phenomenological Research*, 50: 273-296 Suppl. Fall 1990.

Daniels, N; Kawachi, I e Robinson, DE (2005), “Health disparities by race and class: Why both matter - We must link efforts to address the injuries of race and class simultaneously if we are to reduce health disparities”, *Health Affairs* 24 (2): 343-352.

Daniels, Norman, Bruce Kennedy e Ichiro Kawachi (2000a), “Justice is Good for Our Health”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 3-33.

Daniels, Norman, Bruce Kennedy e Ichiro Kawachi (2000b), “Reply”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 85-94.

Daniels, Norman, Bruce Kennedy e Ichiro Kawachi (2004), “Health and Inequality, or, Why Justice is Good for Our Health”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 63-92.

Deaton, Angus (2003), “Health, Inequality, and Economic Development”, *Journal of Economic Literature*, Vol. 41, No. 1, pp. 113-158.

Deaton, AS e Paxson, CH. (1998), “Aging and inequality in income and health”, *American Economic Review* 88 (2): 248-253.

Diehr, P et alli (2002), “The aging and dying processes and the health of older adults”, *Journal of Clinical Epidemiology* 55 (3): 269-278

Disney, Richard, Carl Emmerson e Matthew Wakefield (2003), “Ill Health And Retirement In Britain: A Panel Data Based Analysis”, The Institute for Fiscal Studies, WP 03/02.

Dolan, Paul e Jan Abel Olsen (2001), “Equity in health: the importance of different health streams”, *Journal of Health Economics*, 20: 823–834.

Duncan, GJ e KR Smith (1989), “The Rising Affluence of the Elderly: How Far, How Fair, and How Frail?”, *Annual Review of Sociology* 15: 261-289.

Emanuel, Ezekiel (2000), “Political Problems”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 59-66.

Esping-Andersen, G. (2000), “Um Estado-Providência para o século XXI” em Rodrigues, Maria João (ed.), *Para uma Europa da Inovação e do Conhecimento*, Oeiras, Celta Editora, pp. 79-125.

Esping-Andersen, G. (2002), “Towards the good society, once again?” in Esping-Andersen, G. et alli (eds.), *Why we need a new Welfare State*. Oxford: OUP: 1-25.

Etches, Vera et alli (2006), “Measuring Population Health: A Review of Indicators” , *Annual Review of Public Health*, 27: 29–55

Ferrera, M., Anton Hemerijck e Martin Rhodes (2000). “O futuro do Estado Providência Europeu” in *O Futuro da Europa Social*, Oeiras, Celta Editora, Capº 5: 99-141

Fielding, JE. (1999), “Public health in the twentieth century: Advances and challenges”, *Annual Review of Public Health*, 20: XIII-XXX.

Fries, JF (1980), “Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity”, *New England Journal of Medicine*, 303:130-5; repub in *Bulletin of the World Health Organization* 80 (3): 245-250.

Gakidou, Emmanuela, Julio Frenk e Christopher Murray (2000), “A Health Agenda”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 70-78.

Giddens, A. (2001), *Sociology – 4th Edition*, Polity Press e Blackwell Publishers, Trad. Port. *Sociologia – 4^a Edição revista e actualizada*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2004, 725pp.

Guralnik, JM; Fried, LP e Salive, ME. (1996), “Disability as a public health outcome in the aging population”, *Annual Review of Public Health* 17: 25-46.

Hernandez-Quevedo C, Jones A, Lopez Nicolas A, Rice N. (2005), “Socio-economic inequalities in health: a comparative longitudinal analysis using the European Community Household Panel”. York: Ecuity III working paper 31 & Health, Econometrics and Data Group(HEDG) working paper 05/12.

Hertzman, Clyde (2000), “Social change, market forces and health”, *Social Science & Medicine*, 51-7: 1007-1008.

Herzog, AR et alli (1994), “The Social-Stratification of Aging and Health”, *Journal Of Health And Social Behavior*, 35 (3): 213-234.

Higgs, P. (1999), “Quality of life and changing parameters of old age”, *Aging & Mental Health*,3 (3):197-198

Hodgson, G.M. (1993), *Economics and Evolution, Bringing Life Back into Economics*, Cambridge, Polity Press, Trad. Port. *Economia e Evolução, o regresso da vida à teoria económica*, Lisboa, Celta Editora, 1997, 364pp. [Trad. de José Castro Caldas].

Islam, M. Kamrul, Juan Merlo, Ichiro Kawachi, Martin Lindstrom e Ulf-G. Gerdtham (2006), “Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review”, *International Journal for Equity in Health* 2006, 5:3, <http://www.equityhealthj.com/content/5/1/3>.

Jones, Andrew M. e Angel López Nicolás (2004), “Measurement and explanation of socioeconomic inequality in health with longitudinal data”, *Health Economics*, 13: 1015–1030.

Jones, A.M. e Rice N. (2004), “Using longitudinal data to investigate socio-economic inequality in health”, In Smith PC, Ginnelly L, Sculpher M. (eds.), *Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges*, Berkshire, Open University Press, 28pp.

Koolman, Xander e Eddy Van Doorslaer, (2003), “Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries”, York: Ecuity II working paper 6: 29pp.

Krieger, N., D. R. Williams and N. E. Moss (1997), “Measuring Social Class in US Public Health Research: Concepts, Methodologies, and Guidelines”, *Annual Review of Public Health*, 27: 341–78.

Kunst, Anton E. et alli (1998), “Mortality by Occupational Class Among Men 30-64 Years in 11 European Countries”, *Social Science & Medicine*, 46-11: 1459-1476.

Le Grand, Julian (1991), *Equity and Choice*, London, Harper Collins Academic, 190 pp.

Lindeboom, Maarten, France Portrait e Gerard J. van den Berg (2003), “Individual Mortality and macro-economic conditions form birth to death”, *Ecuity III Project, working paper #17*: 45pp.

Louçã, Francisco (1997), *Turbulência na Economia – Uma abordagem evolucionista dos ciclos e da complexidade em processos históricos*, Biblioteca das Ciências do Homem – Economia, 5, Porto, Edições Afrontamento, 397pp.

Lynch, John (2000), “Income inequality and health: expanding the debate”, *Social Science & Medicine*, 51-7: 1001-1006.

Marmor, Ted (2000), “Policy Options”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 53-58.

Marmot, Michael (2000), “Do Inequalities Matter?”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 37-41.

Marmot, Michael (2004), “Creating Healthier Societies”, *Bulletin of World Health Organization*, May 2004, 82 (5): 320.

Marmot, Michael (2004a), “Social Causes of Social Inequalities in Health”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 37-62.

Maynard, Alan (1999), “Inequalities in health: an introductory editorial”, *Health Economics*, 8 - 4 : 281-282.

Mooney, Gavin e Stephen Jan (1997), “Vertical Equity: Weighting Outcomes? or Establishing Procedures?”, *Health Policy*, 39-1: 79-87.

Mohseni, Mohabbat e Martin Lindstrom (2007), “Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study”, *Social Science & Medicine* 64: 1373–1383.

Musgrove, Philip (1986), “Measurement of Equity in Health”, *World Health Statistics Quarterly*, 39: 325-335.

Nguyen, Vinh-Kim and Karine Peschard (2003), “Anthropology, Inequality, and Disease: A Review”, *Annual Review of Anthropology*, 32: 447–74.

Nolen, L.B. et alli (2005), “Strengthening health information systems to address health equity challenges”, *Bulletin of World Health Organization*, 83 (8): 597-603

Nord, Erik (2005), “Concerns for the worse off: fair innings versus severity”, *Social Science & Medicine*, 60: 257–263.

Organização das Nações Unidas, *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.

Organização Mundial da Saúde, *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

Pereira, João (1993), “What does equity in health mean?”, *Journal of Social Policy* 22 (1): 19-48.

Peter, Fabienne (2004), “Health Equity and Social Justice”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 93-106.

Rawls, John (1971), *A Theory of Justice*, Harvard, Harvard University Press, Trad. Port. *Uma Teoria da Justiça*, 2ª edição, Lisboa, Editorial Presença, 1993, 449p. [Trad. Port. de Carlos Pinto Correia]

República Portuguesa, *Constituição da República Portuguesa de 2 de Abril de 1976*, Lei Constitucional 1/2005, de 12 Agosto, publicada no D.R. n.º 155, Série I-A de 2005-08-12.

Robert, Stephanie A. (1999), “Socioeconomic Position and Health: the Independent Contribution of Community Socioeconomic Context”, *Annual Review of Sociology* 25: 489-516.

Ruger, Jennifer P. (2004), “Ethics of the social determinants of health”, *Lancet*, 364: 1092–97

Sacker, Amanda et alli (2005), “Social dynamics of health inequalities: a growth curve analysis of aging and self assessed health in the British household panel survey 1991–2001”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 495–501.

Salas, Christian (2002), “On the empirical association between poor health and low socioeconomic status at old age”, *Health Economics*, 11 - 3 : 207-220.

Santana, P (2000), “Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care”, *Social Science & Medicine*, 50 (7-8) APR 2000: 1025-1036.

Sen, Amartya (1992), *Inequality Reexamined*, Oxford, Oxford University Press, 207p

Sen, Amartya (2000), “Foreword”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: vii-xvii.

- Sen, Amartya (2002a), “Why health equity?”, *Health Economics*, 11: 659–666
- Sen, Amartya (2004), “Why health equity?”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 21-33.
- Sen, Amartya (2004), “Health Achievement and Equity: External and Internal Perspectives”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 109-135.
- Subramanian, S. V.; Paolo Belli e Ichiro Kawachi (2002), “The Macroeconomic Determinants of Health”, *Annual Review of Public Health* 23: 287-302.
- Starfield, Barbara (2000), “Primary Care”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 67-70.
- Starfield, Barbara (2006), “State of the Art in Research on Equity in Health”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 31, No. 1, February 2006: 11-32.
- Starfield, Barbara (2007a), “Pathways of influence on equity in health”, *Social Science & Medicine*, 64: 1355–1362.
- Starfield, Barbara (2007b), “Pathways of influence on equity in health: A rejoinder to Braveman and Wilkinson”, *Social Science & Medicine*, 64: 1371–1372.
- Strawbridge, WJ (1993), “The Attribution of Health-Problems to Aging”, *American Journal of Public Health* 83 (9): 1351-1352.
- Tarlov, Alvin R. (2000), “Coburn’s thesis: plausible, but we need more evidence and better measures”, *Social Science & Medicine*, 51-7: 993-995.
- Tibbitts, C. (1951a), “Significance of the Conference on Aging for Public Health”, *American Journal of Public Health* 41 (2): 176-181.

Tibbitts, C. (1951b), “Socio-Economic and Public Health Aspects of the Aging Process”, *American Journal of Public Health* 41 (8): 944-949.

Uhlenberg, P (1992), “Population Aging and Social Policy”, *Annual Review of Sociology* 18: 449-474.

Van Hooijdonk, Carolien, Mariël Droomers, Jeanne A.M. van Loon, Fons van der Lucht e Anton E. Kunst (2007), “Exceptions to the Rule: Healthy Deprived Areas and Unhealthy Wealthy Areas”, *Social Science & Medicine* 64: 1326–1342.

Van Parijs, Philippe (1991), *Qu'est-ce qu'une société juste? – Introduction a la pratique de la philosophie politique*, Paris, Editions du Seuil, 315p.

Van Parijs, Philippe (2000), “A Basic Income for All”, *Boston Review*, 25:5, 2000, 4-8, Trad. catalane “Una renda bàsica per a tothom”, *La Revista Online del Consell de Treball Econòmic i Social de Catalunya*, 18 Ano, 2005.

Van Parijs, Philippe (2004a), “Just Health Care in a Pluri-National Country”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 109-135.

Von dem Knesebeck, Olaf et alli (2007), “Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study”, *Ageing & Society* 27, 269–284.

Wagstaff, Adam (1991), “QALYs and the equity-efficiency trade-off”, *Journal of Health Economics*, 10: 21-41.

Wikler, Daniel (2004), “Personal and Social Responsibility for Health”, em Anand, Sudhir, Fabienne Peter e Amartya Sen (eds.), *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford, Oxford University Press, Paperback Edition, 2006: 109-135.

Williams, Alan (1997), “Intergenerational equity: an exploration of the ‘fair innings’ argument”, *Health Economics*, 6 - 2: 117-132.

Williams, Alan (2003), “Comment on Amartya Sen’s ‘Why Health Equity’”, *Health Economics*, 12: 65–66 (2003).

Williams, Alan e Richard Cookson (2000),”Equity in Health”, *Handbook of Health Economics*, Amsterdam, Elsevier North-Holland, Cap. 35: 1863-1909.

Wilkinson, Richard G. (2000), “Deeper than “neoliberalism”. A reply to David Coburn”, *Social Science & Medicine*, 51-7: 997-1000.

Wilkinson, Richard (2007), “The challenge of prevention: A response to Starfield’s “Commentary: Pathways of influence on equity in health””, *Social Science & Medicine* 64: 1367–1370.

Wilkinson, Richard G e Kate E. Pickett (2006), “Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence”, *Social Science & Medicine*, 62: 1768–1784.

Woolhandler, Steffie e David Himmelstein (2000), “Lost in Translation”, em Cohen, Joshua and Joel Rogers (eds.), *Is Inequality Bad for our Health?*, Boston, Beacon Press, 2000: 79-82.