

Iniquidades em saúde e determinantes políticos: olhar crítico acerca das relações, déficits e assimetrias

Health inequities and political determinants: a critical look at relations, deficits and asymmetries

Inequidades en salud y determinantes políticos: una mirada crítica acerca de las relaciones, déficits y asimetrías

Marcelo Lamy¹

Universidade Santa Cecília, Santos, SP, Brasil

 <http://orcid.org/0000-0001-8519-2280>

 marcelolamy@unisanta.br

Sandra Mara Campos Alves²

Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558>

 smcalves@gmail.com

Submissão em: 23/08/23

Revisão em: 04/09/23

Aprovação em: 04/09/23

Resumo

Objetivos: identificar em que medida as iniquidades em saúde sempre foram integradas por injustas distribuições de poder, quais seriam as facetas principais dessa assimetria e em que realidades práticas elas mais se manifestam. **Metodologia:** revisão crítica de documentos produzidos em conferências e projetos internacionais relacionados à governança em saúde, aliada à revisão narrativa de textos científicos que tangenciam as temáticas neoinstitucionalistas. **Resultados:** desde a percepção inicial sobre os determinantes sociais da saúde, fez-se referência a determinantes políticos (em especial, a injusta distribuição de poder). O projeto *Global Governance for Health* evidenciou convir que os determinantes políticos sejam tratados em separado, pois, em certa medida, são os determinantes dos determinantes sociais. Os principais déficits políticos que afetam a tomada de decisão na área da saúde e impedem que sejam superadas as iniquidades em saúde são cinco: a) representatividade; b) transparência; c) adaptabilidade; d) intersetorialidade; e) regulação. As situações em que esses déficits se mostram mais evidentes são sete: i) diante da necessidade histórica de medidas de austeridade financeira; ii) no âmbito das políticas protecionistas dos detentores de propriedade industrial e intelectual; iii) na seara dos acordos de investimentos; iv) no âmbito do mercado de alimentos; v) diante da opção de deixar certas atividades corporativas desreguladas, vi) frente a opção de excluir os migrantes das tomadas de decisão; vii) diante da violência armada. **Conclusão:** o não enfrentamento das disfunções políticas de governança da saúde faz com que sejam mantidas as iniquidades de saúde e até mesmo cria ou agrava novas iniquidades.

Palavras-chave

Determinantes Sociais da Saúde. Política de Saúde. Democracia.

Abstract

Objectives: to identify the extent to which health inequities have always been integrated by unfair distributions of power, what would be the main facets of this asymmetry and in which practical realities

1 Doutor, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Professor permanente.

2 Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Pesquisadora e coordenadora.

they are most manifested. **Methods:** critical review of documents produced at international conferences and projects related to health governance, combined with a narrative review of scientific texts that touch on neo-institutionalist theme. **Results:** since the initial perception about the social determinants of health, reference has been made to political determinants (in particular, the unjust distribution of power). The *Global Governance for Health* project has shown that political determinants should be treated separately, as they are, to some extent, the determinants of social determinants. The main political deficits that affect health decision-making and prevent health inequities from being overcome are five: a) representativeness; b) transparency; c) adaptability; d) intersectorality; e) regulation. The situations in which these deficits are most evident are seven: i) in the face of the historical need for financial austerity measures; ii) in the context of protectionist policies of industrial and intellectual property holders; iii) in the area of investment agreements; iv) in the context of the food market; v) in the face of the option to leave certain corporate activities unregulated; vi) in the face of the option to exclude migrants from decision-making; vii) in the face of armed violence. **Conclusion:** failure to address the political dysfunctions of health governance means that health inequities are maintained and even creates or exacerbates new inequities.

Keywords

Social Determinants of Health. Health Policy. Democracy.

Resumen

Objetivos: identificar en qué medida las inequidades en salud siempre han estado integradas por distribuciones injustas de poder, cuáles serían las principales facetas de esa asimetría y en qué realidades prácticas se manifiestan más. **Metodología:** revisión crítica de documentos producidos en congresos y proyectos internacionales relacionados con la gobernanza sanitaria, combinada con una revisión narrativa de textos científicos que tocan temas neoinstitucionalistas. **Resultados:** desde la percepción inicial de los determinantes sociales de la salud, se ha hecho referencia a los determinantes políticos (en particular, a la injusta distribución del poder). El proyecto *Global Governance for Health* ha demostrado que los determinantes políticos deben tratarse por separado, ya que, en cierta medida, son los determinantes de los determinantes sociales. Los principales déficits políticos que afectan a la toma de decisiones sanitarias y impiden superar las desigualdades en salud son cinco: a) representatividad; b) transparencia; c) adaptabilidad; d) intersectorialidad; e) regulación. Las situaciones en las que estos déficits son más evidentes son siete: i) ante la necesidad histórica de medidas de austeridad financiera; ii) en el contexto de las políticas proteccionistas de los titulares de la propiedad industrial e intelectual; iii) en el ámbito de los acuerdos de inversión; iv) en el contexto del mercado alimentario; v) ante la opción de dejar sin regulación determinadas actividades empresariales; vi) ante la opción de excluir a los migrantes de la toma de decisiones; vii) ante la violencia armada. **Conclusión:** no abordar las disfunciones políticas de la gobernanza sanitaria significa que las desigualdades en salud se mantienen e incluso crean o exacerbaban nuevas desigualdades.

Palabras clave

Determinantes Estructurales de la Salud. Política de Salud. Democracia.

Introdução

As discussões internacionais voltadas a consolidar o direito à saúde moldaram uma madura percepção de que a saúde depende de determinantes políticos, sociais, econômicos e ambientais; o que se viu explicitado, de modo especial, na Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde de 2011 (1).

O Brasil, em sua Constituição de 1988, alinhou-se a esse olhar, pois apresentou como primeira obrigação do Estado, no âmbito da Saúde Pública, em seu art. 196, a de desenvolver “[...] políticas

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (2). Por outro lado, o meio ambiente ecologicamente equilibrado foi considerado essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Estado, nos termos do art. 225, o “[...] dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações” (2).

Embora a Constituição não tenha explicitado quais são esses determinantes sociais a serem enfrentados nas *políticas sociais e econômicas*, a Lei nº 8.080/1990 o fez. Estabeleceu, no art. 3º, que a saúde tem como determinantes e condicionantes, “[...] entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (3).

A normativa, no entanto, não deu atenção às dimensões de governança da saúde (bem destacadas na Declaração do Rio). Em outras palavras, a normativa pátria não se desdobrou de maneira específica sobre os determinantes políticos da saúde.

Ocorre que, desde Harold Lasswell (4), percebeu-se ser necessário fazer conexões entre a percepção dos problemas públicos, a consequente formulação de políticas públicas e o contexto político que embebe essas realidades.

Estruturas simbólicas, sentimentos públicos, paradigmas políticos e ideias programáticas, na acepção de Campbell (5), restringem o que pode ser considerado o legítimo curso de ação ao se tentar resolver problemas públicos, limitando a gama de alternativas aceitáveis que os formuladores de políticas provavelmente considerarão.

No mesmo sentido, Howlett, Ramesh e Perl (6) apontam como as metainstituições do capitalismo e da democracia influenciam a formulação de políticas públicas, às quais acrescentaríamos o neoliberalismo e a globalização.

Os contextos (*polities*) moldam as políticas públicas (*policies*), e a saúde coletiva depende das políticas públicas (não só das sociais, econômicas e ambientais, mas também as de assistência à saúde). Nesse âmbito, é necessário destacar, no campo teórico, os determinantes políticos dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde.

Uma vez compreendido como os paradigmas políticos se apresentam no mundo jurídico pelas dinâmicas do poder, é possível tratar desses paradigmas no âmbito das políticas públicas de saúde.

Segundo o relatório final da *The Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health* (7), o não enfrentamento das disfunções políticas de governança faz com que sejam criadas ou mantidas as iniquidades de saúde, convivendo com um leque de ações muito restritas de combate às iniquidades.

Assim, este artigo tem por objetivo identificar as relações entre as iniquidades em saúde, as principais facetas da assimetria e das realidades em que se manifestam.

Metodologia

No âmbito dos estudos teóricos e práticos sobre políticas públicas, a investigação vale-se do pensamento neoinstitucionalista, que destaca o papel das instituições nas estruturas políticas, sociais e econômicas, e, de modo especial, das concepções de Harold Laswell (4), de John Campbell (5) e de Michael Howlett (6), no tocante à análise das políticas públicas.

No âmbito dos estudos sobre a governança da saúde, a proposta de investigação amparou-se nas conclusões da *The Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health* sobre a

governança global da saúde (7), bem como no relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (8).

Além disso, ancorou-se em revisão narrativa de textos científicos produzidos por pesquisadores norte-americanos especializados em políticas públicas que discutem o institucionalismo, identificados a partir da clássica obra de Howlett, Ramesh e Perl (6).

A análise sobre o enfrentamento ou o não enfrentamento dos déficits políticos teve como pressupostos os paradigmas do modelo de governança sugerido pela *The Lancet – University of Oslo Commission on Global Governance for Health* (7), bem como as recomendações de intervenções de governança intersetorial modeladas pela Organização Mundial da Saúde (8).

Das desigualdades naturais às iniquidades evitáveis

As desigualdades entre as pessoas nas suas condições de saúde são consideradas iniquidades quando elas advêm de desigualdades produzidas por estruturas e processos sociais profundos; por normas, políticas e práticas que promovem ou simplesmente toleram a distribuição injusta de poder, de riquezas.

Em outras palavras, o objetivo perseguido pela equidade não é eliminar todas as diferenças de saúde, mas reduzir ou eliminar aquelas que resultam de fatores considerados evitáveis e injustos. Mesmo que esses fatores advenham da própria formação histórica de um povo, precisam ser superados e não podem ser replicados arranjos políticos e sociais injustos.

Há de se observar, como alerta o documento *Redução das desigualdades no período de uma geração*, que existem “[...] normas sociais e escolhas políticas que alimentam processos de elaboração de políticas, conseqüentemente conduzindo às condições de vida, crescimento e trabalho desiguais” (p. 125) (9). Ou, como aponta a Comissão Lancet – Universidade de Oslo: “[a]s desigualdades na saúde têm várias causas, algumas das quais estão enraizadas na forma como o mundo está organizado” (p. 631, tradução livre³) (7).

Por mais que se queira o bem, como o de resolver o problema social relevante da carência de moradias, a consolidação de moradias populares sem a infraestrutura adequada de saneamento, de transporte público regular e não dispendioso, de escolas próximas e de qualidade, de unidades de saúde acessíveis etc., arraiga-se, intencionalmente ou não, a distribuição injusta de poder e de riquezas. A distribuição injusta não pode ser replicada nem mesmo quando a própria sociedade apresenta-se exigindo a solução inadequada, pois, enredada nas estruturas sociais, não enxerga a complexidade dos seus problemas nem os efeitos negativos de resolver apenas uma faceta daquilo que lhe aflige.

No campo da saúde, é preciso considerar que a abordagem biomédica pode mitigar as consequências da iniquidade, mas não suas causas:

A abordagem biomédica cura doenças, mas não pode, por si só, abordar as causas fundamentais da desigualdade na saúde [...] As causas profundas da desigualdade na saúde não podem ser diagnosticadas e remediadas com soluções técnicas ou apenas pelo setor da saúde, porque as causas da desigualdade na saúde estão ligadas à justiça na distribuição de poder e recursos, e não à variação biológica [...] A interpretação das desigualdades na saúde criadas social e politicamente como problemas de gerenciamento tecnocrático ou médico despolitiza os males sociais e políticos e pode

³ No original: “Health inequalities have multiple causes, some of which are rooted in how the world is organised”.

abrir caminho para soluções mágicas que geralmente lidam com os sintomas, e não com as causas. (p. 636, tradução livre⁴) (7)

Para se resolver as iniquidades da saúde, portanto, é preciso considerar, em todas as ações estatais, a estrutura social que se quer construir, implementar ou replicar.

Surgimento da preocupação com os determinantes sociais da saúde

A *Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários* – documento que pode ser considerado o fundamento do conceito e dos princípios da moderna atenção primária – reafirmou o valor da equidade e que a responsabilidade estatal depende de adequadas medidas sanitárias e sociais (10).

A *Carta de Ottawa* – documento que pode ser considerado o fundamento dos conceitos e dos princípios da moderna promoção da saúde – afirmou que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (11).

As posteriores conferências mundiais da OMS celebradas em Adelaide, Austrália (1988), em Sundsvall, Suécia (1991), em Jacarta, Indonésia, (1997) e na Cidade do México, México (2000), proporcionaram indicações e orientação sobre as medidas a tomar para abordar os determinantes da saúde, visando alcançar a saúde para todos.

A *Carta de Bangkok* (12) para o fomento da saúde em um mundo globalizado, afiançada pela Assembleia Geral da OMS no informe *Promoção da saúde em um mundo globalizado* (13), explicitou a necessidade de centrar a promoção da saúde nos determinantes da saúde; considerando, inclusive, a responsabilidade estatal de abordar os determinantes como uma responsabilidade básica.

E, nesse âmbito, parece presente o conceito de determinantes como o conjunto de “[...] condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham, envelhecem e morrem” (p. 1.086) (14).

Percepção dos determinantes políticos da saúde

Tendo em conta a *Declaração Alma-Ata* (10), a *Carta de Ottawa* (11) e a *Carta de Bangkok* (12), a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2008, em seu informe final (8), destacou a necessidade do enfrentamento dos seguintes problemas geradores da iniquidade: a) a *distribuição de poder* [destaque nosso], renda, bens e serviços; b) acesso à saúde, à escolaridade e à educação; c) condições de trabalho e lazer; d) o estado das moradias e ambiente físico.

Em suas recomendações principais (8), aponta a necessidade de três ações especiais: a) melhorar as condições de vida; b) lutar contra a *distribuição não equitativa de poder* [destaque nosso], dinheiro e recursos; c) medir a magnitude do problema, analisá-lo e avaliar os efeitos das intervenções.

Quanto à segunda recomendação, destacam-se, ainda, duas de suas recomendações de ações: a) dar *poder efetivo a todos os grupos da sociedade* mediante um sistema justo de representação nos processos de tomada de decisão sobre o funcionamento da sociedade, em particular em relação aos efeitos que essas decisões podem ter na equidade sanitária, criando e mantendo um marco de *participação social na formulação de políticas*; b) *permitir que a sociedade possa organizar-se e atuar*

⁴ No original: “The biomedical approach cures disease, but it alone cannot address the root causes of health inequity [...] The deep causes of health inequity cannot be diagnosed and remedied with technical solutions, or by the health sector alone, because the causes of health inequity are tied to fairness in the distribution of power and resources rather than to biological variance [...] Construing socially and politically created health inequities as problems of technocratic or medical management de politicises social and political ills, and can pave the way for magic-bullet solutions that often deal with symptoms rather than causes.”

de forma que se promovam e respeitem os direitos políticos e sociais que afetem a equidade sanitária (8).

Amparada nesse informe (8), a Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 2009, aprovou a Resolução WHA62.14 (15) em que exortou a todos a: a) *envolver a todos*, em particular a sociedade civil e o setor privado; b) contribuir para a *emancipação dos indivíduos e dos grupos, especialmente dos marginalizados*.

Delimitações iniciais dos determinantes políticos da saúde

Em 2011, no seio da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, produziu-se a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (1) em que se reconheceu que “[...] a equidade em saúde é uma responsabilidade compartilhada e demanda o engajamento de todos os setores governamentais, de todos os segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional” (item 2). Ademais, que a saúde “[...] depende do envolvimento e do diálogo com outros setores e atores” (item 7) e que é uma contribuição essencial para ações nacionais e locais o “[...] aumento da participação na formulação de políticas e monitoramento do progresso” (item 10).

Reconheceu-se, ainda, que cinco áreas são cruciais para a abordagem das iniquidades em saúde: “(i) adotar uma *melhor governança* no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a *participação na formulação e implementação* de políticas; (iii) continuar reorientando o setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; (iv) *fortalecer a governança e a colaboração* global; e (v) monitorar os avanços e ampliar a prestação de contas.” (item 10) (1).

No âmbito da governança, destaca a necessidade de constituir “[...] processos decisórios inclusivos que deem voz a todos os grupos e setores envolvidos” (item 11.1) (1). No âmbito dos processos participativos, na formulação e na implementação de políticas, os Estados comprometeram-se a (1): a) promover e ampliar, no campo da saúde e na governança em saúde, *processos de decisão*, implementação e prestação de contas transparentes e *inclusivos em todos os níveis*, até mesmo por meio da expansão do acesso à informação e à justiça e da participação pública; b) potencializar o *papel das comunidades* e fortalecer a *contribuição da sociedade civil* na formulação e na implementação de políticas com a adoção de medidas que permitam sua efetiva participação no processo decisório em prol do interesse público; c) promover esquemas de governança transparentes e inclusivos, que envolvam, desde o início, os setores afetados em todos os níveis de governo, a sociedade civil e o setor privado, com a devida proteção contra os conflitos de interesses; d) no espírito da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, considerar os determinantes sociais específicos que geram iniquidades de saúde para os povos indígenas, bem como suas necessidades específicas, e promover uma colaboração valiosa com esses povos para a formulação e a implementação de políticas e de programas conexos; e) considerar as contribuições e a capacidade da sociedade civil para a promoção, a mobilização social e a implementação de medidas referentes aos determinantes sociais da saúde; f) promover a equidade em saúde em todos os países, especialmente por meio do intercâmbio de boas práticas em relação à expansão da participação na formulação e na implementação de políticas; g) promover a plena participação de países desenvolvidos e em desenvolvimento na formulação e na implementação de políticas e medidas para abordar os determinantes sociais da saúde no âmbito internacional.

Na sequência, a Assembleia Geral da OMS aprovou a Resolução WHA65.8 (16) exortando os 125 Estados que participaram da conferência internacional a que cumpram os compromissos assumidos, que foram compendiados no documento A65/16 (17).

Déficits políticos da saúde

Segundo a Comissão Lancet – Universidade de Oslo, os déficits políticos, que se revelam sistêmicos, são os seguintes (7, p. 654-657):

Déficit de representatividade

Na arena da tomada de decisão, há uma baixa ou insuficiente representação ou participação de atores relevantes (de peritos ou especialistas, de determinados usuários, de grupos sociais marginalizados), enquanto há uma presença desmedida de atores que representam tanto os interesses econômicos quanto os detentores dos cargos políticos de livre nomeação.

Déficits de transparência, accountability e responsabilização

Os meios pelos quais o poder pode ser incitado a ser espontaneamente transparente, a prestar contas ou a dar informação para a sociedade são fracos e insuficientes. Até mesmo no âmbito das tomadas de conta regradadas pela lei (sejam elas administrativas, parlamentares ou jurisdicionais) veem-se replicadas essas fragilidades, inclusive no que se refere à responsabilização por não informar ou por informar de forma inadequada.

Déficit de adaptabilidade institucional

As normas e os procedimentos consolidados de tomada de decisão – apesar de constituírem uma vitória para o Estado de Direito – são inflexíveis e difíceis de reformar, especialmente quando os interesses que essas normas e procedimentos tutelam estão enraizados nos que compõem as instituições que tomam as decisões. O Estado de Direito, de fato, parece marcado pela baixa adaptabilidade a novas necessidades (notadamente às urgentes) e pela baixa adaptabilidade a novas soluções.

Déficits de intersectorialidade

Nos espaços de decisão política fora do setor da saúde, a saúde é ordinariamente desconsiderada e subordinada a outros objetivos, muitas vezes, de menor relevância. É comum não haver efetiva percepção das outras áreas públicas das suas responsabilidades com relação à saúde e às iniquidades. Em reação a isso, nasceu o movimento internacional que pleiteia o que é ainda preciso buscar: a saúde em todas as políticas. De outro lado, as políticas propriamente de saúde também dependem dos outros setores. E, nesse ponto, ainda é incipiente a experiência pública em consolidar a efetiva intersectorialidade.

Déficit de regulação

A saúde ainda carece de muitas normas parlamentares (forma de decidir as condutas devidas e de fixar as consequências do não seguimento delas no Estado democrático de direito). No Brasil, mesmo com as reservas legais (formais e materiais) estabelecidas para a saúde nos arts. 196 a 200 da Constituição de 1988 (2), essa realidade não se alterou. A saúde ainda depende excessivamente de normas regulamentares editadas pelo Executivo, que são eficazes para fixar diretrizes, procedimentos

e a operacionalização do setor, mas inadequadas para valer-se de qualquer instrumento jurídico sancionatório, salvo o premial. Essa é uma das razões que explicam por que a saúde pública padece de mecanismos de *enforcement*, de *accountability* e de responsabilização. A dependência de normas regulamentares do governo de plantão, por sua vez, faz com que o arcabouço regulatório da saúde seja extremamente numeroso, quase impossível de ser conhecido até mesmo pelos integrantes do próprio sistema de saúde.

São esses déficits que originam, mantêm ou agravam as injustas distribuições de poder, as iniquidades políticas da saúde.

Essas disparidades de poder são causas, também, das disfunções sistêmicas da governança. Os atores que se beneficiam dessas disparidades de poder determinam a forma como as regras do jogo são escritas, e, uma vez escritas, as regras podem ser utilizadas para manter tais disparidades.

Áreas nas quais as iniquidades políticas se manifestam

A Comissão Lancet – Universidade de Oslo (7) destacou como as assimetrias de poder entre os atores eclodem, de modo especial, em sete áreas.

Seara das medidas de austeridade financeira

Diante das crises financeiras, Grécia, Irlanda, Portugal e Espanha aceitaram, para superar suas crises financeiras, a imposição internacional de medidas de austeridade que incluíram, além de reduzir os déficits fiscais, desregular a economia e privatizar estatais (governo pequeno), reduzir os gastos em programas sociais de saúde, de assistência e de educação. Somente a Islândia deu o contraexemplo e trilhou um caminho de saída da crise sem interromper os investimentos sociais (7, p. 638-640).

Esses fatos nos fazem questionar: por que os interesses dos credores e as medidas negociadas de austeridade não consideram, de modo geral, os efeitos sociais negativos dessas medidas? Por que se aceita tão facilmente o rebaixamento da rede de proteção social, da seguridade social?

Há reivindicações no âmbito da OIT, da OMS, do FMI e do Banco Mundial que defendem um piso global de proteção social intocável pelas medidas de austeridade; que, além de assegurar um rendimento básico (para idosos, pessoas com deficiência, desempregados e pobres), garantam os serviços sociais essenciais (saúde, água, saneamento, educação, segurança alimentar, habitação).

Ocorre que “[...] não há espaço político adequado para garantir que as preocupações com a saúde sejam consideradas na elaboração dos pacotes de resgate financeiro” (7, p. 640, tradução livre⁵).

As condições impostas para os resgates financeiros das instituições e até mesmo de países, que em geral desconsideram e atropelam as preocupações sanitárias, são exemplos de como os déficits de representatividade e de intersetorialidade (as autoridades envolvidas com a saúde não sentam à mesa dessas negociações nem são consultadas) e de regulação (leis que estabeleçam limites para os sacrifícios orçamentários da saúde e que assegurem a progressividade do direito à saúde) impactam, negativamente, nos processos de governança que impactam, diretamente, nos determinantes sociais da saúde.

Âmbito da propriedade industrial e intelectual

Os países em desenvolvimento sofrem pressão dos exportadores de propriedade intelectual para implementar proteções rígidas à propriedade industrial e aos direitos autorais, a fim de se garantir,

⁵ No original: “[...] adequate policy space is not provided to ensure that health concerns are considered in the design of financial bailout packages”.

acima de tudo, o rendimento econômico da propriedade intelectual. Tal jogo se estabelece independentemente de a propriedade em tela estar relacionada à saúde ou não.

Ainda é recente e pontual o licenciamento compulsório ou a quebra de patentes em saúde (situações ancoradas na superioridade do valor saúde, diante do valor finanças), assim como, embora crescente, ainda são poucas as revistas científicas de escolas da área da saúde com acesso aberto (7, p. 640-642).

A disparidade de poder econômico e de acesso ao conhecimento especializado entre os exportadores e os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento é reforçada pelas regras institucionais da Organização Mundial do Comércio (OMC) e pelas barreiras para a alteração do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio (TRIPS (7, p. 642).

Nas esferas nacionais, a rotina não é diversa, segundo o relatório da *Commission on Global Governance for Health*, pois as empresas detentoras da propriedade intelectual de tecnologias de saúde (em especial, as detentoras de patentes de medicamentos) negociam a portas fechadas o preço que lhes será autorizado praticar no país: “[...] as negociações comerciais são quase sempre conduzidas a portas fechadas, quase sem nenhuma oportunidade de revisão pública das minutas dos acordos”⁶ (7, p. 642).

Os déficits de representatividade, de transparência e de regulação estão notoriamente presentes nessa seara de atividades. Enquanto não enfrentados, não se alterará como se dá o jogo de conjunto de decisões que afetam diretamente a saúde.

Seara dos acordos de investimentos

O objetivo dos acordos de investimento é proteger os fluxos monetários e potencializar os rendimentos financeiros. Ocorre que a meta imediata desses acordos leva os negociadores públicos e privados a não sopesar ou a não dar o devido valor a questões de saúde, de meio ambiente e de trabalho. Por mais que cresçam as tentativas de se instituir a responsabilidade social no âmbito dos investimentos, essas tentativas ainda são incipientes e carentes de *enforcement*.

Os apelos para aumentar a transparência desses acordos têm se mostrado difíceis de implementar. O notório déficit de regulação com *enforcement* desse setor contribui para os déficits de representatividade, de transparência e de responsabilização. Existem instituições fortes para proteger os direitos dos investidores, mas são frágeis os mecanismos de responsabilização dos investidores sobre efeitos negativos na saúde de que suas ações podem resultar (7, p. 644), inclusive quando afetam os determinantes sociais, o meio ambiente e as condições do trabalho.

Âmbito do mercado de alimentos

O acesso de todos, a qualquer momento, a alimentos suficientes, seguros e nutritivos (paradigmas da segurança alimentar) continua a ser critério de pouca relevância no cotidiano do mercado nacional e internacional de alimentos.

Os atores que conduzem as políticas alimentícias em todo o mundo cada vez mais são empresas multinacionais, corporações transnacionais, supermercados globais. Esses atores lucram, e muito, com a venda em escala de alimentos mais baratos, porém altamente processados e de alta densidade energética (7, p. 645).

⁶ No original: “[...] trade negotiations are almost always conducted behind closed doors with almost no opportunity for public review of draft agreements.”

O mesmo se diga com relação à produção mundial de alimentos, ainda ancorada no paradigma questionável dos *agrodefensivos* (irônico termo que substituiu *agrotóxicos*).

Enquanto a arquitetura da governança dos alimentos não for efetivamente estruturada por especialistas em segurança alimentar e nutricional, viver-se-á o que Amartya Sen (18) vaticinou há décadas: veremos o status nutricional ser determinado pelos fatores políticos, e não pela disponibilidade ou pela qualidade dos alimentos.

Atividades corporativas desreguladas

As grandes empresas fazem negócios em escala global e dominam a produção e o mercado de bens e serviços do mundo (7). Essa situação afeta a vida de indivíduos e das comunidades de várias maneiras: suas condições de emprego (em fábricas, campos, minas etc.); seus padrões de consumo (por meio da publicidade); e, não menos importante, suas condições ambientais.

A atuação dessas poderosas corporações nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento costuma estar acompanhada da degradação ambiental e da deterioração dos padrões trabalhistas básicos (7).

Os Estados, na interação com as grandes corporações, parecem um ser menor, impotente. Não é incomum ver essas corporações, de fato, ditarem os comportamentos estatais, isto é, há mais do que desregulação dessas corporações, uma vez que elas mesmas ditam suas regras. Por conseguinte, é inimaginável pensar, nesse âmbito, a interação com a sociedade civil.

Mapear, em cada Estado, os setores ou as dimensões sociais que essas corporações atingem e afetam pode ser o primeiro passo a se tomar, ou seja, mapear o problema.

No futuro, é necessário investir em mecanismos internacionais de regulação das atividades dessas corporações (o que já se pensa no projeto *Global Governance for Health*), pois nos parece ser esse o único caminho para que o Estado e a sociedade civil possam adquirir a ossatura e a musculatura necessárias para ingressarem na arena desses pesos-pesados.

Exclusão do migrante

Os migrantes que cruzam as fronteiras em busca de uma vida melhor (por vontade própria ou porque foram forçados a isso), em geral, não têm representação democrática nem em nível global nem nacional. Eles são destituídos de poder com relação ao país anfitrião, que detém o poder de determinar sua situação legal e seu grau relativo de exclusão social, econômica, política e legal da sociedade.

A dificuldade em garantir proteção da saúde e dos determinantes sociais da saúde dos migrantes (sobretudo, moradia adequada, trabalho salubre, alimentação segura e educação continuada) demonstra disfunções sérias no sistema de governança da saúde *para todos*, em especial se considerarmos que essa dificuldade constitui uma séria violação a diversas convenções internacionais de direitos humanos.

Existem instituições nacionais incipientes para estabelecer os padrões adequados de tratamento dos migrantes, particularmente dos migrantes irregulares, a fim de garantir que a saúde seja levada em conta na política nacional de migração. Essas instituições ainda estão amparadas apenas no viés assistencialista (ajudar o outro, o necessitado), mas não estão pensadas para a representatividade do próprio migrante, para serem instituições em que o migrante seja também o protagonista.

Esse déficit democrático ou de representatividade esbarra em uma profunda barreira cultural, em uma terrível ficção que acompanha o ser humano há muitos anos. Antes de se verem como humanos

(o que seria lógico diante das questões humanitárias), os homens parecem se ver como dessa ou daquela nacionalidade.

Nesse caldo cultural, pensamos assim: aos nacionais, pertencem os direitos; aos estrangeiros, os direitos são concedidos, são liberalidades do anfitrião.

Violência armada

Sem dúvida, as guerras e os conflitos armados em geral (inclusive internos) são uma das mais poderosas e duradouras ameaças à saúde e ao bem-estar humanos. Tais conflitos armados levam, em curto prazo e em qualquer espaço, a: morte, ferimentos, invalidez, doenças mentais etc. Além disso, rapidamente agravam muitos dos determinantes sociais da saúde.

A capacidade das instituições nacionais e internacionais para avaliar e responder adequadamente ao fenômeno da violência é ainda bastante limitada. Diante do conflito estabelecido, ainda não se elaborou um modelo de reação adequado.

Há certo consenso de que, para criar um mundo mais seguro e protegido para todos, as questões de desigualdade e de injustiça (quase sempre, uma das causas dos conflitos) devem ser abordadas continuamente. É preciso haver mecanismos que incitem discussões regulares que envolvam a todos sobre o que fazer concretamente e em partes específicas do mundo para evitar a eclosão de conflitos ou para arrefecer as suas dimensões.

Ainda não foram construídas normas (regulação) nem a adaptabilidade das práticas para as situações de violência. Diante da violência instituída, veem-se todos os déficits políticos: de representatividade, de transparência, de adaptabilidade, de intersectorialidade e de regulação. E todos eles ganham outra gravidade.

Conclusão

As iniquidades políticas no âmbito da saúde (desigualdades na saúde decorrentes das injustas assimetrias de poder) e as atuações públicas que se valham de estruturas replicadoras dessas iniquidades são moral e juridicamente reprováveis.

A equidade política na saúde tem de ser vista como uma condição prévia, como um resultado e como um indicador de uma sociedade sustentável e deve ser adotada como um objetivo social e político por todos os formuladores de políticas públicas (de todos os setores).

A equidade política na saúde desvela o determinante dos determinantes sociais da saúde. Desse modo, enquanto não for enfrentado o déficit de representatividade, não será modificado o rumo das decisões que hoje não colocam como prioridade os determinantes sociais.

Por sua vez, enquanto não for enfrentado o déficit de transparência, serão implantadas políticas que nem mesmo se sabe se serão eficazes ou ineficazes diante dos determinantes sociais.

Enquanto não forem enfrentados os déficits de adaptabilidade, não haverá preparação para atacar as dinâmicas necessidades dos determinantes sociais.

Enquanto não forem enfrentados os déficits de intersectorialidade, estar-se-á implantando políticas que mitigam os determinantes sociais em paralelo a políticas que agravam os mesmos determinantes.

Por fim, enquanto não houver enfrentamento dos déficits de regulação, com a apresentação de projetos de lei que verdadeiramente institucionalizem os marcos da saúde, a confrontação pública dos determinantes não contará com a força do Direito (com o mecanismo da sanção).

Nas sete áreas apontadas como os campos em que esses déficits e assimetrias políticas eclodem de modo mais explícito, restaram evidenciados alguns dos graves problemas que ainda precisam ser ponderados e enfrentados em futuras investigações.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição dos autores

Lamy M contribui com a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação e aprovação da versão final do artigo. Alves SMC contribui com a concepção/desenho do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo.

Editores

Editora científica: Alves SMC

Editores convidados: Delduque MC, Gonet Branco PHM

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência mundial sobre determinantes sociais da saúde. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde [Internet]. [S. l.: s. n.], 21 out. 2011 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/social-determinants-of-health/rio_political_declaration_portuguese.pdf?sfvrsn=db479976_5
2. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República, 2016 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
3. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 set. 1990 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
4. Laswell HD. The policy orientation. In: Lerner D, Lasswell HD. The policy sciences. California: Stanford University Press; 1951. p. 3-15.
5. Campbell JL. Institutional analysis and the role of ideas in political economy. *Theory and Society*. 1998;27(5):377-409 doi <https://doi.org/10.1023/A:1006871114987>
6. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Política pública. Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral. Heidemann FG, tradutor. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
7. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J et al [Internet]. The political origins of health inequity: prospects for change. *The Lancet*. 2014 [citado em 26 jul. 2023]; 383(9917): 630-667. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62407-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62407-1.pdf) doi [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62407-1)
8. Organização Mundial da Saúde. Comissão sobre determinantes sociais da saúde. Informe da Secretaria. Documento A62/9 [Internet]. [S. l.: s. n.], 16 mar. 2009 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
9. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os determinantes sociais da saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Portugal: OMS, 2010 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf
10. Conferência internacional sobre a atenção primária. Declaration of Alma-Ata. URSS: [s. n.], 6-12 set. 1978 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
11. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Carta de Ottawa. Ottawa: [s. n.], nov. 1986 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
12. Sexta conferência internacional sobre promoção da saúde. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. Bangkok: [s. n.], 11 ago. 2005 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em:

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hpr%20The%20Bangkok%20Charter.pdf>

13. Organização Mundial da Saúde. Promoção da saúde em um mundo globalizado. Informe da Secretaria. Documento A60/18 [Internet]. [S. l.: s. n.], 22 mar. 2007 [citado em 26 jul. 2023] Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_18-sp.pdf

14. Souza CDF. Determinantes sociais da saúde vs. determinação social da saúde: uma aproximação conceitual. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário [Internet]. 2017 [citado em 26 jul. 2023];6:1083-1091. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1186>

15. Organização Mundial da Saúde. Reduzir as iniquidades sanitárias atuando sobre os determinantes sociais da saúde. Resolução WHA62.14 [Internet]. [S. l.: s. n.], 22 maio 2009 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em:

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf

16. Organização Mundial da Saúde. Resultados da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Resolução WHA65.8 [Internet]. [S. l.: s. n.], 26 maio 2012 [citado em 26 jul. 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R8-sp.pdf

17. Organização Mundial da Saúde. Determinantes sociais da saúde: resultados da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Rio de Janeiro, Brasil, outubro de 2011). Informe da Secretaria. Documento A65/16 [Internet]. [S. l.: s. n.], 22 mar. 2012 [citado em 10 jun. 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_16-sp.pdf

18. Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford: Oxford University Press; 1982 doi <https://doi.org/10.1093/0198284632.001.0001>

Como citar

Lamy M, Alves SMC. Iniquidades em saúde e determinantes políticos: olhar crítico acerca das relações, déficits e assimetrias. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2023 jul./set.;12(3):180-192 <https://doi.org/10.17566/ciads.v12i3.1209>

Copyright

(c) 2023 Marcelo Lamy, Sandra Mara Campos Alves.

