

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

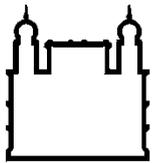
“A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde”

por

Virgínia Valiate Gonzalez

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade
Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Celia Maria de Almeida



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde”

apresentada por

Virgínia Valiate Gonzalez

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Fernando Antônio Pires Alves

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes

Prof.^a Dr.^a Celia Maria de Almeida – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 16 de dezembro de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G643t Gonzalez, Virgínia Valiate
A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da
saúde. / Virgínia Valiate Gonzalez. -- 2015.
97 f. : il.

Orientador: Celia Maria de Almeida
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Determinantes Sociais da Saúde. 2. Processo Saúde-Doença. 3.
Saúde Pública. 4. Equidade em Saúde. 5. Desigualdades em Saúde. 6.
Saúde Global. 7. Organização Mundial da Saúde. 8. Políticas Públicas.
I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer inicialmente à minha orientadora, Dra. Celia Maria de Almeida por todo seu apoio, dedicação, competência e, além de tudo, pela especial atenção nas revisões e sugestões, fundamentais para este trabalho. Agradeço, sobretudo por ter ajudado a superar minhas limitações acadêmicas e me colocado novos desafios que foram determinantes para ampliar meus conhecimentos e avançar na minha formação.

Ao Dr. Alberto Pellegrini Filho por ter sido indispensável no decorrer da pesquisa, facilitando o acesso a documentos, informações e também os contatos para a realização de entrevistas.

Aos professores Dr. Willer Baumgarten Marcondes e Dr. Fernando Pires-Alves por aceitarem o convite para compor a banca final, contribuindo com riquíssimas colocações para essa pesquisa.

Agradeço a todos os informantes-chave que muito gentilmente aceitaram meu convite para as entrevistas e cuja participação foi de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa.

À minha mãe que sempre me apoiou nas minhas escolhas profissionais e, mais do que isso, em todos os momentos acreditou em mim, dando-me força quando precisei. Ao meu pai, meu melhor amigo, minha maior fonte de motivação, pelo amor, carinho, e pelos conselhos com ternura quando necessário. À minha amada irmã, Ana Clara, a quem dedico meu amor incondicional e desejo inúmeras conquistas.

Agradeço muito especialmente à Celia Regina Ferreira Cardoso Cândido, primeiramente pelo seu amor de mãe verdadeiro, e também por ser uma das grandes responsáveis pela minha formação de caráter. Tudo que me ensinou ecoar para o resto da minha vida em qualquer situação.

Aos meus padrinhos, tios Alexandre, Adriana e Sara por serem pessoas tão especiais, ao meu lado o tempo todo, mesmo de longe, oferecendo-me palavras de conforto e motivação. Eu sou fã de vocês! Agradeço também aos demais integrantes da nossa grande família Gouvinhas-Gonzalez, pela paciência nos tempos em que estive ausente. À minha família moderna: minha madrastra maravilhosa, Renata Proença, e Vanessa Rodrigues, minha graciosa irmã. E, claro, vovó Emília e tia Isbelda (a Tiazinha), que, como educadoras de profissão, desde cedo me apontaram a importância dos estudos e da leitura. As senhoras são minhas “cerejas do bolo”!

A todos os meus colegas de turma (Rio de Janeiro e Brasília) do Mestrado Profissional em Saúde Global e Diplomacia da Saúde (MPSG&DS) pelos esforços que compartilhamos juntos. Em especial à Soraya e ao Alejandro, cuja amizade se transformou na mais incrível parceria.

Ao Paulo de Tarso Pequeno Braga, com quem pude ver na prática, pela primeira vez, a diferença entre chefe e líder. Grande amigo e incentivador da minha carreira profissional e que já há muito tempo é para mim um exemplo de conduta a ser seguido.

A Rafael Seabra, cuja importância nesse processo se torna difícil de explicar, nem cem páginas seriam suficientes. Por essa e tantas outras razões registro aqui a minha mais profunda admiração.

Margarita Jeong e Rodrigo Barreto, vocês, além de figuras indispensáveis na minha vida, foram aqueles que acompanharam de perto esse processo, que sofreram e comemoram junto comigo, e mais do que isso, brindaram-me, cada um, com o seu melhor afeto.

A todos da “família” da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano pelo carinho e o apoio imensurável, em especial ao Dr. João Aprígio Guerra de Almeida pela compreensão em todos os momentos que precisei, a minha eterna gratidão.

Por fim, acredito que sou uma pessoa de sorte, pois são muitos que eu gostaria de agradecer nominalmente. Mas agradeço a todos os meus queridos amigos que não citei, pela paciência, por tantos momentos em que não pude estar presente devido à concentração que um trabalho de mestrado exige.

ÍNDICE

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
LISTA DE SIGLAS	iii
LISTA DE QUADROS	iv
1. INTRODUÇÃO	
1.1-Apresentação do tema e delimitação do objeto	5
1.2-Objetivos	08
2. PANORAMA TEÓRICO CONCEITUAL	
2.1. Breve revisão em torno dos modelos conceituais sobre o processo saúde-doença –	
<i>A Teoria miasmática e a Medicina Social</i>	<i>09</i>
<i>A Era bacteriológica e a discussão da causalidade</i>	<i>10</i>
<i>Os Modelos Multicausais</i>	<i>13</i>
<i>O Modelo da História Natural da Doença</i>	<i>13</i>
<i>Enfoque ecossistêmico da saúde</i>	<i>16</i>
<i>A determinação social do processo saúde-doença</i>	<i>17</i>
<i>Saúde coletiva e determinantes sociais da saúde</i>	<i>18</i>
<i>A complexidade e processo saúde-doença</i>	<i>20</i>
<i>Os modelos conceituais para a análise dos determinantes sociais da saúde</i>	<i>21</i>
2.2-Elementos conceituais relevantes: equidade, iniquidade, igualdade, desigualdade	---
-----	23
2.3-A Teoria da Determinação Social da Saúde e o enfoque dos DSS	25
3. METODOLOGIA	
3.1. Pesquisa e análise bibliográfica	29
3.2. Análise Documental	30
3.3. Entrevistas	32
3.4. Triangulação de Dados	33
3.5. Considerações Éticas	34
4. PANORAMA CONTEXTUAL	
<i>Globalização e saúde</i>	<i>35</i>
<i>Da saúde internacional à saúde global</i>	<i>36</i>
<i>Breve repasse da história do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil</i>	<i>40</i>
5. RESULTADOS	
4.1. A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CDSS-OMS)	
<i>Antecedentes</i>	<i>47</i>

<i>A Criação da CDSS-OMS</i> -----	49
<i>O Relatório final da CDSS-OMS</i> -----	51
<i>O Modelo conceitual adotado pela CDSS-OMS</i> -----	52
4.2- A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006-2008)	
<i>A Criação da CNDSS</i> -----	54
<i>Composição e dinâmica de funcionamento da CNDSS</i> -----	57
<i>O modelo conceitual da CNDSS</i> -----	59
<i>Os termos do debate</i> -----	60
<i>Os termos do debate</i> -----	61
<i>O papel do sanitarismo brasileiro</i> -----	62
<i>Processo de trabalho e normatização</i> -----	63
<i>O Relatório Final da CNDSS</i> -----	64
<i>Desdobramentos dos trabalhos da CNDSS</i> -----	67
4.3- Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde -----	69
<i>Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil</i> -----	73
4.4- Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste -----	74
1. DISCUSSÃO -----	78
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	83
ANEXOS	
Anexo 1 – Lista e síntese dos documentos analisados-----	88
Anexo 2 – Quadro 3: Membros da CDSS da OMS -----	90
Anexo 3 – Lista de informantes-chave entrevistados, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Roteiro de Entrevista-----	92

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de caso descritivo e exploratório, desenvolvido com abordagem qualitativa, que investigou a trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). A participação ativa do Brasil no debate sobre o tema dos determinantes sociais da saúde (DSS) nos levou a revisar diferentes modelos conceituais sobre o processo saúde-doença, assim como os diferentes modelos teóricos para a análise de seus determinantes. Em março de 2005, foi desencadeado pela Organização Mundial da Saúde um movimento global em torno dos DSS, com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (CDSS-OMS), que buscou a tomada de consciência, no plano internacional, sobre a importância dos DSS na agenda global para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Em março do ano seguinte (2006), em resposta a esse movimento o Brasil foi o primeiro e único país a criar a sua própria comissão. A CNDSS teve como objetivo principal a mobilização nacional para ações no campo social, incluída a saúde, baseadas em evidências científicas capazes de gerar mudanças positivas para a sociedade brasileira. Composta por dezesseis personalidades de distintas áreas, pretendia, difundir o princípio de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira. O resultado deste estudo revelou como um dos resultados de grande importância, gerados pelos trabalhos da CNDSS, a ampliação do debate sobre os DSS no país. Além dos avanços na discussão teórica e na produção acadêmico-científica sobre os DSS, a participação social também foi considerada um componente importante desse processo, sobretudo no que diz respeito às cobranças para a formulação e implantação de políticas voltadas para o alcance de melhores níveis de equidade em saúde e a manutenção dos debates nacionais nessa perspectiva. Sendo assim, a criação da Comissão deve ser compreendida como parte do processo de desenvolvimento e implementação da reforma sanitária brasileira. Por outro lado, foram identificadas também dificuldades, tanto em âmbito nacional quanto global, para a execução de mecanismos de ação intersetorial mais efetivos para o enfrentamento das iniquidades em saúde. No caso do Brasil, as recomendações da CNDSS não se transformaram em políticas intersetoriais concretas e apontam-se os desafios políticos que o país ainda precisa superar, uma vez que o Sistema Único de Saúde—SUS vem sendo implementado em conjunturas adversas, alcançando apenas parcialmente os seus objetivos originais. Sendo assim, ainda há um longo caminho a percorrer para a superação das iniquidades em saúde no país.

Palavras-Chave: Determinantes Sociais da Saúde, Comissão dos DSS, OMS, Comissão Nacional, Brasil.

ABSTRACT

This exploratory, qualitative, descriptive case study investigated the trajectory of Brazil's National Commission on Social Determinants of Health (*Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde*, CNDSS). Brazil's active participation in discussions of the social determinants of health (SDH) led us to review conceptual models of the health-disease process, as well as theoretical models for analysing the related determinants. In March 2005, The World Health Organisation set in motion a global movement on SDH by installing the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH-WHO), which sought to foster international awareness of the importance of SDH on the global agenda addressing inequities in health. In March the following year (2006), in response to this movement, Brazil was the first and only country to set up a commission of its own. The main purpose of the CNDSS was to mobilise nationwide towards scientific evidence-based actions in the social field, including the health field, to generate change for the Brazilian society. Comprising sixteen members from different fields, it was designed to spread the principle that health is a public common good constructed with the participation, in solidarity, of all sectors of Brazilian society. This study revealed that one of the very important outcomes of the work of the CNDSS was that SDH became more widely discussed in Brazil. Beside the progress made in theoretical aspects and in academic and scientific production on SDH, social participation was also considered an important component of the process, particularly as regards demands for the formulation and implementation of policies directed to achieving better levels of equity in health and for discussions to be continued from this perspective in Brazil. In that light, the CNDSS and its work should be understood as part of the process of developing and implementing Brazil's health sector reform. On the other hand, difficulties were also identified, at both national and global levels, in introducing effective mechanisms for inter-sectorial actions to address inequities in health. In the case of Brazil, the CNDSS' recommendations did not become actual inter-sector policies, pointing to the political challenges that Brazil has yet to surmount. The Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS) is being implemented in adverse conjunctures and is attaining its original goals only partially. Accordingly, inequities in health are still a long way from being overcome in Brazil and elsewhere.

Keywords: Social Determinants of Health, Commission on SDH, WHO, National Commission, Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ALAMES - Associação Latino-americana de Medicina Social
AMS - Assembleia Mundial da Saúde
APS - Atenção Primária de Saúde
BNDES - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CDC - Centro para Controle e Prevenção de Doenças
CDSS-OMS - Comissão Mundial homônima da Organização Mundial da Saúde
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEPI-DSS - Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde
CHESS - Centro de Estudos de Equidade na Saúde
CMDSS - Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS - Comissão Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRDSS - Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CRIS - Centro de Relações Internacionais em Saúde
DSS - Determinantes Sociais da Saúde
EDCTP - The European & Developing Countries Clinical Trials Partnership
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
MCT - Ministério da Ciência e Tecnologia
MDMs - Metas de Desenvolvimento do Milênio
MERCOSUL - Mercado Comum do Sul
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONGs - Organizações não-governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UNASUL - União das Nações Sul-americanas
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. O Modelo de Explicação Unicausal-----	13
Figura 2. Modelo Multicausal - A Tríade Ecológica-----	14
Figura 3. Modelo da Historia Natural da Doença-----	15
Figura 4. Níveis de organização e processos saúde-doença-----	21
Figura 5. Modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998): estratificação social e produção de doenças-- 22	
Figura 6. Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde da CDSS-OMS-----	53
Figura 7. Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): influências em camadas-----	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Países parceiros da CDSS-OMS-----	51
Quadro 2. Composição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde-----	57
Quadro 3. Membros da CDSS-OMS-----	90

INTRODUÇÃO

Apresentação do tema e delimitação do objeto

Na América Latina, a preocupação com as questões sociais que determinam a saúde das populações remonta às décadas de 1960-70, sendo a base de formulação da proposta de mudança do sistema de saúde brasileiro, formulada e conduzida pelo movimento pela reforma do setor saúde no Brasil, que buscava institucionalizar o reconhecimento da saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. É com base nessa tradição, espelhada pelo movimento sanitário brasileiro, que se torna importante a participação ativa do Brasil na retomada do tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e suas implicações na nova agenda global pós-2015 quando se encerrará o prazo de alcance e revisão das metas dos Objetivos do Milênio.

A abordagem social aplicada à compreensão do processo saúde-doença não é, porém, uma inovação brasileira, pois teve sua importância reconhecida ao longo da história. Em meados do século XIX, os estudos do cientista alemão Virchow (1821-1902), considerado pai da Medicina Social (apesar de não ter sido o criador do termo), parte da ideia que a gênese da “má saúde” transcende as questões biológicas e está relacionada às condições sociais inadequadas que favorecem a enfermidade. Segundo Waitzkin (2006), Virchow argumentava que os fatores causais mais importantes eram as condições materiais da vida cotidiana das pessoas e isso implicava que um sistema de saúde efetivo não poderia se limitar ao tratamento dos distúrbios fisiopatológicos de pacientes individuais.

Nesse sentido, Virchow sugere uma ampla abordagem sobre as origens das doenças e soluções para os problemas de saúde que norteiem as mudanças nas condições sociais, responsáveis pelo surgimento das doenças (WAITZKIN, 2006). De acordo com o mesmo autor, as análises de Virchow apontavam que para a prevenção e erradicação de epidemias e, conseqüentemente, para prolongar a expectativa de vida humana, a melhoria das condições sociais era tão importante quanto os avanços médicos.

Como apontam Buss e Pellegrini (2007), o século XX, apesar da ênfase na abordagem médica biológica das diretrizes da saúde pública, testemunhou a tensão permanente entre os diferentes enfoques da assistência médica (curativo, individual e tecnológico) e daqueles que destacavam a importância das questões socioambientais. Essas perspectivas distintas também se enfrentaram no debate para a promulgação da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que entrou em vigor em 1948 e consagrou a ampliação da noção de saúde, reconhecendo sua dimensão social ao defini-la como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social [que] não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”, além de entender a saúde como um direito fundamental de todo ser humano (Constituição da OMS, 1948), abrindo espaço para uma

perspectiva mais ampla, relacionada a compromissos vinculados aos direitos humanos (IRWIN e SCALI, 2007).

No entanto, com o sucesso da erradicação da varíola na década de 1950, as campanhas verticais de combate a doenças específicas predominaram na saúde pública que, tradicionalmente, nas tecnologias de prevenção (BUSS e PELLEGRINI, 2007). Em meados da década de 1960 ficou claro que em várias partes do mundo este modelo não conseguia atender às mais urgentes necessidades de saúde das populações menos favorecidas (IRWIN e SCALI, 2007). Dessa forma as comunidades locais e trabalhadores da saúde procuraram alternativas em relação às campanhas verticais e à ênfase na atenção curativa. Educação em saúde e prevenção de doenças foram o foco das estratégias desse período (IRWIN e SCALI, 2007).

Durante os anos 1970, observa-se na América Latina um movimento de produção de conhecimento científico em torno dos DSS que dá início à vital corrente da Epidemiologia Social na região, cuja finalidade reside em trabalhar o termo “determinação social da saúde” atrelado ao conceito do processo saúde-doença, considerando o caráter histórico e social dos problemas de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2004). A abordagem latino-americana parte do referencial teórico marxista ao associar o processo saúde-doença à dinâmica da produção capitalista dominante. Sendo assim, prioriza a análise da estrutura de classes sociais para a compreensão das iniquidades em saúde (DOWBOR, 2008).

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata adotou o lema do “Saúde para todos no Ano 2000”, a ser alcançado com a estratégia da Atenção Primária de Saúde (APS), e retomou a dimensão social nas intervenções sanitárias. Porém, na década de 1980, com as reformas neoliberais, predominou o enfoque da saúde como um bem privado e transfere-se novamente a ênfase para a assistência médica individual nas mudanças implementadas nos sistemas de saúde em âmbito mundial (ALMEIDA, 1995, 1996, 2006).

A retomada da questão dos determinantes sociais só vai acontecer nos anos 2000, associada em certa medida, ao debate sobre as Metas de Desenvolvimento do Milênio-ODMs (BUSS e PELLEGRINI, 2007). Entretanto, é com a criação na OMS da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS-OMS) em 2005, cujo relatório foi divulgado em 2008, que esta retomada se afirma.

A CDSS-OMS foi composta por um grupo de dezenove membros, considerados “notáveis”, e teve como objetivo central a retomada do tema dos Determinantes Sociais da Saúde na agenda global da saúde e desenvolveu seus estudos em três áreas de trabalho – (1) atuação com os Estados-Membros da OMS (2) participação social e (3) redes globais de conhecimento. O trabalho da Comissão liderou um movimento mundial de organização e produção de conhecimentos sobre os

DSS, com a finalidade de fortalecer as práticas e as políticas direcionadas para a diminuição das iniquidades mundiais (CDSS, 2008).

Essa dinâmica e, sobretudo, a preocupação com as desigualdades injustas e evitáveis nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde, entre outros serviços públicos que exercem influência na situação de saúde das pessoas, levou o governo brasileiro à decisão, em 2005, de criar uma Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (CNDSS, 2008). A CNDSS foi criada em 2006 quase que concomitantemente à sua homônima da OMS, encerrando seus trabalhos no mesmo ano (2008). Sua missão principal foi elaborar recomendações para que as políticas públicas nacionais incorporassem as questões que determinavam o adoecer e pudessem melhor enfrentar os problemas das iniquidades em saúde no país.

A histórica vinculação brasileira (e latino-americana) com o tema dos DSS, o trabalho da CNDSS e o empenho do Brasil nesse trabalho, possibilitou a realização no Rio de Janeiro, em outubro de 2011, da Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), cujo documento final (Declaração Política do Rio) é considerado de grande relevância para os atuais debates da agenda de cumprimento dos ODMs e sua revisão pós-2015. No discurso de abertura da CMDSS o então ministro da saúde do Brasil, Alexandre Padilha, afirmou que:

“[...] interferir sobre os Determinantes Sociais da Saúde é inculcar em todas as políticas de governo a preocupação com a promoção do bem-estar pleno da população. É envolver o cidadão na sociedade e nos governos; é mudar as condições que adoecem as pessoas, livrando-as de maneira consistente e duradoura dos agravos à saúde.” (CMDSS, 2011, Discurso de abertura).

No atual momento (segunda década do novo milênio), com os esforços de manutenção dos determinantes sociais na agenda global da saúde, é oportuno analisar o percurso brasileiro nesse processo.

O presente estudo tem como foco a análise da trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), desde o processo de sua criação, e as possível repercussão de seus resultados nas políticas nacionais e internacionais. A questão norteadora das reflexões desta pesquisa foi: como o Brasil, por meio da CNDSS, tem participado do processo de retomada do tema dos DSS nas agendas nacional e global?

Procurou-se analisar o trabalho da CNDSS — trajetória, composição, processos de discussão, relatório final, desdobramentos — tendo como referência o relatório da CDSS da OMS, que a originou, na perspectiva de identificar diferenças ou similaridades entre os trabalhos das duas comissões para melhor compreender o processo que levou aos conceitos e recomendações propostos

por ambas e que servem como ferramentas para discussões sobre o tema dos DSS desde então, tanto no plano global como no nacional.

Inicialmente realizou-se uma breve revisão dos modelos teóricos que buscam explicar os problemas de saúde das populações e um levantamento sobre os elementos conceituais fundamentais para o tema dos determinantes sociais da saúde. O papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) nessa dinâmica também foi considerado. Para uma melhor compreensão do desenvolvimento da abordagem sobre os DSS no contexto nacional, resgatou-se a importância do movimento sanitário no Brasil, cujos esforços culminaram na promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, em 1988, incorporando em seu texto que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outro agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DO BRASIL, art. 196, 1988).

Pretende-se contribuir com este estudo para o atual desafio (brasileiro e global) de incorporar os conceitos e estratégias em torno dos DSS em todas as políticas públicas, ao partir da análise do relatório final da CNDSS. A hipótese inicial de que se parte é que o trabalho da CNDSS foi importante nos âmbitos nacional e internacional, sobretudo em termos de *advocacy*, revelando o esforço e engajamento dos atores brasileiros nessa temática. Entretanto, essa reconhecida atuação não se traduziu, até o momento, em políticas públicas concretas, realmente voltadas para a superação das iniquidades (nacionais e globais). Isso entretanto, não diminui a importância do trabalho realizado, ao contrário, mas reitera a necessidade de sua continuidade, uma vez que as mudanças preconizadas são de longo prazo e fundamentalmente políticas.

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e alguns de seus principais desdobramentos no período de 2005-2013.

Objetivos específicos

- Levantar e analisar os antecedentes, o processo de criação da CNDSS e sua dinâmica de funcionamento.
- Levantar e analisar os resultados imediatos mais evidentes dos trabalhos da CNDSS..
- Analisar os desdobramentos do trabalho da CNDSS, seja em relação às políticas nacionais e internacionais. seja no que concerne ao papel do Brasil na permanência do tema dos DSS na agenda global.

PANORAMA TEÓRICO E CONCEITUAL

Breve revisão dos modelos teóricos conceituais sobre o processo saúde-doença: alguns antecedentes

Segundo Bagrichevsky, Teixeira e Estevão (2011), a discussão em torno da relação saúde e doença vai além da compreensão de terminologias e seus significados semânticos e etimológicos, pois o processo saúde-doença constitui-se como algo socialmente estabelecido, reconhecendo-se seus aspectos econômicos, políticos, culturais bem como suas influências macro e microestruturais.

A abordagem da relação entre saúde e doença se ancora em distintos modelos conceituais que partem de diferentes enfoques teóricos. Os conceitos são construídos a partir das práticas concretas e das opções teóricas e metodológicas escolhidas para explorar e explicar a realidade. Para Batistella (2007a) os conceitos permitem a rediscussão das intervenções sobre uma dada situação, ainda que sejam sempre aproximações, recortes parciais da realidade, sempre mais complexa do que delineado pela teoria. O autor ressalta ainda que, historicamente, as diferentes perspectivas sobre o processo saúde-doença convivem, complementam-se ou disputam espaços na compreensão e explicação da realidade, reorientando as possíveis intervenções.

De acordo com Cruz (2011), o processo saúde-doença se traduz em

“[...] um processo dinâmico, complexo e multidimensional por envolver dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais, políticas, enfim, pode-se identificar uma complexa interrelação quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de sociedades.” (CRUZ, 2011, p. 28).

De acordo com Cruz (2011) e Barata (1985) os modelos explicativos do processo saúde-doença remontam à Antiguidade como, por exemplo, o modelo mágico-religioso que concebia a gênese do adoecer como resultante tanto de elementos naturais como de “espíritos sobrenaturais”. Entretanto, para o que nos interessa discutir neste estudo, abordaremos alguns modelos teóricos voltados para explicar os problemas de saúde, desde aqueles centrados no marco da contribuição científica biomédica, até os que abarcam a percepção do lugar de destaque que aspectos sociais têm para o processo saúde doença.

A Teoria miasmática e a Medicina Social

É importante ressaltar como ponto de partida a teoria miasmática, por ter sido a primeira proposta teórica com caráter “científico”, que associou o surgimento de epidemias com as condições do ambiente. Essa teoria surgiu no século XVII como uma das primeiras explicações racionais para as causas das doenças e, segundo Barata (1985), permaneceu hegemônica até o advento da era bacteriológica, na segunda metade do século XIX. A teoria miasmática é apresentada de forma mais elaborada no século XVII por Boyle e compreendia que

“[...] as doenças originam-se, parcialmente das partículas da atmosfera e parcialmente de diferentes putrefações dos humores. As primeiras insinuam-se entre os sucos do corpo, desagregando-os misturam-se ao sangue e finalmente contaminam todo o organismo.” (apud BARATA, 1985, p. 18).

Nessa teoria, os causadores das doenças eram os gases advindos da putrefação da matéria orgânica quando absorvidos pelos seres vivos. Contudo, com a descoberta dos microrganismos e sua relação com as causas das doenças a teoria miasmática perdeu força explicativa (CRUZ, 2011).

De acordo com Barata (1985), o século XVIII foi o período em que os estudos médicos enfatizaram o funcionamento do corpo humano e suas alterações fisiológicas durante a doença, ou seja, quando predominou a prática clínica em detrimento do estudo das causas. Essa autora ressalta que a vertente clínica não aborda questões inerentes às causas das doenças, pois essas ocorrem no âmbito coletivo, impossibilitando verificações unicamente na dimensão particular do individual. Segundo essa mesma autora, é também no século XVIII, em pleno contexto da crescente urbanização e industrialização dos países, que o aspecto social aparecerá com força para explicar as causas das doenças. Essa concepção abrange as relações entre as condições de vida e trabalho das populações e surgimento de doenças. No final desse século surge a teoria da Medicina Social, instituindo o aspecto “social” no lugar do “natural” e os fatores externos – entendidos como únicos responsáveis até então – perdem destaque, pois a doença só apareceria quando o contexto social favorecesse tal situação. Entretanto, a Medicina Social, oriunda da Europa, não ganha destaque nesse momento, embora permaneça subjacente n os debates que envolvem a saúde (sobretudo em âmbito internacional) desde os meados do século XIX e início do XX.

A Era bacteriológica e a discussão da causalidade

Até meados do século XIX, conforme Batistella (2007a) entre outros autores, havia, na saúde pública poucos mecanismos para o controle de doenças, sendo o isolamento e a quarentena os mais utilizados. A hipótese de que as doenças infecciosas eram causadas por diversos microorganismos já havia sido explorada no século XV, por Fracastoro e, mesmo anteriormente, no XII, por Antony Van Leeuwenhoek; mas, somente no século XIX, com o uso do microscópio como importante auxiliar nessa tarefa, os cientistas puderam contribuir para o advento de um novo paradigma para o enfrentamento das enfermidades infecciosas: a era bacteriológica (BATISTELLA, 2007, p. 41). De acordo com Cruz (2011), a teoria microbiana deu início a pesquisas sobre as relações entre o aspecto social, a pobreza e a frequência de doenças. Essa teoria afirmava que cada doença teria um agente causal que poderia ser “identificado, isolado e ter suas características estudadas” (CRUZ, 2011, p. 25). Assim, segundo Foucault (1979) (apud CRUZ, 2011, p. 25), a intervenção do cuidado para o controle das causas das doenças esteve centrada no controle do espaço social e dos corpos.

Para Batistella (2007a), foi exatamente nesse período que se alterou em definitivo a forma de compreender o processo saúde-doença. Dessa forma, “a subjetividade deu espaço à objetividade na definição da doença e as técnicas quantitativas passaram a ser utilizadas predominantemente em detrimento das análises qualitativas”. Com os avanços na fisiologia, anatomia patológica, imunologia e farmacologia estruturou-se um novo paradigma médico científico. A crença na possibilidade de erradicar doenças infecciosas se disseminou nesse contexto e estimulou a criação de laboratórios de microbiologia e imunologia em diversos países. Como consequência, os indicadores de mortalidade por doenças infecciosas caíram continuamente, resultado também da diminuição da frequência de certas doenças. Com o advento da teoria bacteriológica as concepções sociais foram desconsideradas, enfatizando novamente o papel das causas externas que podem provocar as doenças (BARATA, 1985). Segundo essa autora, a bacteriologia buscou eliminar os complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que impediam a medicina de desenvolver-se cientificamente. Dessa forma, a questão da causalidade foi muito simplificada, uma vez que para cada doença existiria um agente etiológico, devendo ser identificado e combatido por meio de vacinas ou produtos químicos (BARATA, 1985).

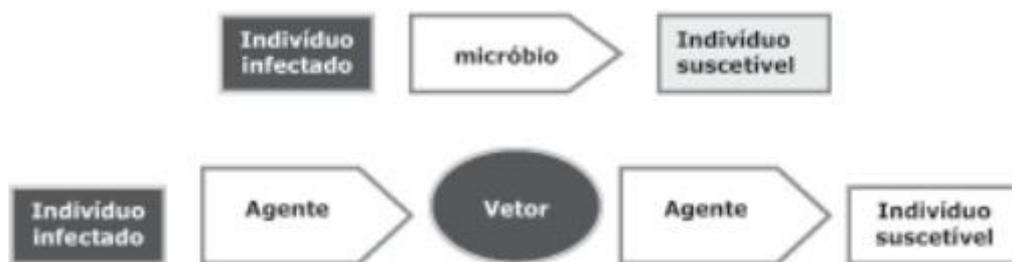
Na mesma linha de discussão, Batistella (2007 a) afirma que, à medida que as formas de transmissão e de reprodução de vetores específicos eram identificadas, foram implementadas várias melhorias nas condições sanitárias de vida das populações. Entretanto, esses benefícios não foram homogêneos em todo o mundo e o autor reitera que a perspectiva da bacteriologia desqualificava outras explicações e impossibilitava que fossem estudadas as relações entre doença e determinações econômicas, sociais e políticas. Nesse sentido, a prática médica oriunda desse modelo foi marcada pelo vezo curativo e biologicista da assistência médica, com forte referência nas disciplinas biomédicas. De acordo com Puttini, Pereira e Oliveira (2010), na epidemiologia tradicional a doença é definida como “desajuste” ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio, adotando uma lógica unicausal que busca identificar a causa específica que explique o adoecer, em qualquer contexto. Segundo os autores aqui revisados, na teoria bacteriológica as doenças são definidas pela ação de agentes patogênicos entendidos como causadores (agentes etiológicos) de toda e qualquer doença.

A microbiologia trouxe, portanto, mudanças significativas na forma de se perceber a saúde e a doença. Contudo, uma consequência dessa revolução científica no campo da saúde reside no reducionismo do fenômeno, na medida em que enfatiza apenas seus aspectos “verificáveis” laboratorialmente, ou seja, comprovados “cientificamente”.

Nesse contexto surge o modelo unicausal do processo saúde-doença, voltado para a existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença (Figura 1). Esse modelo

permitia o sucesso na prevenção de diversas doenças, entretanto acabou por reduzi-las à ação única de um agente específico. De acordo com Batistella (2007a), entre outros, o modelo unicausal conferia um estatuto de “cientificidade” que deixava a desejar em relação às outras abordagens das ciências sociais.

Figura 1: O Modelo de Explicação Unicausal



Fonte: Extraído de Batistella, 2007a, p. 44.

Essa perspectiva é caracterizada pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista que passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, constituindo um conhecimento cada vez mais especializado em torno de cada função e disfunção orgânica (BATISTELLA, 2007b). Para o autor, os próprios avanços da medicina nos últimos cinquenta anos comprovam sua capacidade de análise e de produção de tecnologias. Entretanto, também se alerta que, conforme os esforços de pesquisas concentravam-se na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado ou secundarizado, já que sua compreensão esteve sempre voltada para a ‘ausência de doenças’. A ausência de sintomas, conforme essa linha, permite equivocadamente a consideração da “normalidade”, entretanto, um indivíduo pode não apresentar sintomas, mas ser portador de uma determinada doença;

Apesar do sucesso num primeiro momento, o modelo unicausal começou a perder força após a Segunda Guerra Mundial, quando os países industrializados passaram por uma “transição epidemiológica”, marcada pela redução da importância de doenças infecto-parasitárias como causa de adoecimento e morte, em detrimento do incremento de doenças crônico-degenerativas (BATISTELLA, 2007a). Puttini, Pereira e Oliveira (2010) apontam também a crítica ao modelo biomédico como fundamental nessa mudança, por sua insuficiência na explicação das correlações entre fenômenos epidemiológicos e fatores relacionados à organização política e social de uma sociedade.

Segundo Barata (1985) no século XX torna-se evidente a insuficiência das formulações unicasais, marcando o período das concepções multicausais na epidemiologia, sem recuperar, ainda, a concepção social de causa. Entretanto, a força e a hegemonia do modelo biomédico ainda persistem até os nossos dias, uma vez que ainda domina a percepção, inclusive no senso comum, de que saúde é não estar doente, apesar de sua concepção muito limitada para resolver os problemas de saúde.

Os Modelos Multicausais

A incapacidade do modelo unicausal de explicar doenças associadas a múltiplos fatores de risco contribuiu justamente para a constituição do modelo multicausal. Surgia, assim, uma variedade de abordagens para se compreender o processo saúde-doença a partir de múltiplas determinações, tais como: o modelo da balança e o modelo ecológico, também conhecido por ser o modelo da história natural das doenças (BATISTELLA 2007a).

O primeiro modelo multicausal foi elaborado por Gordon na década de 20, e é conhecido como o “modelo da balança”. Nesse modelo, a saúde é um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos, ocorrendo a doença quando há alterações desse equilíbrio por mudanças no modo de operar de um ou mais desses fatores. Barata (1985) explica a analogia com a balança feita por Gordon: “o fulcro é representado pelos fatores do meio-ambiente e em cada prato estão colocados os fatores do agente e do hospedeiro, respectivamente” (p. 21). Para esta autora, esse modelo é uma “simplificação exagerada” do processo complexo de causação, pois considera os fatores isoladamente, como se não existissem interações entre eles. Assim, a pretensa teoria multicausal fica reduzida à unicausalidade, com a diferença, segundo essa autora, de serem consideradas outras causas, além da presença de um agente etiológico.

O século XX trouxe também uma nova ordem de fatores causais para o conceito de multicausalidade: os fatores psíquicos, compreendendo o homem como um “ser bio-psico-social”.

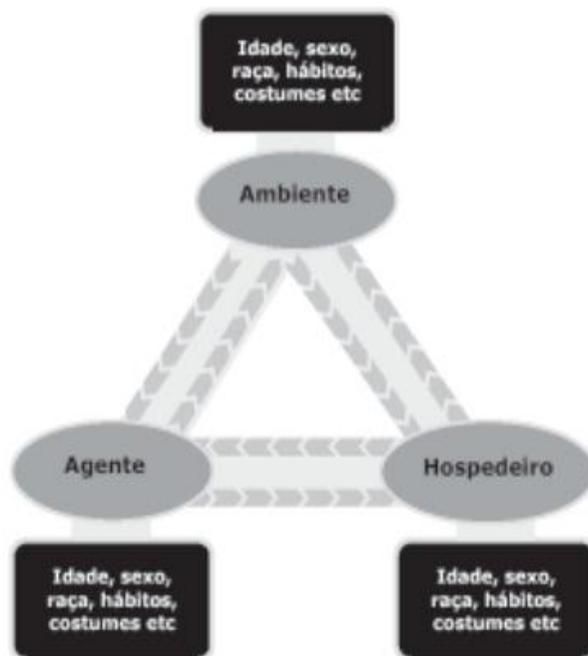
O Modelo da História Natural da Doença

Para Barata (1985), o modelo mais refinado do conceito de multicausalidade é o da História Natural da Doença, segundo o qual a atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, sendo alteradas por ele, ao passo que também alteram o ambiente em que se situam. “A produção social do homem se reduz a mais um dos fatores do meio ambiente. As determinações sociais “naturalizadas no conceito de multicausalidade, perdem seu potencial de crítica.” (BARATA, 1985, p. 23).

O modelo da história natural da doença (Figura 3) foi proposto e adaptado por Leavell e Clark (1976) e considera a interação, relacionamento e condicionamento de três elementos

fundamentais da chamada ‘tríade ecológica’: o ambiente, o agente e o hospedeiro (Figura 2) (BARATA, 1985; BATISTELLA, 2007a).

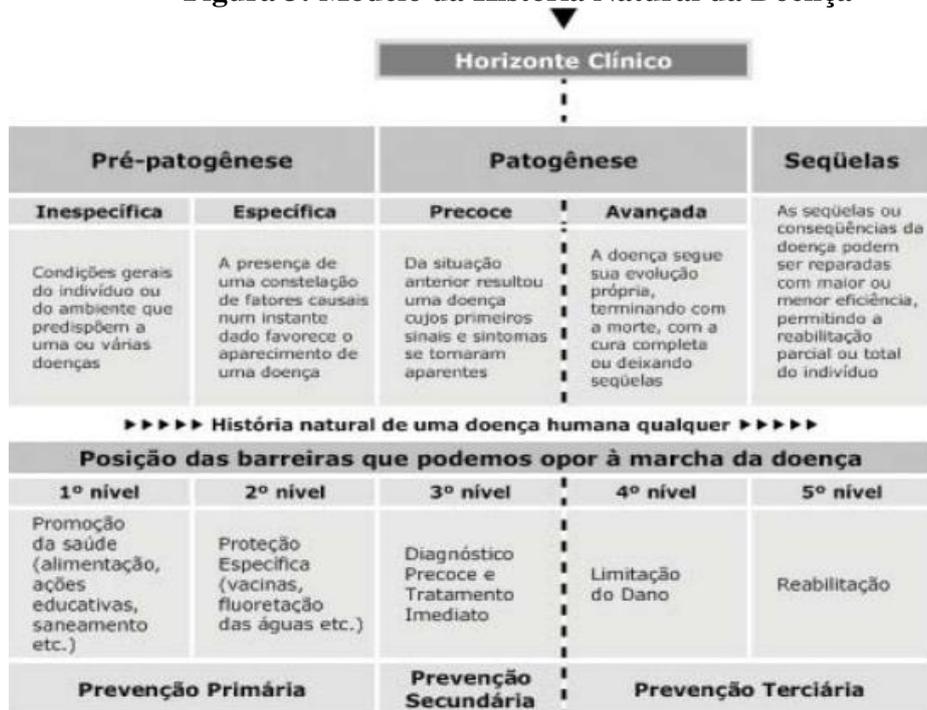
Figura 2: Modelo Multicausal - A Tríade Ecológica



Fonte: Extraído de Batistella (2007a, p. 45), Adaptado de Leavell & Clarck, 1976.

Puttini, Pereira e Oliveira (2010) consideram que o modelo da História Natural da Doença a conceituação de saúde adquire um valor explicativo melhor estruturado, representado pelo esquema da tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente). Esse modelo reconhece duas dimensões do processo saúde-doença: os fatores externos e o meio interno. As primeiras levam em consideração as características de natureza física, biológica, sociopolítica e cultural que contribuem para o adoecimento. A segunda, por outro lado, possui caráter individual onde atuam “fatores hereditário-congênitos, aumento/diminuição das defesas e alterações orgânicas”. Assim, esse modelo privilegiaria a compreensão da saúde como “um processo, por meio do conhecimento acumulado no campo científico” (PUTTINI, PEREIRA e OLIVEIRA, 2010, p. 756). Essa perspectiva é caracterizada por fundamentar a noção “positiva” da saúde, que consiste na lógica da prevenção de doenças, isto é, investir em procedimentos e ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, tanto pelo indivíduo quanto pelo coletivo social. Nesse sentido, o modelo multicausal iria muito além do modelo biomédico (unicausal).

Figura 3: Modelo da Historia Natural da Doença



Fonte: Extraído de Batistella (2007a, p. 46), adaptado de Leavell & Clark, 1976.

Segundo Cruz (2011), o modelo divide o desenvolvimento do processo saúde-doença em dois momentos sequenciais (Figura 3): o pré-patogênico que se refere à interação entre os fatores do agente do hospedeiro e do meio ambiente; e o patogênico que diz respeito ao momento em que são apresentados sinais e sintomas pelo indivíduo que se submete a um tratamento. Segundo Puttini, Pereira e Oliveira (2010), o período pré-patogênico estaria ligado ao nível de atenção primária, pois permitiria atuar coletivamente com ações de prevenção e promoção da saúde, intervindo também na proteção específica (vacinas). Já o estágio patogênico comporta as prevenções secundária e terciária. Para Cruz (2011), a importância desse modelo esteve na sistematização que possibilitou orientar a organização do cuidado à saúde por diferentes níveis de complexidade, considerando recursos e ações. Ao mesmo tempo, indica a possibilidade de diferentes formas de prevenção e promoção da saúde, como, por exemplo, intervir sobre a transmissão, evitar a ocorrência e promover uma vida mais saudável.

Batistella (2007a) aponta que, no referido modelo, a doença seria resultante de um desequilíbrio das autorregulações pertinentes ao sistema. As análises de diferentes fatores referentes ao surgimento de uma doença e à utilização de estatística em métodos de investigação e desenhos metodológicos possibilitaram avanços significativos para a prevenção de doenças. Outra vantagem do modelo apontada por Batistella está na capacidade de proposição de barreiras à evolução de doenças, antes mesmo de sua manifestação clínica.

Por outro lado, há várias críticas na literatura que evidenciam suas insuficiências. De acordo com Barata (1985), a categorização triangular dos elementos traz ao modelo uma racionalidade condizente com a ideologia capitalista, uma vez que reduz o “elemento homem” à sua condição animal, biológica, deslocando-o para o meio ambiente como produtor, e consumidor, condições consequentes de sua inserção no sistema produtivo. Essa perspectiva reduz o homem a um “ser de categoria natural”, classificado segundo idade, sexo e raça, produzindo uma ruptura entre o sujeito social e seus produtos, onde os fatores ambientais também surgem como “naturais”. Segundo essa autora, essa formulação “reduz os agentes etiológicos à sua condição biológica, desconsiderando sua condição de historicidade” e atribuindo-lhe somente o vezo ecológico (BARATA, 1985, p. 23).

Batistella (2007a), por sua vez, aponta que algumas análises só estabelecem relações quantitativas entre os fatores causais, desconsiderando qualquer distinção hierárquica entre eles e, apesar do reconhecimento da existência de aspectos sociais envolvidos no processo saúde-doença, estes ficam subalternizados em detrimento de aspectos biológicos. Almeida Filho e Rouquayrol (2002, *apud* PUTTINI ET AL, 2010, p. 757) ressaltam que apesar desse modelo reconhecer as múltiplas facetas que determinam o processo saúde-doença, tende em deixar em segundo plano os determinantes sociais, pois a determinação dos fenômenos produtores da saúde ou da doença vão além da causalidade das patologias, e a história natural das doenças não é tão somente “natural”.

Na década de 1960, as críticas ao modelo ecológico se intensificaram a fim de reformular uma explicação para o processo saúde-doença que contemplasse a dinâmica social à epidemiologia, de modo a orientar as novas práticas de intervenção (BARATA, 1985). Esta autora refere que as correntes ideológicas se dividem em pelo menos duas concepções: de um lado, o modelo ecológico, que desconsidera a historicidade e enfatiza a lógica biológica, e, de outro, o da determinação social, com maior poder explicativo, mas que carrega um potencial transformador da epidemiologia que vai de encontro aos interesses dos grupos dominantes.

Enfoque ecossistêmico da saúde

Segundo Batistella (2007b), a abordagem ecossistêmica da saúde surgiu como uma alternativa, na década de 1970, ao conceito negativo e limitado de saúde. Dessa maneira, esse modelo procuraria revisar a perspectiva antropocêntrica de dominação dos espaços ambientais que, de forma predadora, tem tido responsabilidade na “deterioração dos projetos humanos de vida saudável”. Esse autor assevera que, apesar de não propor um novo conceito de saúde, o enfoque ecossistêmico questiona o uso instrumental do conceito de ‘desenvolvimento como crescimento econômico’, relacionado apenas a dinamismo econômico, produção de riquezas e aceleração da produtividade. O enfoque buscaria, portanto, conferir outra abordagem ao desenvolvimento, incorporando a ele a dimensão humana e a “qualidade de vida” outro conceito fundamental. Esse

autor aponta ainda que o estreitamento das relações entre saúde e ambiente trabalhado nesta perspectiva representa um avanço significativo no questionamento do uso desenfreado de recursos naturais e de seus impactos no meio ambiente e na sociedade.

A determinação social do processo saúde-doença

Para Laurell (1982), a polêmica discussão se a doença é essencialmente biológica ou social foi intensificada no final dos anos 1960. Nesse período, havia um questionamento profundo do paradigma dominante sobre o caráter da doença até então entendido como um fenômeno biológico individual. De acordo com Batistella (2007b), havia também muitas análises que criticavam o modelo da história natural da doença e que propunham uma abordagem mais ampla, que reunisse as relações da saúde com a produção social e econômica da sociedade. De acordo com esse autor, o “modelo da determinação social do processo saúde-doença” buscaria articular diferentes dimensões da vida contidas nesse processo. Os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos são considerados fundamentais para a configuração de uma determinada realidade sanitária. A construção de um novo quadro explicativo, com a finalidade de superar a concepção biologicista linear de causa-efeito, assume o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença.

Segundo Laurell (1982) as razões que levaram a esse questionamento estão tanto no desenvolvimento da medicina como no da sociedade com a qual ela se articula. Ainda, a autora destaca que o auge desta polemica ocorreu com o aumento das lutas sociais que, de maneiras distintas predominaram nos diferentes países mas que marcaram época. Apesar de distintas e de alcance muito variável, um ponto chave destas lutas foi o questionamento do modo dominante de atender as demandas das massas trabalhadoras. Dessa forma, formulou-se uma crítica que buscasse apoiar os interesses populares e fosse capaz de dar origem a novas práticas sociais, a partir de uma compreensão diferente dos problemas ou, nas palavras da autora: “as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam” (LAURELL, 1982, p. 2).

Desse modo, para Batistella (2007a), a noção de ‘causalidade’ é substituída pela noção de ‘determinação’, em que se considera a hierarquia das condições referentes à estrutura social para a explicação desses processos. A noção de ‘causalidade’ passa a estar associada à compreensão dos modos e estilos de vida, resultantes não só das escolhas pessoais, mas também dos fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BATISTELLA, 2007a). Essa explicação de caráter mais abrangente busca integrar tais dimensões de modo sistêmico, relacionando-as a uma totalidade na qual se podem identificar os níveis de determinação e os condicionantes do fenômeno observado. O autor aponta, ainda, a diferença entre o modelo causal, que não direcionava para nova prática

médica, e o modelo da produção social da saúde, que significa uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalhos e das formas de organização das práticas, buscando, especialmente, a promoção da saúde, além de conter o avanço das doenças. Por sua vez, no que se refere à mudança da estrutura perceptiva que sustentará a abordagem médico-científica emergente, estão os valores da ‘localização’, ‘especificidade’ e ‘intervenção’. A nova perspectiva compreenderia os fenômenos a partir do estudo das mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais da sociedade, com base na observação e na experiência. A partir de então, a saúde deixa de ser entendida como a ausência de patologia. Assim, em consonância com Batistella (2007b) entre outros, essa profunda mudança no modo de conceber o processo saúde-doença vem confrontar a abordagem teórica do modelo biomédico, apesar de sua ampla aceitação e dominância na formação de várias categorias profissionais, sobretudo os médicos, até os dias de hoje.

Para Laurell (1982), a melhor forma de se comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é por meio do estudo de suas características, isto é, pelo caso clínico, mas a partir da avaliação do processo que ocorre na coletividade humana. Não é por meio de estudos sobre as doenças em particular que se compreende o caráter social da doença, mas sim por meio dos perfis epidemiológicos dos diferentes grupos. Ainda segundo essa autora, a análise histórica revela como as necessidades das classes dominantes, que se comportam como se concentrassem as necessidades da sociedade como um todo, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença.

Pode-se assim compreender a perspectiva da OMS que define saúde como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”, numa tentativa de superar a visão “negativa” da saúde como doença. Por outro lado, a amplitude dessa definição também dificulta sua operacionalização; e o direcionamento da responsabilidade para os indivíduos, a partir dos estilos de vida “não-saudáveis”, tenderia a desviar a discussão dos fatores sociais, ambientais, econômicos e das condições de trabalho que impactam fortemente no processo saúde-doença (BATISTELLA, 2007b).

Saúde coletiva e determinantes sociais da saúde

No Brasil, o conceito de Saúde Coletiva, formulado nos anos 1970 e referendado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em Brasília em 1986, é considerado um marco importante na reforma do sistema de saúde no Brasil. Sua essência está no caráter ampliado da concepção de saúde, que extrapola a atenção médica individual e mesmo a prevenção de doenças tradicional (PÊGO e ALMEIDA, 2002; BATISTELLA, 2007b). Segundo essas autoras, a Saúde Coletiva difere da perspectiva da saúde pública porque

“[...] se sitúa en un dominio donde confluyen varias áreas del conocimiento que trabajan con diferentes objetos. Ella buscó representar una inflexión decisiva para

el concepto de salud, ya que, por un lado, niega el universalismo naturalista del saber médico, aceptando otras lecturas y prácticas de curación, lo que provoca una ruptura con los discursos biológicos y con la concepción clásica de salud pública, dominantes en el campo de la salud. Por otro lado, promueve la reestructuración del propio campo de la salud pública, dado el énfasis que atribuye a la dimensión histórica de la enfermedad, y a la práctica política como transformadora de lo social.” (PÊGO e ALMEIDA, 2002, p. 974-975)

Essa nova perspectiva foi formulada no Brasil, mas é caudatária dos avanços no pensamento crítico dos profissionais de saúde pública em diversos países da América Latina, sobretudo nas décadas de 1960, 1970 e 1980, quando foram elaboradas novas perspectivas sobre o planejamento setorial (URIBE-RIVERA, 1989) e analisada criticamente a saúde pública tradicional, trabalhada na tese de Sergio Arouca sobre o “dilema preventivista” (AROUCA, 1975). Alia-se a essa dinâmica mobilizações de diversas ordens, oriundas no âmbito setorial, mas que tanto se constituíram como uma forma de protesto contra os regimes autoritários na região, como ocorreram no Brasil, quanto como reforço ao *status quo*, travestido de inovação, como no México (PÊGO e ALMEIDA, 2002).

Paralelamente a essa dinâmica vivia-se também a crise dos sistemas públicos de saúde e da própria prática médica (DONNANGELO, 1975 e 1978), evidenciados no mesmo período, especialmente no cenário latino-americano, constatando-se que a medicina clínica não oferece soluções suficientes nem satisfatórias para a melhoria das condições de saúde da coletividade, comprovadas pela estagnação dessas condições em grandes grupos sociais, ou sua franca deterioração em outros (LAURELL, 1982).

No Brasil, esse debate esteve inserido no processo amplo de mobilização do Movimento pela Reforma Sanitária que confluiu com a luta pela redemocratização do país, representando uma conquista social inédita, ao conseguir incorporar ao novo texto constitucional de 1988 o princípio da “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, a ser implementado por um sistema de saúde universal regido pelas diretrizes de equidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social (CARTA CONSTITUCIONAL, 1988).

De acordo com Batistella (2007b), entre outros autores, a perspectiva então formulada buscou retomar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença na sociedade. Essa perspectiva contrapõe-se significativamente à ênfase no modelo biomédico, centrado no conhecimento anatomopatológico, na visão mecanicista do corpo humano e na assistência médica como núcleo central dos sistemas de serviços de saúde, focada no indivíduo, na doença, no hospital e no médico.

É nesse sentido que a concepção de saúde registrada na constituição brasileira de 1988 reflete a conjuntura política de redemocratização do país e, sobretudo, o papel do movimento sanitário na luta pela ampliação dos direitos sociais. Um ganho maior dessa concepção foi colocar

em evidência os determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas abordagens individuais.

A reorientação dos sistemas de saúde, uma das dimensões centrais na promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa de 1986, foca na formação de profissionais e, especialmente, na atuação intersetorial. Uma crítica à intersetorialidade, referida em Ottawa, foi levantada por Lefèvre (2004) e Carvalho (2005) (*apud* BATISTELLA, 2007b, p. 65), argumentando-se que com o privilegiamento dessa instância, com alto grau de generalidade, poderia ocorrer um esvaziamento das ações próprias do setor saúde.

Almeida-Filho (2011) (*apud* BAGRICHEVSKY et al, 2011, p. 25), por outro lado, ressalta a necessidade de engajamento político nessa construção conceitual e metodológica do processo saúde-doença, a fim de possibilitar subsídios para a tomadas de decisão, pressionando-se para que as diferenças sociais sejam minimizadas e para que sejam enfrentados os determinantes sociais da saúde. Este autor categoriza a saúde como “um campo de práticas”, isto é, como “um espaço onde há convergência entre saberes e práticas”.

A complexidade e processo saúde-doença

O modelo elaborado por Sabroza (2001) aponta o processo de saúde-doença como um sistema complexo, em que se articulam diversas dimensões em diferentes níveis. As categorias e variáveis de cada nível são mediadas por “relações de determinação e especificação”. A figura a seguir (Figura 4) mostra os níveis em que se manifestam os processos saúde-doença e como eles podem expressar, simultaneamente, alterações fisiopatológicas para a dimensão orgânica do indivíduo; uma representação e um papel mediado por valores culturais para o cidadão; e o sofrimento para o indivíduo. Numa sociedade complexa, tal como a nossa, os processos de saúde-doença aparecem como “problemas de saúde pública”, isto é, como uma relação entre o Estado e a sociedade, entre o particular e o público, entre o individual e o coletivo. Essa dinâmica se dará, portanto, sempre na “interseção entre duas lógicas”: a lógica da produção econômica e a lógica da reprodução da vida (SABROZA, 2001).

Figura 4: Níveis de organização e processos saúde-doença



Fonte: Extraído de Sabroza, 2001, p. 48.

Os modelos conceituais para a análise dos determinantes sociais da saúde

“Sabe-se que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros. Se deixarmos de lado as desigualdades de adoecimento de acordo com a faixa etária e as diferenças ocasionadas pelas doenças específicas de cada sexo, e voltarmos nossa atenção ao cruzamento e relacionamento de informações, evidenciam-se as desigualdades decorrentes das condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham.” (CNDSS, 2006).

A partir da década de 1990 o crescente consenso em torno do papel dos determinantes sociais no processo do adoecimento humano passou a contribuir para que diversos países reformulassem seus objetivos estratégicos na área da saúde. As metas de diminuição de taxas de morbidade e de mortalidade também passaram a ser acompanhadas pela busca de criação de condições sociais que garantissem boa saúde para a população.

Na OMS as preocupações com a questão das iniquidades em saúde levaram à criação de uma divisão com a finalidade de trabalhar com essa temática — a *WHO Equity Initiative*. A partir de então, a equidade em saúde passou a ser conceituada em relação à posição dos indivíduos na hierarquia social e, dessa forma, aos seus diferentes gradientes de poder — social, econômico e político — acumulados (BATISTELLA, 2007b).

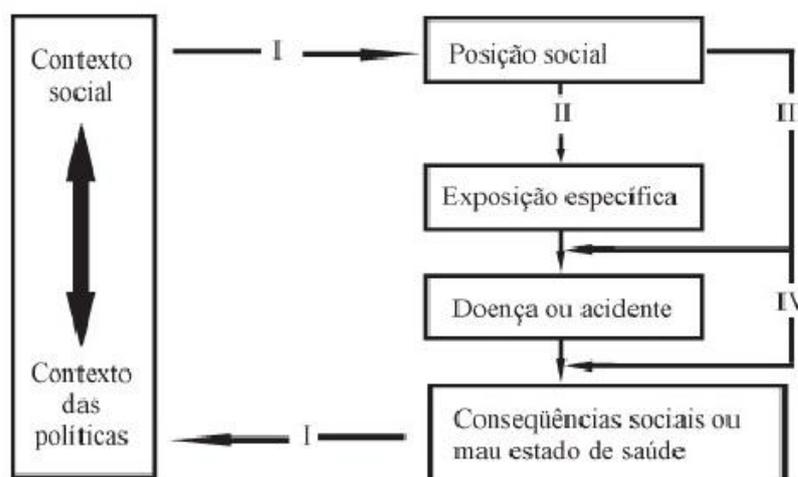
Na 57ª Assembleia Geral da OMS, realizada em maio de 2004, foi anunciada a intenção de criar uma Comissão Global para discutir e analisar os Determinantes Sociais da Saúde, com a

finalidade de se avançar na agenda pró-equidade e aumentar o apoio dessa organização aos seus Estados-membros na implementação de abordagens mais abrangentes dos problemas de saúde, incluindo suas raízes sociais e ambientais.

Diversos modelos procuram explicar, desde então, as relações entre os diferentes níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. A CDSS-OMS teve como base alguns modelos conceituais já existentes, mas foi o modelo de Diderischen et al (2001), denominado “mecanismos da iniquidade em saúde segundo a posição social”, que a Comissão tomou como referência para desenvolver seu próprio modelo analítico.

Esse modelo parte da concepção de Dahlgren e Whitehead (1991), denominado de “influências em camadas”, que é reformulado por Diderichsen e Hallqvist (1998) e, posteriormente, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Apresenta algumas associações entre estratificação socioeconômica – a partir da renda, escolaridade, gênero, cor da pele e habitação – e resultados de saúde, onde são destacadas as iniquidades em saúde resultantes dos diferenciais de exposições, vulnerabilidade e consequências de acordo com a posição social ocupada por indivíduos e grupos. Enfatiza a estratificação social estabelecida pelo contexto social, que impõe aos indivíduos posições sociais distintas. Nesse sentido, a posição social é determinante para as condições de saúde das pessoas (Figura 5) (SOLAR e IRWIN 2007).

Figura 5. Modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998): estratificação social e produção de doenças



Fonte: Retirado de Solar e Irwin, 2005, p. 13.

Nessa concepção são identificados quatro pontos (ou níveis) de ação para as intervenções e políticas — as que influenciam a estratificação social, reduzem o diferencial de exposição a fatores prejudiciais à saúde, reduzem a vulnerabilidade e, por fim, as que previnem resultados desiguais do

mau estado de saúde, podendo agravar as iniquidades sociais (SOLAR e IRWIN, 2005). Permite também identificar alguns pontos de incidência de políticas que atuam sobre os mecanismos de estratificação social e os diferenciais de exposição, de vulnerabilidade e suas consequências. Essas intervenções são de responsabilidade de outros setores, mas são fundamentais para o combate das iniquidades em saúde (BUSS e PELLEGRINI, 2007). Incluem-se nelas a formulação de políticas que reduzam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social; além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para a avaliação dos impactos e diminuição dos efeitos sobre a estratificação social (SOLAR e IRWIN, 2005).

Os diversos modelos levantados até aqui (além de outros que não foram revisados nessa pesquisa) buscam explicar os fatores que geram os problemas e as desigualdades em saúde. No próximo tópico, veremos os conceitos mais utilizados na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde e algumas diferenciações importantes para se trabalhar o conceito.

Elementos conceituais relevantes: equidade e iniquidade; igualdade e desigualdade

Existem vários conceitos que auxiliam a compreensão dos determinantes sociais da saúde, mas, de maneira geral, há consenso de que as consequências do não enfrentamento destes determinantes levam à exclusão social e às iniquidades em saúde.

Duas dimensões são fundamentais para a compreensão dos padrões de determinação da saúde: condições de vida e estilos de vida. A primeira caracteriza-se pelas condições reais de existência, ou seja, as condições necessárias à subsistência, que se referem ao acesso a alimentos, à habitação, ao saneamento básico, às condições básicas de saúde e educação e ao meio ambiente (PAIM, 2009). A dimensão estilos de vida, por sua vez, abrange os determinantes comportamentais e hábitos individuais – como dieta, exercício físico e hábito de fumar entre outros – fortemente condicionados por fatores sociais, culturais e econômicos, tais como informações, propaganda, pressão dos cônjuges, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis, espaços de lazer etc. (BUSS E PELLEGRINI, 2007).

É importante também levar em consideração os conceitos de igualdade, desigualdade, equidade e iniquidade em saúde, que são distintos, mas não raro utilizados como sinônimos.

O conceito de igualdade expressa a distribuição homogênea a cada pessoa, em igual quantidade, de bens ou serviços, e tem como base o princípio da cidadania — todos os indivíduos são iguais e, por isso, possuem os mesmos direitos (CID, 2010).

Entretanto, os seres humanos possuem diferenças, tanto individuais quanto por características sociais, referentes às condições biológicas, mentais, econômicas, políticas e sociais

(CID, 2010). Tais diferenças determinam o grau de capacidade que as pessoas possuem para realizar seus objetivos. Portanto, ainda que haja igualdade de renda ou de direitos, os indivíduos não conseguem atingir, de maneira igual, seus objetivos de bem-estar, o que resulta no conceito de desigualdade (CID, 2010).

A equidade, por sua vez, tem sido aplicada nas análises sobre desigualdades sociais em saúde para sinalizar aquelas desigualdades consideradas “evitáveis, injustas e desnecessárias” (WHITEHEAD, 1992). Trata-se de um conceito mais contemporâneo, vinculado aos direitos das minorias, e que versa sobre as diferenças no espaço público da cidadania. Em outras palavras, esse conceito considera uma distribuição heterogênea de acordo com as diferenças entre as pessoas e suas necessidades diversas, a fim de eliminar ou diminuir as desigualdades existentes (SCOREL, 2001). Para Kawachi (2002, *apud* SCOREL, 2001), os conceitos de equidade e iniquidade são considerados reflexo do compromisso moral com a justiça social

Há diferentes formas de se analisar a equidade e na perspectiva de refinar o conceito dois enfoques foram elaborados: o da equidade vertical e o da equidade horizontal. Entende-se como equidade vertical a “desigualdade entre desiguais”, ou seja, uma distribuição desigual para indivíduos que se encontram em situações diferenciadas. Esta é geralmente empregada para se referir, por ex., a questões de financiamento com base no critério da progressividade: a contribuição seria inversamente proporcional ao rendimento das pessoas (TRAVASSOS e CASTRO, 2008). Já a equidade horizontal refere-se à “igualdade entre iguais”, uma distribuição igualitária entre pessoas que encontram-se em igualdade de condições. Esta refere-se também à equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais” (SCOREL, 2001; TRAVASSOS e CASTRO, 2008 e 2012). Dessa forma, é possível dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (SCOREL, 2001; TRAVASSOS e CASTRO, 2008).

O conceito de iniquidade em saúde diz respeito a desigualdades sistemáticas entre diferentes grupos socioeconômicos, sendo que podem ser observadas em qualquer país. Compreende, porém, três características distintas que, quando em conjunto, transformam meras diferenças em saúde em iniquidades sociais em saúde. São elas: desigualdades sistemáticas, socialmente produzidas – portanto, evitáveis, capazes de serem modificadas – e injustas (DAHLGREN E WHITEHEAD, 2006). Na perspectiva da CNDSS, um exemplo de iniquidade é

“[...] a probabilidade cinco vezes maior de uma criança morrer antes de alcançar o primeiro ano de vida pelo fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. O outro exemplo é a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos de idade ser três vezes maior pelo fato de sua mãe ter 4 anos de estudo e não 8.” (PORTAL CNDSS, 2006).

Um dos desafios para os estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais – de natureza social, econômica, política – e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, uma vez que a relação de determinação não está restrita meramente a um processo de causa-efeito (BUSS E PELLEGRINI, 2007).

A Teoria da Determinação Social da Saúde e o Enfoque dos Determinantes Sociais da Saúde

De acordo com Barata (1985), as críticas aos modelos teóricos abordados neste estudo se intensificaram no final da década de 1960. Evidenciou-se a necessidade de reformulação da compreensão do processo saúde-doença de modo a aproximar o conhecimento epidemiológico dos anseios da sociedade, orientando novas práticas de intervenção. Nesse contexto, surge uma nova abordagem explicativa em torno dos problemas de saúde: a concepção de determinação social das doenças. Essa autora ressalta que a compreensão do processo de determinação da doença é uma das diretrizes mais importantes para o campo da saúde.

“As relações entre os determinantes e aquilo que determinam é mais complexa e mediada do que as relações de causa e efeito. Daí a denominação de 'determinantes sociais da saúde' e não 'causas sociais da saúde'. Por exemplo, o bacilo de Koch causa a tuberculose, mas são os determinantes sociais que explicam porque determinados grupos da população são mais susceptíveis do que outros para contrair a tuberculose.” (PORTAL CNDSS, 2006)

Para Villar (2007), o ressurgimento do tema dos DSS deve-se à falta de propostas alternativas ao neoliberalismo e aos efeitos perversos do modelo de desenvolvimento propagado por essa corrente econômica e político-ideológica de forma hegemônica desde a década de 1980, que teria provocado o aumento das iniquidades em saúde em nível mundial. Segundo o autor, essa retomada faz reaparecer também a preocupação com os valores da justiça social. Para Zioni e Westphall (2007) o desenvolvimento desse enfoque deve-se a autores latino-americanos, que ressaltam a necessidade de “repolitizar” a área da saúde. Para Buss, a década de 1980 assistiu os aspectos sociais da saúde serem eclipsados pelas dimensões de inovação tecnológica e ênfase na assistência médica. Jaime Breilh, por sua vez, reforça que o conceito de determinação social reaparece junto aos movimentos de contestação ao pensamento neoliberal e novas conjunturas políticas que se abrem a partir dos anos 1980, especialmente na América Latina (ZIONI e WESTPHALL, 2007).

Para Zioni e Westphall (2007), uma grande indagação que o debate sobre os DSS suscita diz respeito à discussão teórica embutida tanto no tema/objeto quanto na representação sobre o cenário no qual se insere. Por sua vez, Villar (2007) pontua que pensar em determinação social da saúde implica em considerar a saúde como um dos objetos das Ciências Sociais. A partir do marco

conceitual apresentado por Irwin e Solar (2007), Villar (2007) aponta que é possível evidenciar a existência de uma série de fatores inter-relacionados a partir dos contextos estruturais — socioeconômico e político — da sociedade. Por outro lado, estes poderiam ser traduzidos pela estratificação da população em classes sociais, as quais seriam estabelecidas de acordo com a distribuição do excedente econômico e do lugar nas relações de poder. Tal estratificação social leva ao que seriam os DSS expressos pela distribuição desigual de três tipos de fatores: materiais (habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros); psicossociais e comportamentais; e biológicos. Para esse autor, a escolha da abordagem dos DSS estaria ligada à conjuntura contemporânea, na qual temas relacionados à ética tornam-se questões sociais significativas. Dessa forma, refletir sobre os DSS implica pensar numa sociedade que se questiona sobre seus objetivos, que elabora uma nova representação sobre si mesma e que busca novos discursos sobre as relações homem/sociedade, homem/natureza, saúde/sociedade. Sobre esse aspecto, cabe ressaltar uma das críticas de Navarro (2009) ao relatório da CDSS-OMS, na qual o autor diz que o relatório não deveria declarar que são as iniquidades que matam as pessoas e sim reconhecer que aqueles que são responsáveis por tais iniquidades são quem matam as pessoas¹.

Segundo Tambellini e Schutz (2009), o conceito de determinação social pode ser observado em pelo menos duas perspectivas ao longo da década de 1970. A primeira levanta a questão dos “determinantes”, que seria o reflexo dos limites estabelecidos pelo poder hegemônico nas sociedades ocidentais desenvolvidas. A segunda perspectiva diz respeito às diretrizes de uma saúde coletiva considerada como reafirmação da saúde pública latinoamericana. Sua construção é percebida como elementos político, técnico e científico de projetos políticos-democráticos e contra hegemônicos na região, perspectiva que se expressa a partir de processos de determinação. Apesar dos diferentes rumos de ambas as dimensões apresentadas pelos autores, há consenso em torno da importância de compreender como melhorar a saúde das populações, a partir do reconhecimento da necessidade de intervir de maneira mais proativa nos padrões e modelos sociais que ditam as chances das pessoas e grupos de serem mais saudáveis, e não apenas focar na oferta de serviços médicos quando a doença já se manifestou (TAMBELLINI e SCHUTZ, 2009). Para Breilh (1997), no mundo contemporâneo a vida humana se constrói “entre fogo cruzado”. A qualidade de vida e saúde se encontram, no plano global, numa disputa constante entre o interesse privado e a necessidade coletiva, ou seja, situam-se entre a urgência de expansão econômica e política das classes dominantes e as necessidades populares.

Tambellini e Schutz (2009) reiteram que é difícil estabelecer uma gênese da teoria da determinação e do enfoque dos determinantes, por isso, seria mais plausível partir do princípio de

¹ Discurso à oitava Conferência Europeia União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação – IUHPE, Set. 2008.

que essas concepções constituíram-se ao longo das últimas décadas a partir de contextos históricos diferentes, envolvendo atores sociais distintos e, portanto, direcionaram-se a interesses também diferenciados. Além disso, Zioni e Westphall (2007) apontam que para entender uma sociedade é necessário elaborar uma reflexão crítica e uma utopia sobre ela e sua possível transformação.

Para a CNDSS, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população (CNDSS, 2008). Já a CDSS-OMS considera que os determinantes sociais da saúde correspondem aos determinantes estruturais e às condições de vida cotidianas, responsáveis pela maior parte das desigualdades na saúde, dentro dos países e entre eles. De forma sintética, Tarlov (1996 *apud* BUSS e PELLEGRINI, 2007) afirma que são "as características sociais dentro das quais a vida transcorre" (p. 78).

De acordo com Pellegrini (2011), os DSS são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde de forma positiva ou negativa e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário de fatores como idade, sexo e genética, que também influenciam a saúde, mas que, em geral, não poderiam ser modificados pela ação humana. Na literatura, no âmbito dos DSS, são frequentemente mencionados os seguintes determinantes: saneamento, inclusão social, transporte, segurança, modelo de atenção à saúde, habitação, alimentação, autoestima, droga adição, lazer, emprego, educação, paz, renda, estresse, primeiros anos de vida, rede de suporte social, renda, ambiente de trabalho, justiça social/equidade, recursos sustentáveis e ecossistema saudável (DOWBOR, 2008). Isso demonstra as limitações setoriais e o caráter multisetorial da saúde, o que viria a impulsionar o debate da intersetorialidade, a partir da Conferência de Ottawa de 1986, como estratégia fomentadora de mudanças nas condições de saúde das populações (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Os conceitos abordados até aqui permeiam tanto os trabalhos da CDSS-OMS quanto da CNDSS, como veremos no capítulo V.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se configura como um estudo de caso descritivo, e ao mesmo tempo exploratório, desenvolvido com abordagem qualitativa, cujo objetivo principal foi analisar o processo de criação, funcionamento e desdobramentos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Essa opção se justifica pelo próprio objeto de pesquisa, uma vez que o estudo de caso permite responder questões do tipo ‘como’ e ‘porque’, sobretudo quando se trata de fenômenos contemporâneos inseridos em contextos reais, sobre os quais os pesquisadores têm pouco controle (YIN, 2001).

Segundo Yin (2001), o estudo de caso pode ser definido como uma estratégia de pesquisa empírica que compreende um método abrangente em termos de lógica de planejamento, técnicas de coleta de dados e enfoques específicos para sua análise. Para Minayo (2008), o estudo de caso, como método de pesquisa é utilizado para compreender algo em profundidade, que pode se tratar de um fenômeno individual, grupal, organizacional, social, político, entre outros.

De acordo com Goldenberg (2004), a definição de estudo de caso não se resume a uma técnica específica “mas [é] uma análise holística, a mais completa possível, que considera a unidade social estudada como um todo, seja um indivíduo, uma família, uma instituição ou uma comunidade, com o objetivo de compreendê-los em seus próprios termos” (Goldenberg, 2004: p. 5). Ainda segundo esta autora, o estudo de caso reúne o máximo possível de informações por meio de diferentes técnicas de pesquisa, com a finalidade de abordar a totalidade de uma situação e descrever a complexidade de um caso real. Para tanto, a autora ressalta ainda que o pesquisador deve delimitar o foco de seu objeto de estudo a fim de selecionar o que lhe parece mais relevante para atender às questões levantadas por sua pesquisa uma vez que se torna irreal supor que se pode ver, descrever e descobrir a relevância teórica de tudo.

Há consenso entre os autores que o estudo de caso aproveita ao máximo possível as múltiplas fontes de dados disponíveis levantados a partir de diferentes técnicas, revisão bibliográfica, análise documental, entrevistas, observações, entre outros.

De acordo com Yin (2001), esta estratégia, de pesquisa, tem um importante componente descritivo, sem que o pesquisador busque alterar qualquer elemento da situação investigada, mas sim compreendê-la tal como ela é. Para tanto, é fundamental, desenvolver uma “descrição robusta”, ou seja, uma descrição factual, literal, sistemática e o mais completa possível de seu objeto de estudo.

Apesar desse caráter descritivo, o estudo de caso também envolve uma abordagem fortemente analítica de modo a interrogar a situação dada, contrapondo-a com outras situações já

conhecidas e com as teorias existentes, podendo contribuir para gerar novos questionamentos e novas teorias para futuras investigações (YIN, 2001).

Segundo Minayo (2008), o estudo de caso, de modo geral, utiliza-se de uma abordagem qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções de uma situação, fenômeno ou episódio em questão. Além disso, a autora ressalta a utilidade deste método em gerar conhecimento sobre características específicas ou relevantes de eventos concretos, incluindo-se intervenções e processos de mudança, assim como o rumo de um processo em curso e formas de interpretá-lo (MINAYO, 2008).

Ainda conforme Minayo (2008), os objetivos dos estudos de caso se resumem em:

“[...] compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionadas a um evento ou fenômeno por parte de um grupo específico, permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais, esclarecer os fatores que interferem em determinados processos, apresentar modelos de análise replicáveis em situações semelhantes e até possibilitar comparações, quando no projeto, no decurso do trabalho de campo e nas análises o investigador trabalhar com tipificações.” (MINAYO, 2008, p. 164-165)

Eleger a dinâmica dessa experiência brasileira sobre determinantes sociais da saúde como eixo da análise, significou não somente a seleção de campos para a investigação acerca do desenvolvimento do enfoque dos DSS, mas também gerou a necessidade de compreender alguns elementos centrais para atender ao objeto do estudo: o contexto em que a CNDSS se inseriu e sua composição (i), sua relação com as recomendações da CDSS-OMS que a originou (ii), os documentos utilizados para nortear seus trabalhos (iii), e seus desdobramentos no Brasil (iii). Ou seja, tratou-se de compreender “como” e “porque” ocorreu a criação da CNDSS, como esteve relacionada aos movimentos nacionais de mudança na área da saúde e ao movimento global sobre DSS desencadeado pela OMS. As técnicas de levantamento de dados utilizadas nesta pesquisa foram: revisão e análise bibliográfica, levantamento e análise documental e entrevistas com informantes-chave.

Pesquisa e análise bibliográfica

O levantamento bibliográfico foi realizado junto às bases eletrônicas a seguir: Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde, Repositório de Produção Científica da ENSP/FIOCRUZ e Repositório Institucional da FIOCRUZ ARCA. Nessas bases, foram pesquisados descritores relacionados aos seguintes tópicos: a) Determinantes Sociais da Saúde; b) Movimento Sanitário Brasileiro; d) Saúde Global e Saúde Internacional; e) Atenção Primária à Saúde. Os temas foram abordados a partir de suas possíveis inter-relações na tentativa de compreender como se deu o desenvolvimento do enfoque dos DSS no Brasil e na agenda global de saúde, bem como de contextualizar o processo de

criação da CNDSS. Ainda, foram utilizadas dissertações e teses de pós-graduação disponíveis na internet.

Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica foi iniciada na construção do projeto da pesquisa e resgatada durante todo o processo de elaboração deste trabalho por meio de fichamentos dos textos consultados. De acordo com Minayo (2008), a realização de fichamentos revela o caráter operacional da análise bibliográfica, pois possibilita melhor organização das leituras pelo pesquisador.

Análise Documental

A análise documental, de acordo com Cellard, trata-se de

“[...] um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – a ser exercida pela presença ou intervenção do pesquisador - do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida (CELLARD, 2010, p. 295).

Antes de analisar o material o pesquisador deve tomar certas precauções que facilitarão sua tarefa e “serão, parcialmente, garantias da validade e da solidez de suas explicações” (CELLARD, 2010). Primeiramente, deve localizar os textos pertinentes e avaliar a sua credibilidade e sua representatividade. Ainda, deve compreender adequadamente o sentido da mensagem.

Segundo Yin (2001), a análise documental é importante para abordar todos os tópicos contidos no estudo de caso, uma vez que esse tipo de dado pode assumir várias formas, mas principalmente, por constatar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes que não a bibliográfica. Além disso, os documentos permitem o conhecimento de detalhes específicos para comprovar ou refutar informações obtidas por meio de outras fontes.

Cellard (2010) ressalta que definir documento é um desafio. Contudo, o autor observa que “tudo o que é vestígio do passado, tudo o que serve de testemunho, é considerado como documento ou fonte”. Pode ser, os textos escritos e os documentos de natureza iconográfica e cinematográfica, qualquer tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano, etc. Enfim, o documento consiste em todo texto escrito, manuscrito ou impresso, registrado em papel (CELLARD, 2010).

Já para Yin (2001), podem ser considerados documentos:

“Cartas, memorandos e outros tipos de correspondências (i); agendas, avisos e minutas de reuniões, e outros relatórios escritos de eventos em geral (ii); documentos administrativos - propostas, relatórios de aperfeiçoamentos e outros documentos internos (iii); estudos ou avaliações formais do mesmo "local" sob estudo (iv) e recortes de jornais e outros artigos publicados na mídia (v)” (YIN, 2001, p.107).

Os documentos podem-se dividir em dois grandes grupos, os documentos arquivados e os que não o são, sem importar se é domínio público ou privado. Como exemplo, o autor menciona como arquivos públicos, a “documentação geralmente volumosa e, por vezes, organizada segundo planos de classificação, complexos e variáveis no tempo” (Cellard, 2010: p. 297). Os documentos públicos não arquivados compreendem os jornais, as revistas, os periódicos, os documentos distribuídos, tal como os anúncios, publicidades, boletins, dentre outros. Quanto aos arquivos privados, o autor menciona os documentos de organizações políticas, sindicatos, instituições, empresas, etc.; os quais podem ser de acesso dificultoso e os documentos pessoais, tal como autobiografias, diários íntimos, correspondências, etc.

Para Cellard (2010), o documento também possibilita a observação do “processo de maturação” ou de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos e outros, assim como suas origens até os dias atuais. Por outro lado, o autor também aponta como aspecto negativo da análise documental, o baixo caráter de influência por parte do pesquisador, embora possa se recorrer ao documento como vantajoso em vários níveis. Para este autor, os desafios desta técnica consistem em avaliar a credibilidade e a representatividade do documento, segundo as fontes onde são recolhidas.

É importante que o pesquisador esteja consciente de que até fragmentos eventuais ou fontes documentais com poucas informações que tragam, podem servir para elucidar determinadas situações. Além disso, Cellard (2010) ressalta que para se utilizar a análise documental, torna-se imprescindível a avaliação crítica do pesquisador sobre o documento, que é a primeira etapa desta técnica e se divide em cinco dimensões: o contexto, o autor ou os autores; a confiabilidade; a natureza e os conceitos-chaves do texto. Destacamos três dessas dimensões a seguir.

Em primeiro lugar, avaliar o contexto social global onde se insere a produção e o autor (ou autores) é fundamental para este tipo de análise. Para Cellard (2010), torna-se imprescindível o conhecimento da conjuntura política, econômica, social e cultural na qual se insere determinado documento, pois isto permite compreender os modelos conceituais de seu autor, a lógica por ele utilizada e identificar os atores aos quais o documento faz alusão. A segunda dimensão diz respeito à identidade do autor ou autores, uma vez que pesquisá-la permite uma melhor avaliação da credibilidade de um texto, identificando se o indivíduo fala por si ou por alguma instituição, entre outras questões.

A confiabilidade do documento está ligada à qualidade da informação transmitida, a partir da verificação da procedência do documento, sendo cuidado com as cópias mal realizadas e outros. Para Cellard (2010), é fundamental atentar para os conceitos-chaves contidos em um texto e avaliar a sua importância tendo em vista a conjuntura na qual são empregados. Analisar a lógica interna de

um documento permite responder questões, como aquelas referentes ao desenvolvimento de um argumento, conceito ou ideia. Essa contextualização pode ser de extrema utilidade para, por exemplo, realizar comparações entre documentos de natureza comum (CELLARD, 2010). Ainda segundo o autor, esse trabalho de análise preliminar é crucial para o bom desenvolvimento da análise que se pretende.

Dessa forma, a análise documental foi determinante para compreender o objeto de estudo deste trabalho uma vez que, por meio do relatório final da CNDSS, foi possível identificar elementos-chaves tais como seus antecedentes, modelo conceitual, objetivos, recomendações, entre outros.

Para o que nos interessa discutir nesse trabalho, consideramos como documentos: minutas de reuniões, documentos gerados de eventos considerados marcos importantes em torno do tema dos DSS, documentos bases para a CDSS-OMS e seu relatório final, 2008, bem como o relatório final da CNDSS, 2008, e os documentos utilizados ou finais das conferências e reuniões sobre os DSS realizadas no Brasil (Anexo 1):

Entrevistas

Para compreender o processo de criação da CNDSS, selecionamos como informantes-chaves membros da CNDSS e atores envolvidos com a temática dos DSS, da comunidade acadêmica e sociedade civil, fossem considerados como informantes-chave para participar do estudo por meio de entrevistas e, assim, possibilitar uma análise mais abrangente desse processo.

A realização de entrevistas nesta pesquisa buscou preencher eventuais lacunas de informação na bibliografia e nos documentos analisados. O propósito foi coletar as diferentes perspectivas sobre o objeto de estudo, conhecer a percepção dos atores sobre o processo de criação da CNDSS e de seus desdobramentos para a sociedade e para as políticas, além das expectativas quanto aos desafios a serem enfrentados.

Nesse sentido, foi escolhida a técnica de entrevista semiestruturada por se tratar de uma estratégia mais flexível que a entrevista estruturada ou questionário, no que diz respeito à condução dos temas a serem abordados, a fim também de proporcionar uma certa liberdade aos informantes-chaves. A escolha se deve, especialmente, por essa técnica ter a capacidade de possibilitar captar percepções de questões que podem ter sido esquecidas no roteiro.

Foram identificados dezessete informantes-chave, dos quais sete confirmaram o interesse e possibilidade de conceder entrevista. Esses atores foram divididos em dois grupos: membros da CNDSS (três indivíduos) e especialistas e gestores (quatro indivíduos) (ver Anexo 3 com os informantes-chave entrevistados).

O contato para agendamento da entrevista com os informantes-chave foi realizado, primeiramente, por e-mail ou telefone, o que exigiu persistência e insistência por parte do pesquisador. Houve muita dificuldade para realização das entrevistas por conta de conflito de agendas dos convidados a participar da pesquisa, além de se tratar de um ano de muitos eventos no Brasil, como eleições e Copa do Mundo de Futebol, logo não foi possível atingir o número de participações desejadas. Quando foi possível o contato com os atores selecionados, informavam-se os objetivos e a justificativa da pesquisa e, caso aceitassem participar, eram agendados encontros no local, horário, datas e forma de preferência dos participantes, como também por telefone.

Seguindo a linha proposta por Minayo (2008), buscou-se privilegiar os atores sociais com experiências e conhecimento em relação ao objeto da pesquisa, de modo a compor um grupo diversificado de atores envolvidos permitindo captar similaridades e diferenças de percepções e o máximo possível de informação sobre a CNDSS (MINAYO, 2008).

Ainda segundo Minayo (2008), a modalidade de entrevista semiestruturada deve obedecer a um roteiro que é utilizado pelo pesquisador e possui claro apoio na sequência de questões, facilitando a abordagem e garantindo a cobertura dos pressupostos de um pesquisador menos experiente. Dessa forma, as perguntas do roteiro foram adaptadas e realizadas de acordo com a possibilidade de questionamento no andamento das entrevistas, sendo que os tópicos foram organizados de maneira simples, seguindo uma ordem cronológica dos acontecimentos referentes ao objeto de estudo. A média de duração das entrevistas foi cerca de 20 a 30 minutos, muitas vezes desprovidas de formalidades o que contribuiu para a relação do entrevistador e entrevistado.

Triangulação de dados

Para análise dos dados utilizou-se o processo de convergência ou corroboração de dados sobre um determinado fenômeno, denominado por Driessnack, Souza e Mendes (2007) de triangulação. Yin (2001) ressalta que um dos pontos fortes dos estudos de caso é a oportunidade de utilizar diversas fontes para a obtenção de evidências, e define triangulação como um “fundamento lógico” para articulação dessas múltiplas fontes. Para esse autor, as evidências devem ser provenientes de duas ou mais fontes, “mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas” (YIN, 2001, p. 105). Segundo Goldenberg (2004) o objetivo da triangulação de dados é abranger o máximo possível quanto à descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo.

De acordo com Yin (2001), os estudos de caso permitem que o “pesquisador dedique-se a uma ampla diversidade de questões históricas, comportamentais e de atitudes” (YIN, 2001, p. 121). Esse autor observa ainda que a partir da triangulação é possível se debruçar sobre o problema em

potencial da “validade do constructo”, já que com várias fontes de evidências é possível oferecer diferentes percepções e avaliações sobre um mesmo fenômeno.

Considerações éticas

Este estudo se constituiu num sub-projeto da pesquisa “Saúde e Relações Internacionais: Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde”, que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (CEPENSP/Fiocruz). Portanto, o desenvolvimento do trabalho seguiu as normativas estabelecidas por essa pesquisa, inclusive utilizando o mesmo modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo CEP–ENSP (ver Anexo 3).

PANORAMA CONTEXTUAL

O período em que se desenvolvem os acontecimentos que levaram à criação da CDSS da OMS em 2005 e, logo após, à CNDSS no Brasil, no mesmo ano, é permeado por debates e discussões que abrangem tanto a articulação entre globalização em saúde, em nível global, quanto os desdobramentos do movimento da reforma sanitária brasileira com a implantação do SUS no Brasil.

Faremos um breve repasse dessas temáticas a seguir.

Globalização e saúde

“En los últimos veinte años el término de ‘globalización’ ha marcado discursos y prácticas no sólo económicas y políticas sino también en otras esferas esenciales de la actividad humana como la salud pública” (CUETO e ZAMORA, 2006, p. 11).

Segundo Cueto e Zamora há um consenso na literatura especializada de que o conceito de globalização aborda processos “mundiais integradores, interdependentes e únicos na história” (CUETO & ZAMORA, 2006, p. 11). A globalização é caracterizada por esses autores, entre outros, por processos caracterizados pela rapidez nas trocas comerciais, pelo rápido fluxo, pela atuação desterritorializada de capitais financeiros, de empresas transnacionais, pelo aumento da mobilidade de indivíduos pelo mundo, como de imigrantes, e pelo desenvolvimento de novas tecnologias de informação que atuam como poderosas difusoras de ideias. No que diz respeito à saúde pública, é comum associar o termo globalização à reemergência de antigas enfermidades, e ao surgimento de novas, que ocorriam e ocorrem igualmente em países pobres e ricos. Nesse sentido, para esses mesmos autores, todos esses processos pareceriam ter reduzido a distância entre os indivíduos, erodido as fronteiras nacionais, diminuído a importância dos mercados nacionais e afetado negativamente os sistemas tradicionais de proteção social e sanitária. Da mesma forma, é constante a associação entre saúde e globalização na perspectiva de relacionar saúde e desenvolvimento econômico, assim como saúde e segurança nacional. Assim, são consideradas urgentes as ações sanitárias “globais” no enfrentamento de ameaças globais.

Em contraponto, há na área da saúde opiniões que questionam o pressuposto de que a globalização seja um processo “natural”, irreversível e decorrente apenas de avanços tecnológicos (TAVARES, 1998; SANTOS, 2005; ALMEIDA, 2002, 2006, 2010).

Outra crítica importante direciona-se ao pressuposto que o mercado mundial seria o melhor mecanismo para atender as necessidades (sociais em geral, e de saúde em particular) da população mais pobre (ALMEIDA, 1995, 2002, 2006, 2010; CUETO E ZAMORA, 2006; SANTOS, 2005).

Há ainda críticos que lamentam o (suposto) enfraquecimento dos Estados Nacionais; os danos ao meio ambiente devido à produção industrial em larga escala; e ainda os que apontam a desterritorialização da produção e a desregulação do capital financeiro como fatores responsáveis

por gerar maior iniquidade entre países e dentro de um mesmo país. Vários autores destacam essa problemática e o agravamento das iniquidades no plano social e político inerente ao processo de globalização. Para Boaventura de Souza Santos (2005, *apud* ALMEIDA, 2010, p. 155)

“[...] a concentração da riqueza mundial atingiu proporções escandalosas e, de novo, os países periféricos são os que lideram o *ranking* mundial nesse quesito. A economia é dessocializada, o conceito de consumidor substitui o de cidadania e o critério de inclusão deixa de ser o direito para passar a ser a solvência.”

Segundo Almeida (2010), as estratégias de “saúde para todos” e de “Atenção Primária de Saúde”, formuladas na década de 1970, foram importantes para a OMS alcançar dois avanços para o campo da saúde:

“[...] a concepção de que os estados nacionais são responsáveis pela saúde das suas populações [e] a perspectiva de que a saúde deve ser pensada de forma articulada com a economia, a política e os direitos humanos, além de ser produto de ações intersetoriais.” (ALMEIDA, 2010, p. 149).

Da saúde internacional à saúde global

É importante destacar o que aponta Charles Godue (1998 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 149) no final da década de 1990, sobre a concepção tradicional de saúde internacional possuir um caráter omissivo em relação às “intenções particulares e hegemônicas” presentes no sistema mundial e permeadas por constante disputa pelo poder.

No que se concerne às questões e relações que envolvem a saúde em âmbito internacional encontram-se diferentes termos na literatura, segundo momentos históricos e conjunturas específicas. Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), Saúde Internacional era utilizado com frequência desde o final do século XIX até quase o final do século XX (anos 1980), e estava relacionado, principalmente, ao controle de epidemias e doenças transfronteiriças, isto é, que eram veiculadas ‘internacionalmente’. Já o termo ‘intergovernamental’ se referiria a políticas e práticas de saúde pública entre governos de nações soberanas. Almeida (2010) aponta que outros autores referem que a área denominada Saúde Internacional sempre esteve centrada principalmente pelo impacto econômico dos processos de globalização na saúde das populações. Essa autora ressalta que além dessas questões, somaram-se as preocupações em torno dos impactos diferenciados (não apenas econômicos) e das desigualdades provocadas pela globalização na saúde das populações. Na realidade a interdependência entre os Estados nacionais, cada vez mais intensa e num sistema mundial heterogêneo e hierárquico, os problemas de saúde, entre outros, já não podem ser resolvidos por um estado isoladamente, pois muitos deles ultrapassam sua capacidade de decisão e necessitam da colaboração de outros países (ALMEIDA, 2010).

Para Kickbusch (1999 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 150), além do termo “global” indicar uma maior “interdependência”, significa também um novo campo de ação para além do âmbito nacional,

pois as questões que lhe referem ultrapassam as fronteiras nacionais. ‘Saúde global’, por sua vez, apontaria o reconhecimento de questões de saúde que afetariam a população do planeta, e que estariam acima de interesses estritamente nacionais (BROWN, CUETO e FEE, 2006). Esse termo indicaria uma maior interdependência entre os países (KICKBUSCH, 1999 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 150). Para Brown, Cueto e Fee (2006) ‘Saúde Global’ é

“[...] por vezes apresentada como uma resposta puramente racional a eventos novos e ameaçadores na saúde pública, tais como epidemias internacionais atingindo tanto países ricos como países pobres, e a migração ilegal de populações. O termo ‘global’ também é associado à crescente importância de [diferentes] atores [na arena internacional] para além de agências e organizações governamentais e intergovernamentais – por exemplo, a mídia, fundações influentes internacionalmente, corporações transnacionais. Logicamente, os termos ‘internacional’, ‘intergovernamental’ e ‘global’ não são mutuamente excludentes e, de fato, podem ser entendidos como complementares.” (BROWN, CUETO e FEE, 2006, p. 641).

Cueto e Zamora (2006) ressaltam que a substituição do termo saúde internacional por saúde global, estaria relacionada ao desenvolvimento de programas de saúde em países pobres, e teria se iniciado em determinados departamentos ou cursos em escolas de saúde pública ou de medicina, principalmente em universidades de países industrializados, e em agências multilaterais ligadas às Nações Unidas, como a Organização Mundial da Saúde. Os autores explicam também que a ideia de saúde global pode ser útil tanto para usufruir os benefícios da globalização quanto para neutralizar suas consequências negativas, como a exclusão e a desigualdade.

Entretanto, a despeito do que se poderia pensar à primeira vista, o uso do termo ‘global’ na saúde não é uma invenção recente. Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), este era usado eventualmente muito antes da década de 1990, como no “programa de erradicação global da malária”, encabeçado pela OMS em meados dos anos 1950. Porém, seu uso era limitado em declarações e documentos oficiais, onde aparecia de forma esporádica, geralmente relacionado ao medo das pandemias.

Em 1992, a Diretoria Executiva da Assembleia Mundial da Saúde decidiu criar um “grupo de trabalho” com o objetivo de recomendar à OMS formas mais eficazes de atuação na saúde internacional, em consonância com a ideia de “mudança global” que, em ritmo acelerado, tomava conta do mundo. O relatório final desse grupo, encaminhado à OMS em maio de 1993, recomendava que, para manter sua liderança no setor saúde, a OMS deveria fazer uma revisão em sua gestão fragmentada de programas em nível global, regional e por país, diminuindo a competição entre recursos de contribuição regulares e extra orçamentários, especialmente ampliando a ênfase nos temas de “saúde global” e no seu papel como coordenador internacional dessa área (VILELA, 2014).

Até aquele período o termo saúde global tinha sido usado aleatoriamente e fora da OMS e, em geral, por pessoas à esquerda no espectro político e com diferentes agendas mundiais (BROWN, CUETO e FEE 2006). Para esses autores, a expressão saúde global teria origem também no movimento ambientalista, principalmente, nos debates sobre degradação ambiental mundial, aquecimento global e suas consequências devastadoras sobre a saúde humana. Como ressaltam esses autores, entre outros, em meados dos anos 1990 havia considerável literatura sobre 'ameaças à saúde global' (FIDLER, 2009). Como exemplo disso, entre várias outras publicações sobre o impacto global das doenças infecciosas, o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos EUA, deu início à publicação de seu novo jornal sobre as doenças infecciosas emergentes e o ex-diretor do CDC, William Goerge, passou a se referir a ameaças das doenças infecciosas globais.

Segundo Brown, Cueto e Fee (2006), apesar da OMS não ter “inventado” o termo ‘saúde global’, foi um ator que certamente ajudou a promover a nova expressão e colaborou de modo significativo para a promoção de outros novos termos. Dessa forma, uma diferença apontada pelos autores é que, no período da saúde internacional, os atores principais na arena internacional eram os Estados e as agências governamentais; já na a partir da década dos 1990 e, mais especificamente nos anos 2000, na arena internacional da saúde global existiria a participação de vários e diferentes novos atores, como por exemplo as organizações não-governamentais (ONGs), os movimentos sociais, as novas agências multilaterais e os doadores privados, entre outros. Entretanto há consenso na literatura sobre o papel central que cabe aos Estados nacionais nos processos de negociação em nível internacional, apesar dessa arena mais complexa.

Alguns autores falam numa “política de saúde global” e Kickbusch (1999 *apud* ALMEIDA 2010, p. 150) ressalta a importância de se formular uma agenda global em saúde, em função da atuação conjunta entre os Estados nacionais.

Chen et al (1999 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 150) explicam que, com o processo de globalização, a saúde foi se estruturando como um “bem público global”, contribuindo para isso “a maior transferência internacional dos riscos e o aumento das ameaças aos recursos naturais”. Kaul (1999 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 150) define que os bens públicos globais são aqueles “não-excludentes” e “não-rivais” em relação aos benefícios que proporcionam e que “transcendem as fronteiras, gerações e populações”. A exemplo disso, esse autor cita a camada de ozônio categorizada como bem natural global, a informação e o conhecimento como bens públicos globais de criação humana, e os bens resultantes das políticas globais, onde se encaixaria a saúde global, entre outros. Segundo Almeida (2010), cada categoria possui um desafio específico a ser enfrentado. Nas palavras da autora:

“[...] os bens naturais enfrentam a sua sobre-utilização e o desperdício; os bens produzidos pelo homem são sub-utilizados ou inacessíveis para grande parte da

população mundial; e a saúde, e outros bens que seriam resultados das políticas globais, têm oferta reduzida e são difíceis de serem alcançados.” (ALMEIDA, 2010, p. 150).

A mesma autora ressalta ainda que o aumento da atuação em decisões setoriais por parte das instituições internacionais, das agências financeiras, dos blocos político-econômicos supranacionais, dos *think thanks* globais, entre outros, torna-se um “problema adicional” por conta do “aumento de poder” dessas instituições na condução da dinâmica mundial, especialmente nas últimas décadas (p. 115). Além disso, reforçaria a crítica de que “as regras, instrumentos e forma de atuação das instituições tradicionais na arena internacional não seriam mais adequadas para responder aos desafios impostos pelas mudanças mundiais”, reforçando os clamores pela necessidade de uma “governança global em saúde” (ALMEIDA, 2010, p. 151)

No entanto, é equivocado pensar que essa governança global implica na criação de um governo mundial supranacional, pois para Deneulin e Townsend (2006 *apud* ALMEIDA, 2010, p. 151), esta significaria muito mais “o aumento da coerência, efetividade e legitimidade das instituições internacionais já existentes” a fim de identificar e preencher os *gaps* das regulações estabelecidas pelas instituições multilaterais. Os mesmos autores destacam ainda o papel complementar das instituições e mecanismos internacionais para a ação dos governos locais, regionais ou nacionais, devendo existir a participação democrática de vários atores, “inclusive não-estatais, em uma ordem legítima e aceita globalmente” (p. 152). Além disso, a governança global

“[...] possibilitaria a provisão dos ‘bem públicos globais’, a partir de instrumentos internacionais (acordos convenções) negociados e assinados pelos governos de distintos países, relativos a questões especificamente problemáticas e de interesse global.” (ALMEIDA, 2010, p. 152, referindo-se à percepção de DENEULIN e TOWNSEND, 2006).

Nesse sentido, a autora conclui que esses instrumentos podem funcionar como facilitadores para se alcançar melhorias na saúde global, ainda que não haja obrigatoriedade de adesão dos países em termos de responsabilidade específica na implementação de políticas correlacionadas. Por mais diferentes definições que existam de “governança global em saúde”, ressalta-se certo esforço (em nível internacional) para se estabelecer um maior controle sobre os riscos que podem influenciar a saúde das populações em âmbito global. De qualquer forma, essas definições, e processos subjacentes, permanecem abertos à discussão e necessitam maior elaboração conceitual (ALMEIDA, 2010).

No Brasil, desde o início do século XX, os sanitaristas vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas e baseadas nesse conhecimento (BUSS e PELLEGRINI, 2006). Segundo o próprio relatório da CNDSS (2008), o fato do Brasil ser o primeiro país a criar sua

própria comissão, unindo-se à iniciativa global em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS) desencadeada pela OMS, responde a uma “tradição do sanitarismo brasileiro”, que buscamos analisar a seguir.

Breve repasse da história do Movimento pela Reforma Sanitária no Brasil

Diversos setores da sociedade brasileira se articularam nos anos 1970 num movimento pela reforma do setor saúde no país, contribuindo decisivamente para a aprovação do artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS e define a saúde como:

“[...] um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Artigo 196 , CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA de 1988).

Buss e Pellegrini (2006) asseveram que a CNDSS é também fruto do processo de construção da Reforma Sanitária Brasileira, em curso há quase três décadas.

Não se pretendeu aqui examinar a Reforma Sanitária Brasileira, mas sim captar elementos de sua proposta que evidenciem as relações entre as construções teórico-conceituais da determinação social e dos determinantes sociais da saúde. Optou-se pelo recorte dos anos 1960, início do pensamento crítico na América Latina e no Brasil, em relação ao modelo existente e elaboração do que seria desejável no cuidado em saúde para a população. Durante o regime militar, foi fortemente reforçada a histórica dualidade entre a saúde pública e a atenção curativa individual nas políticas de saúde brasileiras. A luta contra a ditadura e pela democracia não conseguiu deter os debates nacionais e latino-americanos sobre a medicina social, então e seu auge na região, e impulsionou o movimento pela reforma na saúde no Brasil..

Segundo Escorel e Teixeira (2008), inicialmente, a base institucional que produziu conhecimentos críticos sobre a saúde da população e os modos de organizar as práticas sanitárias no Brasil esteve nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das Faculdades de Medicina em diferentes universidades pelo país afora. Para Arouca

“[...] O início do processo está situado no começo da década de 1960, quando se difundiu, nos Estados Unidos, um modelo preventivista de atenção à saúde que pretendia mudar a prática médica inculcando no profissional uma nova atitude (a prevenção) sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde.” (Arouca, 2003 *apud* ESCOREL, 2008, p. 394).

Dessa maneira, o modelo normatizava a conduta médica que reorientaria suas atribuições mediante um “conceito ecológico de doença e saúde”. De acordo com Escorel (2008), a OPAS também fomentou a elaboração dessa nova forma de se pensar a saúde e, durante a década de 1960, estimulou a aplicação das Ciências Sociais nos estudos sobre o processo saúde-doença. No Brasil,

os primeiros DMPs foram criados na década de 1950, na Faculdade Paulista de Medicina e na Faculdade de Ribeirão Preto.

Para Baptista (2007), o golpe militar de 1964 (e os sucessivos governos militares que se seguiram até os anos 1980) trouxe mudanças significativas no modelo sanitário brasileiro, especialmente a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado nessa área e a ampliação da cobertura de determinados extratos sociais pelo sistema previdenciário.

Segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005), a ênfase desses governos estava centrada na aquisição de tecnologias de ponta, tornando a intervenção em saúde altamente especializada, medicalizada, curativa, individualizada e, portanto, elitista. A centralização, dominante nesse período, com a consequente proibição do debate na sociedade sobre alternativas políticas, mesmo que setoriais, permitiu que o governo militar implantasse reformas institucionais que tiveram profundo impacto na saúde pública e na medicina previdenciária. Além disso, o Sistema Nacional de Saúde criado nesse período foi marcado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela condução de uma burocracia que atuava na direção da crescente mercantilização da saúde (ESCOREL et al, 2005).

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, em substituição aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), todas as contribuições previdenciárias foram concentradas, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a ser responsável pelas aposentadorias pensões e pela assistência médica de todos os trabalhadores do mercado formal, excluindo, porém, inicialmente, os trabalhadores rurais e uma série de trabalhadores urbanos informais. Segundo os mesmos autores, a saúde pública ficou em segundo plano nesse período, tornando-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação limitava-se a campanhas de baixa eficácia (ESCOREL et al, 2005). Ainda segundo essa publicação, para agravar esse cenário, a carência de recursos para financiar o setor, que não chegavam a 2% do PIB, trazia graves consequências para a saúde da população brasileira. A alta concentração de renda, arrocho salarial e falta de opções na educação resultaram em péssimas condições de vida de expressiva parte da população, levando a altas taxas de mortalidade, sobretudo infantil, epidemias e várias outras mazelas. A repressão política, que atingiu também o setor, com cassações de direitos, prisões, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadorias compulsórias de pesquisadores, intelectuais, jornalistas, entre outros, e a falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas, foram elementos que impulsionaram o exílio de muitos profissionais.

Enquanto isso, segundo Escorel, Nascimento e Edler (2005) a lei da Reforma Universitária de 1968, que introduziu a medicina preventiva no currículo dos cursos de medicina, fez com que os DMPs se tornassem obrigatórios. Segundo esses autores este foi o

“[...] o locus a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo

tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país” (SCOREL et al, 2005, p. 63).

Desse modo, a universidade transformou-se num importante fórum de debates, aplicação e disputa de políticas públicas. Segundo essa autora, naquele momento o movimento sanitário ultrapassou sua finalidade, relacionando-se a demandas sociais diversas que se constituíam na luta por redemocratização e fortalecimento da sociedade civil.

No final da década de 1960, desenvolve-se na América Latina uma forte crítica aos efeitos negativos da “medicalização da saúde”. Os programas de medicina comunitária, que também surgem na região na mesma época, propõem a “desmedicalização” da sociedade propunham práticas alternativas de autocuidado em saúde, atenção primária realizada por pessoal não-médico e valorização da medicina tradicional. O debate contra a elitização da prática médica e a inacessibilidade dos serviços de assistência médica às grandes massas populacionais teve como um de seus marcos a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS em Alma-Ata, em 1978, momento em que a saúde foi reafirmada como um dos direitos humanos fundamentais, sob a responsabilidade política do Estado, além de ser reconhecido o seu caráter intersetorial (SCOREL et al, 2005). Embora o Brasil não tenha sido representado nessa Conferência, os princípios aí discutidos e adotados tiveram importante repercussão no movimento nacional.

Scorel e Teixeira (2008) apontam que alguns DMP, especialmente aqueles situados no estado de São Paulo, passaram a questionar o ideário preventivista, até então hegemônico na análise dos problemas de saúde, alegando ser inadequado para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Assim, foi elaborada uma “teoria social da saúde” baseada na abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista e, a partir de então, desencadeou-se uma disputa teórica com outras duas escolas de pensamento dominantes à época: a preventivista liberal e a racionalizadora técnica. Segundo esses autores, esse novo enfoque considerava o caráter político da área da saúde e a determinação social do processo saúde-doença e os DMP foram o principal palco dessa luta conceitual. Assim,

“[...] a reformulação do “objeto saúde”, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da “abordagem médico-social da saúde” pretendiam superar as abordagens biológica-ecológica antigo preventivismo” (SCOREL et al, 2005, p. 64).

De acordo com Paim (1981), o ideário preventivista (oriundo dos EUA) tratava de um conjunto de “atributos pessoais”, como por exemplo, educação, renda, salário, ocupação etc. (PAIM, 1981, *apud* SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 332); e a abordagem racionalizadora técnica considerava um coletivo de indivíduos. A abordagem médico-social, por sua vez, enfatizava um

campo estruturado de práticas sociais (SCOREL e TEIXEIRA, 2008). Essa corrente se diferenciava das outras pelo arcabouço teórico que considera o aspecto social como determinante das condições de saúde e por apontar a necessidade do profissional do setor se tornar “o sujeito da pretendida transformação da realidade social” (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 333).

A abordagem médico-social prevaleceu nos DMPs das Faculdades de Medicina da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da Universidade de São Paulo (USP); no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS – UERJ); e, num segundo momento, na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fiocruz. O projeto racionalizador, que se opôs ao estrito modelo liberal, reorientou o sistema oficial de atenção à saúde daquele período, articulando projetos desenvolvidos entre universidades e secretarias de saúde. Como estratégia política, o movimento sanitário buscou ocupar espaços, veiculando um pensamento “contra hegemônico” e defendendo a saúde como uma das dimensões da democracia, convertendo-se numa oposição cerrada ao regime autoritário (SCOREL et al, 2005).

Para Paim (1981 *apud* SCOREL e TEIXEIRA, 2008: p. 333), as bases teóricas da Saúde Coletiva no Brasil iriam começar a se desenvolver no início da década de 70, a partir de produções científicas, tais como as teses “*Medicina e sociedade*” e “*O dilema preventivista*”, respectivamente de Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca, ambas de 1975. Scorel e Teixeira (2008) apontam como elementos oriundos da linha teórica da Medicina Social a determinação social da saúde, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, essa abordagem enfatizava a prática social, a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando uma transformação social a partir dessa prática (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Em síntese, o movimento sanitário, entendido como um movimento de caráter ideológico e com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMP, numa disputa teórica com o movimento preventivista liberal, de matriz norte-americana, e com a sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal brasileira.

A política de saúde adotada pelo regime militar até então enfatizava a medicina assistencial e individual, em detrimento de ações mais efetivas no campo da saúde coletiva. Eram rejeitadas as formulações levantadas por sanitaristas identificados com o projeto nacional desenvolvimentista, do período anterior ao golpe. Nesse processo, a prática médica curativa era enfatizada em detrimento de ações preventivas de interesse coletivo e, além disso, a política de saúde acabou por favorecer um processo de corrupção incontrolável, a partir dos setores privados que, na busca do lucro multiplicavam e desdobravam os procedimentos médicos, optavam por internações mais caras, atos cirúrgicos desnecessários e utilizavam pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes (SCOREL et al, 2005).

Dessa forma, atuando sob forte pressão do regime autoritário, o movimento sanitário caracterizou-se como uma força política construída a partir da articulação de uma série de propostas contrárias ao sistema vigente. Criou-se, então, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em julho de 1976, a partir da sugestão de um grupo de médicos do curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) que, em sua maioria, vinham dos DMP. O Cebes, a partir de sua revista Saúde em Debate, foi capaz de criar um mecanismo difusor de idéias e de sua plataforma de lutas, além de um canal de debates do movimento sanitário (SCOREL et al, 2005). A publicação consistia em realizar denúncias sobre as iniquidades da organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatizado e anti-social, além de ser um instrumento de luta pela democratização do país e por maior racionalidade na organização dos serviços de saúde.

Para a saúde esse contexto significou a possibilidade de fortalecimento do movimento sanitário, que buscou, sobretudo, a transformação do setor saúde e estabeleceu suas bases de apoio tanto em instituições acadêmicas, com forte respaldo teórico, quanto nos movimentos sociais, mais ou menos vigorosos, que tinham como causa comum a luta pelos direitos civis e sociais entendidos como aspectos inerentes à própria democracia (BAPTISTA, 2007).

É nesse cenário de construção da proposta de reformulação da política de saúde, com a implementação de uma efetiva Reforma Sanitária, que surge o movimento sanitário, para além de sua dimensão teórica. O movimento foi constituído, consideravelmente, por médicos e intelectuais de formação comunista, socialista e liberal, e a partir dos DMP das faculdades de medicina influenciou o mundo acadêmico, político e sindical, atuando como liderança do processo de reformulação do setor saúde. Criticava-se profundamente a antiga abordagem biologicista da medicina e discutia-se a prática da medicina numa perspectiva histórico-estrutural, pela qual se buscava compreender a relação entre saúde e sociedade (SCOREL et al, 2005).

Com o governo do general João Figueiredo, último presidente militar, a abertura política foi completada. Em 1982, foram realizadas em todo o país eleições diretas para os governos estaduais, mas a crise econômica do período pós-milagre se agravava e gerou tensões populares e vários episódios de saques a supermercados (SCOREL et al, 2005). Segundo esses autores, apesar do governo de Figueiredo parecer mais promissor para a área da saúde, grande parcela do movimento sanitário se sentiu frustrada por não ocorrer a unificação dos Ministérios da Previdência e da Saúde, tão almejada para que as reformas pretendidas fossem aprofundadas (SCOREL et al, 2005).

Por outro lado, pressões sociais e políticas do setor da saúde implicaram na criação de mecanismos de coordenação interministerial com a finalidade de conceber um projeto vultoso para que o setor fosse reordenado. A primeira versão desse projeto, de julho de 1980, foi denominada de

Pró-Saúde e, posteriormente, Prev-Saúde, além de outras renomeações posteriores (ESCOREL et al, 2005).

Com o início da década de 1980, o movimento de contestação ao sistema de saúde governamental ficava cada vez mais intenso. As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde eram postuladas como apelo à democratização do sistema, com participação população, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização (ESCOREL et al, 2005).

Em 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social. O Conasp deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica, sugerir critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, bem como analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social, ou seja, servir para buscar respostas concretas que explicassem as razões da crise para o setor (BAPTISTA, 2007).

De acordo com Escorel et al (2005), ainda antes da Nova República (1985-1990), o movimento sanitário realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão possíveis e se articulou com as lideranças políticas do país para promover encontros cujo objetivo não se restringia a planejar políticas para a área da saúde, mas, sim, provocar sua adoção (PÊGO e ALMEIDA, 2002; ESCOREL et al, 2005). Já com o fim do regime autoritário e o início da Nova República, lideranças do movimento sanitário passaram a assumir cargos de fundamental importância em instituições responsáveis pela política de saúde no país.

Diante desse cenário, os autores destacam a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), presidida por Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Segundo Baptista, a conferência, realizada em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986, reuniu cerca de 4000 pessoas nos debates e aprovou por unanimidade, o princípio da universalização da saúde e a participação social efetiva com relação as práticas de saúde estabelecidas. Há consenso entre os autores de que a 8ª CNS foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois de forma inédita, contava-se com a participação da comunidade e dos profissionais e trabalhadores de saúde na discussão de uma política setorial. Dessa forma, a 8ª CNS lançou os princípios da Reforma Sanitária. A conferência tornou evidente que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma reforma administrativa e financeira comum. Na ocasião, ficou claro que havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde, bem como da ação institucional a ele correspondente (ESCOREL, 2008; ESCOREL et al, 2005).

Como resultado dessa conferência, o documento final define o conceito de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho,

transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. Este documento serviu de base para as discussões na Assembleia Nacional Constituinte (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986)

Dessa forma, foi na 8ª CNS que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, que contasse em sua nova formação com um novo arcabouço institucional, com a separação total do setor saúde em relação à Previdência Social (ESCOREL et al, 2005).

Durante julho de 1987, quando ainda eram aprofundados os debates acerca do financiamento e da operacionalização para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha também como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Esses autores consideram que o SUDS foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o tão desejado projeto do movimento sanitário de real acesso à atenção à saúde a toda população. Ao mesmo tempo, esperava-se garantir, ao máximo, que os recursos destinados à saúde não se desvirtuassem nem fossem apropriados para fins clientelísticos, eleitorais ou de capitalização de empresas ligadas à área da saúde. Segundo Baptista (2007) Ao passo em que o SUDS era implementado, havia naquele momento a discussão na Assembleia Nacional Constituinte em que se debatia o relatório da VII CNS no que se refere à questão da reforma do setor saúde e o SUS foi finalmente aprovado.

Em 1988 é encerrado o processo constituinte e a nova Constituição Federal é promulgada. Conhecida como “Constituição Cidadã”, a oitava Constituição do Brasil foi considerada um marco fundamental na redefinição das prioridades da política de Estado na área da saúde pública devido ao seu conceito mais amplo de saúde e, por ser descrita como um direito de todos e um dever do Estado (ESCOREL et al, 2005).

No ano de 1989, as negociações se concentraram em torno da lei complementar que daria bases operacionais à reforma sanitária. O II Congresso Brasileiro de Saúde coletiva e o III Congresso Paulista de Saúde Pública, colaboraram para a discussão sobre metodologia e ações operacionais para o SUS. Ainda neste ano, foi realizada a primeira eleição direta para presidente da República, em quase trinta anos sem eleição para esse cargo, tendo sido eleito Fernando Collor de Mello, candidato que reuniu todas as forças políticas conservadoras. Nesse período, os reformistas continuaram a contribuir para o projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Porém a LOS 8.080, promulgada pelo governo Collor, recebeu uma grande quantidade de vetos. É nesse contexto que a implementação do SUS se iniciou e têm enfrentado vários percalços, não tendo alcançado plenamente, até os dias atuais os objetivos que o ideário reformista pretendia (ESCOREL et al, 2005).

RESULTADOS

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (CDSS-OMS, 2005-2008)

Antecedentes

Em 1977, a trigésima Assembleia Mundial da Saúde iniciou o movimento em torno do “Saúde Para Todos” ao adotar na resolução 30.43 afirmava que:

“[...] a principal meta social dos governos e da OMS nas próximas décadas deverá ser a realização de um nível de saúde para todos os cidadãos do mundo até o ano de 2000, que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva” (PELLEGRINI, 2011)

De acordo com Cueto (2006), o então diretor geral da OMS, Halfdan Mahler, ex diretor geral da OMS (1973–1988) e defensor da justiça social, compartilhou que os programas verticais contra doenças específicas realizadas na América Latina e Ásia, motivados pela expectativa das medidas curativas obtidas pelo desenvolvimento tecnológico, não eram suficientes para solucionar os problemas de saúde das populações dos países em desenvolvimento. Com base nesta percepção, ampliou-se o discurso da equidade que deu origem às premissas básicas para a declaração de Alma-Ata (1978)².

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, resultou na aprovação da declaração de Alma-Ata, documento que firmava um posicionamento coletivo diante dos limites do modelo de saúde pública vigente naquele momento e a necessidade de reforma, passando a considerar formatos mais inclusivos e que atendessem as necessidades das populações (PIRES-ALVES, 2010). Assim, é tida como um marco para a saúde pública ao identificar “as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Três ideias-chave foram explicitadas nessa declaração: a crítica às tecnologias de alto custo e não adequadas às necessidades dos mais pobres; a crítica às campanhas verticais e ao “elitismo médico”; e a relação entre saúde e desenvolvimento. A Atenção Primária em Saúde (APS) foi defendida como central aos sistemas de saúde e, estrategicamente, um meio para se alcançar um aceitável nível mais aceitável de saúde para todos os cidadãos do mundo, segundo a meta do “Saúde para todos no ano 2000” (CUETO, 2004). A declaração de Alma-Ata trouxe também elementos que estimularam o ressurgimento da questão dos DSS, uma vez que a estratégia da APS contempla a necessidade de mobilização social, a intersetorialidade e a adoção de evidências para as políticas públicas de saúde (IRWIN e SCALI, 2005).

² "Declaração de Alma-Ata na íntegra, disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>“.

Apesar dos avanços obtidos com a declaração de Alma-Ata, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por fortes crises no mundo, como a crise econômica de meados de 1970 e o endividamento externo dos países em desenvolvimento nos anos 1980, o que levou a um período de ajustes estruturais macroeconômicos com profunda contenção dos gastos públicos e crise dos sistemas de proteção social (PIRES-ALVES, 2010).

No ano seguinte à conferência de Alma-Ata, em 1979, foi realizada em Bellagio, na Itália, a reunião “Saúde e população em desenvolvimento”, com a perspectiva crítica de que o programa “Saúde para todos no ano 2000” e a Atenção Primária em Saúde, tal como formulada, eram inviáveis (CUETO, 2004). Dessa reunião decorre a proposta da Atenção Primária Seletiva como uma alternativa, que significava um pacote de intervenções técnicas de baixo custo para enfrentar os principais problemas de saúde nos países pobres (CUETO, 2004). Esta nova perspectiva foi conduzida pela UNICEF, com o programa conhecido como “Gobi”, sigla em inglês para: monitoramento do crescimento de crianças (*Growth monitoring*), uso de técnicas para reidratação oral (*Oral rehydration*), promoção do aleitamento materno (*Breast-feeding*) e imunização (*Immunization*) (CUETO, 2007; BROWN et al, 2006).

Em 1986, foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que deu origem à carta de Ottawa, e teve como premissas básicas a declaração de Alma-Ata e o compromisso da estratégia de “Saúde para todos” (ANDRADE, 2006). Segundo esse autor, neste momento aparece uma nova concepção paradigmática da saúde pública. Essa conferência ofereceu uma visão mais ampla da promoção da saúde, com a retomada de questões como a participação social, intersetorialidade, educação em saúde, construção de alianças e referência aos estilos de vida como um dos determinantes sociais da saúde. O conceito lançado em Ottawa para a promoção da saúde exige uma ação coordenada entre os diversos setores da sociedade, com ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros setores parceiros, afirmando que a conquista da saúde não se limita ao setor (ANDRADE, 2006).

A Cúpula do Milênio das Nações Unidas, realizada em setembro do ano 2000, lançou as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs), adotadas por 189 países e foi importante para a conformação da agenda global de desenvolvimento naquele momento. Segundo Irwin e Scali (2005), as Metas de Desenvolvimento do Milênio abordam a necessidade de ações multissetoriais coordenadas, garantindo maior consenso sobre saúde e desenvolvimento em nível global, superando-se em relação às polarizações da última década, especialmente no que diz respeito aos efeitos positivos ou negativos da globalização. Entretanto, para Victora (2013), um dos pontos negativos das MDMs foi ter deixado de lado os DSS e, com isso, estimulando os programas verticais e desconsiderando a questão da equidade em saúde. Além disso, foram ignoradas também

áreas críticas como as mudanças climáticas globais e as Doenças Não-Transmissíveis. No entanto, como resultado positivo das MDMs, houve o fortalecimento da cultura de monitoramento, avaliação e responsabilidade dos governos, de doadores e da própria ONU (VICTORA, 2013). O autor ressalta ainda que atualmente está cada vez mais evidente que a maior parte dos países pobres não conseguirá alcançar os Objetivos do Milênio referentes à saúde, mas que não seria razoável abandonar essas metas após 2015, prazo estabelecido pela OMS.

A Criação da CDSS-OMS

Em discurso à 57ª Assembleia Geral da OMS de 2004, o então diretor geral da OMS, Dr. Lee Jong-Wook, anunciou a intenção de criar uma comissão global sobre os DSS, a fim de obter avanços na agenda em prol da equidade em saúde e aumentar o apoio da OMS na implementação de abordagem mais abrangente dos problemas de saúde, incluindo suas raízes sociais e ambientais (IRWIN e SCALI, 2005).

A criação da CDSS-OMS pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2005, significou um marco fundamental no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde. Um dos objetivos da Comissão foi o de avançar no acúmulo de conhecimento e iniciativas sobre os DSS, proporcionando uma compreensão mais ampla do tema e a aceitação do enfoque sobre os DSS pelos tomadores de decisões e demais atores envolvidos na saúde, especialmente nos países em desenvolvimento (IRWIN e SCALI, 2005).

A CDSS-OMS foi composta por notáveis (*commissioners*) — um grupo de dezenove membros com larga experiência na política, na academia e em *advocacy* em relação aos DSS e oriundos de diferentes países e regiões (Quadro 1, Anexo 2).

Foram definidas três linhas de trabalho: (1) atuação com os Estados-Membros da OMS (2) participação social e (3) redes globais de conhecimento. Dessa forma, a comissão liderou um processo mundial de organização do conhecimento sobre os DSS a fim de fortalecer as práticas e as políticas direcionadas para a diminuição das iniquidades (CDSS-OMS, 2008). Os membros da CDSS-OMS (*commissioners*) estiveram reunidos em oito encontros³ no total. Durante a pesquisa, não foram encontrados registros oficiais de relatórios das reuniões realizadas, apenas a programação de algumas dessas. De qualquer modo, a primeira reunião ocorreu nos dias 15 a 17 de março de 2005, no Chile, onde foi definido o plano de trabalho e realizado seu lançamento oficial. Posteriormente, foram realizadas reuniões, por ordem de acontecimentos: em junho de 2005 no

³ Informações encontradas na apresentação do presidente da CDSS-OMS, Dr. Michael Marmot, na última reunião de membros da Comissão realizada em Vancouver, no dia 12 de junho de 2007. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/links/events/Marmotoninterimstatement.pdf (Acesso em: 06/09/2014).

Egito; em 2006: Índia, Irã, Quênia e Brasil; e em 2007: Genebra e Vancouver (CDSS-OMS, 2005-2008).

A preocupação com as iniquidades nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde, entre outros serviços públicos que exercem influência na situação de saúde das pessoas, levou o governo brasileiro à decisão de criar uma Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), num contexto no qual a OMS propunha um movimento mundial sobre o tema (CNDSS, 2008). Dessa forma, após um ano da criação da CDSS-OMS, o Brasil participa desse movimento desencadeado pela OMS com o lançamento de sua própria comissão.

A CDSS-OMS resgatou as discussões sobre os determinantes sociais da saúde da fragilidade em que se encontravam durante a década de 1980, quando predominou o enfoque da saúde como um bem privado, que reforçou a ênfase na assistência médica individual (BUSS e PELLEGRINI 2007). O relatório final da CDSS-OMS, lançado em 2008, asseverou que as condições em que os indivíduos nascem e vivem são as causas das iniquidades na saúde, adotando a ideia de que saúde é resultante da ação de muitos setores, atores e saberes diversos. Dessa maneira, atribui-se à saúde dos indivíduos outras dimensões, tais como educação, lazer, habitação, renda e trabalho.

A CDSS-OMS surgiu com o propósito de promover uma tomada de consciência, em escala global, sobre o papel fundamental dos determinantes sociais da saúde na melhoria de vida entre os povos e na superação das iniquidades por eles geradas (CDSS-OMS, 2008). Teve como objetivo primordial a criação de um “movimento social” capaz de promover a equidade em saúde, tendo a justiça social como foco. Partiu da premissa que a equidade em saúde não é um conceito estanque e possui correlação com várias outras dimensões da vida social (CDSS, 2010).

A CDSS-OMS reuniu centenas de pesquisadores e profissionais de diferentes setores: universidades e instituições de pesquisa; ministérios governamentais e organizações Internacionais e da sociedade civil, constituindo as *Knowledge Networks* temáticas (Redes de Conhecimentos) e cada uma trabalhou com um tema específico. Essas Redes foram compostas por profissionais de vários países, que recolheram evidências sobre políticas e intervenções para aprimorar a saúde e reduzir as iniquidades na saúde. Paralelamente, constituíram-se duas redes regionais (as redes Nórdica e Asiática), novas parcerias para coleta de evidências, com a colaboração de pesquisadores em áreas-chave adicionais às redes temáticas, tais como envelhecimento, povos indígenas, alimentação e nutrição, violência e conflito e meio ambiente. Contou ainda com o suporte de um secretariado do Departamento de Equidade, Pobreza e Social Determinantes da Saúde da OMS, localizado em Genebra, e do Instituto Internacional da Sociedade e da Saúde, na *University College* em Londres. Foram estabelecidas parcerias com uma série de países empenhados em combater as

desigualdades na saúde, que se tornaram “países parceiros” (Quadro 1) com o compromisso de progredir sobre os determinantes sociais da saúde para melhorar a equidade e envolver os governos na abordagem do tema. Esses países firmaram compromisso com o avanço nessas.

Segundo informações no site oficial da CDSS-OMS, outros países engajaram-se posteriormente nesse processo de coleta de evidências, como a Noruega, e no compartilhamento de experiências bem sucedidas para o enfrentamento dos DSS, como na Tailândia. Representantes de grupos da sociedade civil da África, Ásia, Américas e Europa também contribuíram para o trabalho da Comissão (CDSS, 2005-2008).

QUADRO 1 – Países parceiros da CDSS-OMS

Região circunscrita à OMS	País-parceiro (<i>Partner countries</i>)
África	Quênia
	Moçambique
Américas	Bolívia
	Brasil
	Canadá
	Chile
Sudeste Asiático	Sri Lanka
Europa	Suíça
	Reino Unido
Mediterrâneo Oriental	República Islâmica do Irã

Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório final da CDSS-OMS, 2010, p. 30.

O Relatório final da CDSS-OMS

Para atingir seus objetivos, a CDSS-OMS definiu de três linhas de trabalho:

- **Ação dos países:** O chamado “trabalho dos países parceiros”⁴ (*Country Work Stream*), da comissão aborda os desafios dos países em transformar evidências sobre os DSS e a equidade em saúde em políticas eficazes. Os países que colaboraram com as atividades da CDSS-OMS foram: Brasil, Canadá, Chile, Inglaterra, Irã, Quênia, Moçambique, Nova Zelândia, Sri Lanka e Suécia; Suas atividades destinaram-se a: Apoiar o avanço da ação sobre os determinantes sociais em contextos específicos; permitir à CDSS-OMS incorporar experiências dos países parceiros no aprendizado e nas recomendações do relatório final; e

⁴ O trabalho dos países parceiros realizados a partir da coleta de evidências. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/countrywork/en/index.html (Acesso em: 5/05/2014)

fornecer à OMS uma visão geral das questões importantes à implementação da agenda sobre DSS e equidade em saúde.

- **Participação social:** A participação social é o espaço para a sociedade civil de todas as regiões fornecerem insumos cruciais ao trabalho da Comissão. Esta linha de trabalho prioriza a ação coletiva em torno de interesses comuns, propósitos e valores, geralmente distantes dos governos e dos atores privados. A inclusão de vozes da sociedade civil é essencial para dar legitimidade às pessoas marginalizadas (CDSS-OMS, 2008). Foram realizadas reuniões em diversas regiões e, no Brasil, foi realizada a reunião das entidades da sociedade civil latino-americana.
- **Redes de conhecimento (*Knowledge networks*):** As redes de conhecimento - integradas por cientistas de instituições de todo o mundo - coletaram e analisaram conhecimento e evidências sobre os temas para dar apoio à formulação de políticas e às ações recomendadas pelo relatório. Tendo como base o modelo conceitual criado pela Comissão (Figura 6), a linha de trabalho foi dividida em nove temáticas: A rede de conhecimento focada em desenvolvimento infantil (ECD) (ECDKN); condições de trabalho (ECOMNET); meios ou assuntos urbanos (KNUS); exclusão social (SEKN); mulheres e equidade de gênero (WGEKN); globalização (GKN); sistemas de saúde (HSKN); condições de saúde pública prioritárias (PPHCKN) e mensuração e evidências (MEKN) (CDSS-OMS, 2008).

A partir da análise desses trabalhos, a Comissão elaborou as principais recomendações a seguir (CDSS-OMS, 2008):

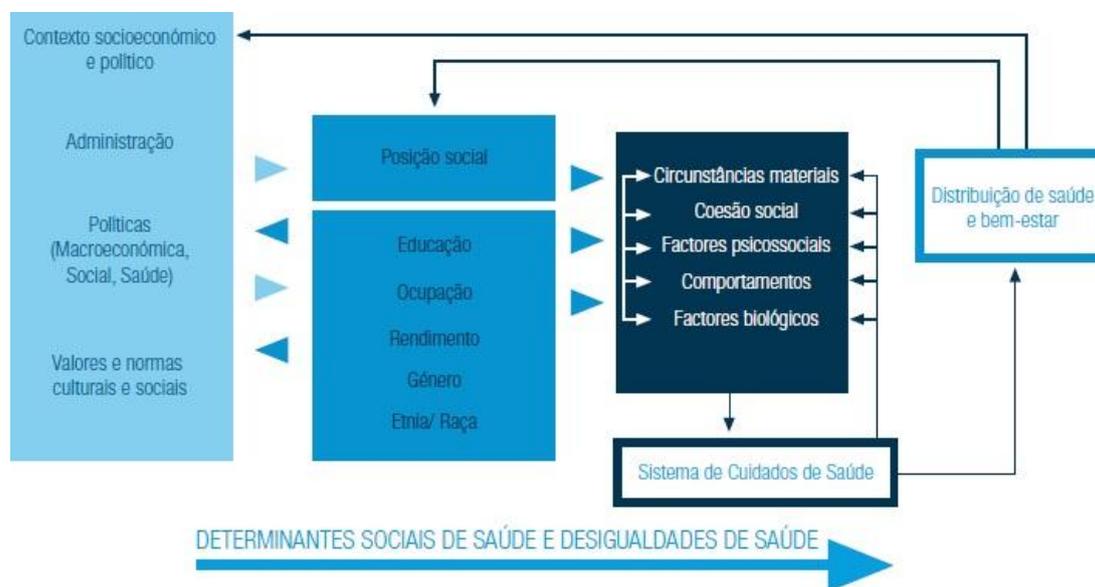
- **Melhorar as condições de vida cotidiana:** as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem;
- **Combater a distribuição desigual de poder, de dinheiro e dos recursos:** fatores estruturais dessas condições de vida cotidiana nos níveis mundial, nacional e local;
- **Medir e analisar o problema e avaliar o impacto da ação:** Medir o problema, avaliar a ação, ampliar a base de conhecimento, desenvolver uma equipe voltada para os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre os determinantes sociais da saúde.

O Modelo Conceitual adotado pela CDS-OMSS

O formato final do quadro conceitual desenvolvido pela CDSS-OMS (Figura 6) teve como referência alguns modelos já existentes. No entanto, como já mencionado, a Comissão deixa claro que foi a partir da teoria do empoderamento social e do trabalho de Diderichsen que a elaboração de seu próprio modelo foi significativamente fundamentada (SOLAR e IRWIN, 2007). Este, foi

constituído por três elementos: 1º: Contexto socioeconômico e político; 2º: determinantes estruturais e posição socioeconômica e 3º: determinantes intermediários.

Figura 6. Modelo conceitual dos determinantes sociais da saúde da CDSS-OMS



Fonte: Extraído do Relatório Final da CDSS-OMS, 2010, p. 45. Esse modelo foi modificado a partir de Solar & Irwin, 2007.

O modelo se diferencia dos outros pela ênfase dos contextos socioeconômico e político e dos determinantes estruturais das iniquidades em saúde (SOLAR e IRWIN, 2007). A definição ampla de “contexto” aborda todos os mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm hierarquias sociais, incluindo: mercado de trabalho, instituições políticas do sistema educacional e outros valores sociais e culturais. Aqui, os determinantes estruturais são aqueles que geram estratificação e divisões de classes sociais dentro da sociedade e definem as posições socioeconômicas dos indivíduos dentro de hierarquias de poder, prestígios e acesso aos recursos (renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia). Em conjunto, “contexto” e “determinantes estruturais” constituem os determinantes sociais das iniquidades em saúde (CDSS-OMS, 2008).

Os determinantes intermediários são aqueles relacionados às influências de nível individual, como comportamentos referentes à saúde e fatores fisiológicos; os que determinam diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições prejudiciais à saúde. As principais categoriais de determinantes intermediários da saúde são: circunstâncias materiais, circunstâncias psicossociais, fatores comportamentais e/ou biológicos e o sistema de saúde, este como um determinante social

que desempenha um papel importante na mediação entre as diferentes consequências da doença na vida das pessoas (SOLAR e IRWIN, 2007).

Nesse contexto, a CDSS-OMS desencadeou um movimento global importante que trouxe de volta o tema dos DSS à agenda global. Depois de várias oscilações do aspecto social nas análises sobre os problemas de saúde ao longo das últimas décadas, essa iniciativa global buscou, principalmente, fazer um chamado aos diversos países que integram a Organização a se mobilizarem em função do enfrentamento às iniquidades em saúde. Dessa forma, como veremos a seguir, o Brasil engajou-se nesse processo e criou a sua própria comissão.

A trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006-2008)

A Criação da CNDSS

O movimento desencadeado pela OMS em torno dos DSS, em 2005, teve como objetivo promover uma “tomada de consciência”, em âmbito internacional, sobre a importância do tema para a saúde das populações e sobre a necessidade de enfrentamento das iniquidades de saúde por eles geradas (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

Em julho de 2005, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) organizou uma reunião em Washington entre os países da região das Américas para apresentar a proposta da CDSS-OMS e estimular o interesse dos países sobre o tema. No Brasil, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), presidida na época por Paulo Buss (de 2000 a 2004; e de 2004 a 2008) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) chefiada por Jarbas Barbosa, do Ministério da Saúde cujo ministro era José Saraiva Felipe, lideraram o processo que definiu uma agenda de atividades nacionais com a perspectiva de buscar respostas sociais organizadas para o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde no país. Michael Marmot, presidente da CDSS-OMS, referiu, na época, que a iniciativa brasileira poderia incentivar outros países a fazerem o mesmo (LOPES, 2006). Segundo entrevista concedida ao periódico RADIS (2006), o presidente da CNDSS, Paulo Buss ressaltou que quando da sua presença na 58ª Assembleia Mundial da Saúde da OMS, quando era o representante do Brasil, teve contato com o movimento em torno dos DSS em maio de 2005. Vislumbrou a oportunidade de agir sobre o tema no Brasil e, em junho desse mesmo ano, a Fiocruz reuniu trinta especialistas com o objetivo de identificar os determinantes sociais que mais possuísem impacto na saúde da população brasileira e definir estratégias para aprofundar essa discussão. Buss declarou então que aproveitou ao máximo os espaços possíveis nacionalmente para difundir a importância de se debater os DSS. Assim os eventos utilizados para tal foram cerimônias de abertura do ano letivo nas unidades da Fiocruz, palestras, seminários internos e externos etc. (RADIS, 2006). Antes de sua

criação, a CNDSS contou com o empenho do grupo de mobilização pró-CNDSS, coordenado pela vice-presidente de Ensino, Informação e Comunicação da FIOCRUZ, Maria do Carmo Leal. O grupo foi formado por 30 profissionais que trabalhavam com o tema no país, oriundo de universidades e instituições de pesquisa de diferentes estados, além de gestores governamentais dos ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social.

Assim como a CDSS-OMS, a CNDSS elaborou recomendações para a ação e foi pautada pela lógica da promoção da saúde. Ambos os relatórios referem a implicação da participação social e da intersetorialidade nessas ações. De acordo com a CNDSS 2008:

“[...] para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas em três pilares básicos: a intersetorialidade; a participação social e as evidências científicas (CNDSS, 2008, p. 140)”

E a CDSS-OMS sustenta que

“A inclusão crescente da participação da comunidade e da sociedade nos processos das políticas ajuda a assegurar decisões justas sobre os temas da igualdade na saúde [...]” (CDSS-OMS, 2010, p. 11).

“[...] tornar a saúde e a igualdade na saúde um valor partilhado entre setores constitui uma estratégia politicamente desafiante, mas que é necessária à escala global”. (CDSS-OMS, 2010, p. 11).

Em 13 de março de 2006 o Brasil foi o primeiro (e único) país a criar sua própria Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁵, em resposta ao chamado da OMS. Na ocasião de sua criação, a CNDSS pretendia estimular o aprofundamento dos diagnósticos das iniquidades em saúde e a definição de políticas públicas que alterassem seus condicionantes, com o objetivo de propor políticas mais eficientes no combate às desigualdades baseadas em evidências empíricas e mobilizar a sociedade nesse sentido (ROCHA, 2006).

A criação da CNDSS deve ser percebida como parte do processo de desenvolvimento da reforma sanitária, que já dura quatro décadas. Sua composição foi diversificada, incluindo dezesseis personalidades de distintas áreas da nossa vida social, cultural, científica e empresarial brasileira. Pretendia, dessa forma, difundir o princípio de que a saúde é um bem público, construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade (CNDSS, 2008). Em seus últimos dias no Ministério da Saúde, o então ministro da saúde Saraiva Felipe (2005-2006) presidiu a cerimônia de lançamento da CNDSS, realizada em 15 de março de 2006, no auditório da OPAS em Brasília, onde foram apresentados os seus pressupostos e a importância de sua criação.

⁵ Criada por meio de Decreto presidencial, com mandato de dois anos (CNDSS, 2008).

No lançamento da CNDSS, em 15 de março de 2006, Sede da OPAS em Brasília DF⁶, Michael Marmot realizou uma apresentação em nome da CDSS-OMS, na qual apontou a necessidade de focar nos DSS, porque eles são “as causas das causas” dos problemas de saúde. Cabe ilustrar esse argumento com uma passagem contida na referida apresentação: “[...] isso explica que a taxa de mortalidade infantil seja de 316 por mil nascidos vivos em Serra Leoa e de apenas 3 na Islândia. Não é a biologia e sim as condições de vida” (MARMOT, 2006).

Na ocasião da posse dos membros da Comissão, o ministro José Saraiva Felipe reforçou a importância da concepção mais ampla de saúde, ao declarar que a criação da CNDSS era também resultante do processo brasileiro de reforma sanitária e que a diversidade na composição dos seus membros era a “expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira” (LOPES, 2006, p. 12).

Desse modo, a CNDSS teve o importante papel de resgatar princípios e conceitos da Reforma Sanitária Brasileira, lamentavelmente desconsiderados na implementação do SUS e que exigem políticas públicas intersetoriais (RADIS, 2006). Reconhece-se, ainda, como principais causas dos agravos à saúde, a falta de cumprimentos de direitos como moradia, saneamento, educação, trabalho, renda e seguridade⁷. Além disso, Saraiva Felipe relembrou a resistência democrática dos sanitaristas brasileiros ao golpe de 1964 e como apesar de todas as dificuldades de então conseguiram produzir os conhecimentos sobre DSS no país e apresentar propostas que, posteriormente, resultariam na conformação do Sistema Único de Saúde⁸ (LOPES, 2006, p. 12).

Em entrevista ao RADIS (2006), Paulo Buss declarou que desde os anos 1980 o Brasil vinha negligenciando o tema dos DSS e que, por isso vislumbrava como uma oportunidade única o lançamento da iniciativa da OMS, na perspectiva de se retomar o movimento em torno da politização e do pensamento social na saúde tradicionalmente existentes no Brasil, desde os anos 1970, além de impulsionar o desenvolvimento de práticas que pudessem dar resposta aos problemas de saúde da população (RADIS, 2006). Buss aponta ainda que a CNDSS foi um “pequeno passo” no movimento em torno dos DSS e que era fruto também de 20 anos de trabalho do Brasil em torno dos princípios caros à saúde coletiva brasileira, tais como os da Conferência de Alma-Ata, da Carta de Ottawa, da Constituição Federal do Brasil (1988) e de inúmeros estudos da vasta tradição no Brasil e na América Latina sobre o tema.

⁶ A solenidade de posse da comissão teve como “mestre de cerimônia” Arlindo Fábio Gómez de Sousa (então Chefe de Gabinete do Presidente da Fiocruz, Paulo Buss) e que foi o coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária nos anos 1980.

⁷ É emblemático que a primeira reunião da CNDSS tenha sido dedicada à memória do sanitarista e epidemiologista Guilherme Rodrigues da Silva, morto em 11 de março de 2006, aos 78 anos, pioneiro no processo de reforma sanitária e no tema dos DSS no Brasil (RADIS, 2006).

⁸ O evento de posse da CNDSS foi realizado no marco da comemoração dos 20 anos da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que aprovou a criação do SUS

A composição e dinâmica de funcionamento da CNDSS

Os membros da CNDSS estão relacionados no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Composição da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Membro da CNDSS	Ocupação
Paulo Marchiori Buss (Presidente)	Médico, Presidente da Fiocruz (2000 - 2008)
Alberto Pellegrini Filho (Secretário Geral)	Médico, Coordenador da Unidade de Promoção e Desenvolvimento da Pesquisa da Opas, em Washington (EUA), (1989–2004), Pesquisador da ENSP/Fiocruz
Adib Jatene	Médico, ex-Ministro da Saúde
Aloísio Teixeira	Economista, reitor da UFRJ
Cesar Victora	Médico, Especialista em Epidemiologia, Professor Emérito de Epidemiologia na Universidade Federal de Pelotas
Dalmo Dallari	Advogado, Comissão Internacional de Juristas
Eduardo Eugênio Gouvêa Vieira	Empresário, presidente da Firjan
Elza Berquó	Demógrafa
Jaguar	Cartunista
Jairnilson Paim	Médico, professor e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA
Lucélia Santos	Atriz
Moacyr Scliar	Médico, escritor, Professor Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Roberto Esmeraldi	Ambientalista, Diretor da ONG “Amigos da Terra”
Rubem César Fernandes	Antropólogo, Diretor da ONG “Viva Rio”
Sandra de Sá	Cantora e compositora
Sônia Fleury	Psicóloga, pós graduação em Ciência Política, docente e pesquisadora da Fundação Getúlio Vargas
Zilda Arns Neumann	Médica, Coordenadora da “Pastoral da Criança”

Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Final da CNDSS, 2008.

Incluir os DSS na pauta das políticas públicas, dos movimentos sociais e na consciência dos brasileiros, de modo geral, foi a principal missão do grupo que compunha a Comissão. De acordo com Lopes (2006), em 2006, na cerimônia da posse dos membros da CNDSS, o então ministro da saúde, Saraiva Felipe, destacou a importância de sua composição contar com pessoas de fora da área da saúde, mas que possuem “sensibilidade social”. Para a diretora da União dos Compositores Brasileiros, Sandra de Sá, entrevistada nesta pesquisa, por conta dessa diversidade as pessoas falavam desde diferentes perspectivas, porém “[...] todos nós estávamos unidos por uma causa comum”. Enfatizou ainda a importância da contribuição dos membros da CNDSS que não são especialistas em DSS, a partir de sua própria experiência de engajamento em causas sociais:

“[...] houve membros que trouxeram experiências particulares, tais como a grande repercussão cultural brasileira na China, por meio de um personagem de telenovela; eu pude trazer a minha participação no projeto ‘Quilombola’, pelo qual visitei quilombos em todo Brasil, contribuindo com essas questões culturais e étnicas nas discussões.” (E2).

De acordo com os entrevistados (E4, E1 e E3), os temas discutidos nas reuniões da CNDSS foram centrados, principalmente, no debate sobre as desigualdades e não numa reflexão mais crítica sobre a determinação ou os determinantes sociais da saúde. Segundo um entrevistado, a CNDSS não fazia uma “denúncia vazia”, mas buscava articular o conhecimento sistematizado com os movimentos sociais, pois uma outra vertente de seu trabalho buscar evidências sobre as desigualdades e difundir esse conhecimento junto aos movimentos sociais (E1). Por essa razão, “os seminários e reuniões contaram com a presença de vários movimentos e organizações sociais” (E1).

Outro entrevistado (E5) afirmou que foi de grande relevância a criação de um acervo de pesquisas, informações e bases de dados sobre a influência dos DSS na situação de saúde dos diferentes grupos sociais.

Paulo Buss ressaltou também que a ideia foi reforçar o caráter da saúde como “um bem coletivo que se constrói” e que a abordagem da CNDSS transcende a questão biológica da saúde, além de não ser algo restrito aos profissionais de saúde. Ainda conforme esse mesmo ator, a Comissão expressou uma boa diversidade, uma vez que o conceito de saúde abarca uma série de aspectos e que, para haver melhoria, é necessário a ação colaborativa de diversos setores. “Criamos uma comissão com atores sociais da área política, da cultura, do empresariado, educadores, ambientalistas, pessoas de ONGs que lutam contra a violência, epidemiologistas, cientistas políticos.” (RADIS, 2006, p. 23).

Por outro lado, houve um “limite numérico” para a escolha dos membros da CNDSS, pois muitas outras pessoas poderiam ter sido convidadas, e sua montagem se constituiu numa “tarefa difícil” para o então ministro da saúde, Saraiva Felipe (RADIS, 2006, p. 22).

Outro entrevistado ressaltou a adesão de cientistas sociais, de entidades como o CEBES e a ABRASCO e de profissionais do Ministério da Saúde, tanto à criação da CNDSS quanto ao desenvolvimento de seus trabalhos.

O modelo conceitual da CNDSS

A estratégia metodológica que norteou a organização das atividades da CNDSS e seus conteúdos foi baseada no modelo de “influências em camadas” proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) (Figura 7) (CNDSS, 2008).

De acordo com o relatório da CNDSS, a escolha desse modelo se justifica:

“[...] por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos determinantes sociais da saúde. Nesse modelo os DSS estão dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.” (CNDSS, 2008, p. 13).

Figura 7. Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991): influências em camadas



Fonte: CNDSS, 2008, p. 23.

Na primeira camada, encontra-se o nível individual - a idade, sexo composição genética - que são fatores fixos sobre os quais não podemos exercer quase nenhum controle e que, portanto, não são determinantes sociais da saúde (CNDSS, 2008);

A segunda camada representa o comportamento e os estilos de vida individuais, resultantes da interação social com a comunidade. Esta camada está localizada na fronteira entre os fatores

individuais e os DSS, uma vez que os comportamentos não são exclusivamente dependentes do livre arbítrio dos indivíduos. Por exemplo, as pessoas que se encontram em situação mais desfavorável em geral têm maior predisposição para o desenvolvimento de hábitos danosos tais como uso de drogas (lícitas e ilícitas), além de ter uma condição financeira que muitas vezes impossibilita ou dificulta a escolha ou adoção de estilos de vida mais saudáveis: acesso a bons hábitos alimentares, espaços de lazer, informações, entre outros;

A terceira camada mostra que as redes sociais e comunitárias possuem forte influência na coesão social e na saúde da população em geral; e a quarta camada consiste nos fatores relacionados a condições de vida e trabalho, e apontando que as pessoas em desvantagem social estão mais expostas a riscos (condições de perigo) ou estresse de trabalho, além de acesso mais precário a serviços.

A última camada engloba as condições econômicas, culturais e ambientais existentes na sociedade em geral, influenciando, assim, todas as outras camadas (CNDSS, 2008).

O relatório apresenta um esboço das transformações sócio-econômicas ocorridas no país nas últimas décadas, “além de uma análise dos avanços e desafios representados pelas iniquidades de saúde na situação de saúde da população brasileira” (PELLEGRINI e VETTORE, 2011, p. 133). A CNDSS teve como referência os trabalhos da CDSS-OMS que a originou, mas trata-se de uma produção independente.

Essa mesma percepção é afirmada por outros entrevistados:

“A CNDSS teve os trabalhos da CDSS-OMS como referência, mas avançou de forma independente no decorrer dos trabalhos, adquirindo dinâmica e perspectivas específicas” (E3).

“[...] os relatórios de ambas as comissões dialogaram em muitos pontos, até mesmo pela participação em algumas reuniões da CNDSS de membros da CDSS-OMS, como Michael Marmot, muito influentes no Brasil”. (E4).

Ainda assim, o mesmo informante destaca que “certamente a produção do Brasil foi uma “contribuição independente” (E4).

A CNDSS foi criada em pleno processo eleitoral no Brasil, no qual seria reeleito o presidente Luis Inácio Lula da Silva (2003 – 2011) e, para Paulo Buss, ao contrário do que se pressupõe, o momento foi estratégico e oportuno, pois a renovação de dirigentes e legisladores permitem que se estabelecessem diálogos com os candidatos sobre projetos nacionais, estaduais e locais. Um entrevistado concorda com a opinião de Paulo Buss e afirmou que o período eleitoral acabou sendo oportuno no sentido de estimular essa reflexão crítica e possibilitar o encaminhamento de documentos sobre o tema aos candidatos (E1).

Os termos do debate

Aspectos Sociais

Os aspectos sociais do processo saúde-doença permearam largamente os debates da CNDSS. Sobre essa questão, cabe ressaltar o que disse o entrevistado E5, para quem a CNDSS teve relevante papel na difusão de pesquisas e atividades sobre o tema, promovendo, por exemplo, avaliações de programas de transferência de renda no Brasil, entre outros.

Segundo o relatório da CNDSS

“Apesar deste e de outros avanços alcançados nas últimas décadas, constatados pela melhoria de alguns índices de desenvolvimento social e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios de solidariedade e universalidade da assistência, grandes parcelas da população brasileira ainda sofrem problemas geradores de importantes iniquidades em saúde, como o desemprego, a falta de acesso à moradia digna, ao sistema de saneamento básico, a serviços de saúde e de educação de qualidade e a um meio ambiente protegido.” (CNDSS, 2008, p. 190).

Nesse sentido,

“[...] o monitoramento dessas iniquidades e o estudo sistemático e aprofundado de seus determinantes deverão permitir a identificação de pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que visam combatê-las. (CNDSS, 2008, p. 190)

Portanto, para que essas políticas sejam mais efetivas na construção de “uma sociedade mais justa, igualitária e humana”, os desafios aos quais a CNDSS se propôs a enfrentar foram:

“[...] aumentar os conhecimentos sobre determinantes sociais em saúde, suas hierarquias e mediações e facilitar a implementação desses conhecimentos agregados na definição e implantação das políticas” (CNDSS, 2008, p. 190).

Durante dois anos os trabalhos da CNDSS estiveram voltados para a conquista de “resultados concretos - de real impacto - sobre os DSS”, para que, afinal, fosse possível construir uma sociedade mais justa e mais saudável. Segundo um informante-chave, a comissão trouxe também temas de destaque, tais como a questão da obesidade infantil, que era um determinante social paradoxal que surgia no ano de 2008 associado a uma evolução social do Brasil, “alguns grupos tradicionalmente excluídos do consumo, passaram a consumir mais e então surgiam outros DSS que a comissão destacou em seu relatório” (E3).

Para Lopes (2006), um estudo da OMS de 2005 apontava que as iniquidades são mais perniciosas para as populações de países pobres, as que mais sofrem tanto com as doenças infectocontagiosas como com as doenças crônicas, e que ao atuar sobre os DSS essas questões deveriam ser consideradas. Além disso, a autora revela que o referido estudo da OMS dirime as dúvidas sobre as desigualdades sociais e econômicas serem as “causas das causas”, uma vez que a maior causa de doenças evitáveis no mundo é o baixo peso ao nascer, ou seja, a desnutrição.

Cesar Victora, epidemiologista e membro da CNDSS, foi o segundo palestrante do evento de lançamento da CNDSS, e abordou na sua apresentação os estudos sobre iniquidades sociais em

saúde no Brasil, apontando que já existe conhecimento suficiente para a formulação de ações concretas (LOPES, 2006). Nessa apresentação, Victora indicou também algumas lacunas que precisariam ser exploradas, como por exemplo a qualidade dos serviços de saúde em geral e o acesso aos serviços dos níveis secundários e terciários analisado segundo nível de renda dos usuários, pois a população de baixa renda é a que enfrenta maior dificuldade; em que medida as iniquidades em saúde estão variando no tempo e quais suas tendências, “além de desagregar as estatísticas oficiais por posição socioeconômica e cor, integrando métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa” (Lopes, 2006, p 14). Lopes reitera que, além das avaliações de políticas e programas implementados, esses estudos são cruciais para o bom rumo das ações. O autor ressalta ainda que tanto para Victora quanto para a demógrafa Elza Berquó, também membro da CNDSS, torna-se importante incorporar o estudo da equidade nas avaliações. As apresentações da abertura suscitaram o debate entre os membros da CNDSS que trocaram opiniões e dúvidas sobre o trabalho a ser realizado.

Cabe destacar, nessa mesma linha, a posição da pesquisadora e membro da CNDSS, Sonia Fleury que também em entrevista ao RADIS afirmou que:

“[...] os acadêmicos assimilaram a noção das iniquidades como algo que precisa ser mudado, mas a sociedade brasileira ainda não incorporou isso. Segundo Sonia, a desigualdade está de tal forma naturalizada no Brasil que exige mudança de mentalidade. “É preciso transformar essa forma de pensar brasileira, que não reconhece o racismo, apesar de todas as estatísticas, ou que acha que cotas ou qualquer ação que dê atenção a esses grupos marginalizados são um absurdo”, conclamou. “Essa forma de não ver o problema, esse véu da ignorância com o qual ainda vivemos precisa ser aberto.” (RADIS, 2006, p. 16).

No mesmo número do RADIS (2006), Alberto Pellegrini dizia que o desafio principal da CNDSS seria afirmar a importância da equidade em saúde de modo que o desenvolvimento humano, não apenas o financeiro, estivesse no centro da política econômica. Nessa entrevista, com relação a atingir mudanças de prioridades, Pellegrini afirmou que o caminho seria “o aprofundamento da democracia”. Nesse sentido, torna-se necessária a ampliação de espaços democráticos para tomadas de decisões em políticas públicas, para que essas possam ser debatidas publicamente e com efetiva participação social (RADIS, 2006).

O papel do sanitarismo brasileiro

Segundo um entrevistado, a CNDSS se constituiu “[...] uma oportunidade para retomar a discussão da determinação social da doença, que estava na origem da reforma sanitária brasileira e que, de alguma forma, ficou esquecida” (E1). Este ponto foi abordado em uma passagem bastante representativa do relatório final da CNDSS, que cita a tradição do sanitarismo brasileiro e do movimento pela reforma sanitária como antecedentes importantes da criação da Comissão:

“O fato de o Brasil ser o primeiro país a criar sua própria Comissão, integrando-se precoce e decisivamente ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde (DSS) desencadeado pela OMS, responde a uma tradição do sanitarismo brasileiro.” (CNDSS, 2008, p. 17).

Como consta no relatório, a iniciativa do Brasil de integrar-se rapidamente ao movimento global da OMS em torno dos DSS se devia à própria dinâmica da saúde coletiva brasileira. Desde a segunda metade do século XX, parte importante dos sanitaristas brasileiros dedica-se a aprofundar os conhecimentos sobre as relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde. Dessa forma,

“[...] inspirados por esta tradição, diversos setores da sociedade se articularam em um movimento de reforma sanitária, que contribuiu decisivamente para incluir, na Constituição de 1988, o reconhecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, bem como para criar o Sistema Único de Saúde (SUS), fundado nos princípios de solidariedade e universalidade. (CNDSS, 2008, p. 17)”

Processo de trabalho e normatização

Alberto Pellegrini Filho chefiou a Secretaria Técnica da Comissão e, na sua posse, apresentou uma estrutura inicial do Plano de Trabalho que, posteriormente, incluiria as contribuições dos membros da CNDSS (LOPES, 2006).

A CNDSS contava também com o apoio de uma secretaria técnica e a colaboração de um grupo de trabalho formado por representantes de vários ministérios e secretarias especiais da Presidência da República, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde. Esse grupo de trabalho foi instituído pelo decreto presidencial que criou a comissão (Decreto de 13 de Março De 2006) (LOPES, 2006).

No início dos trabalhos da CNDSS as normatizações e o esquema de trabalho foram muito flexíveis, promovendo uma “chuva de ideias”, devido à grande diversidade de seus membros (E1). Porém, conforme as discussões foram avançando, o debate tornou-se mais elaborado, possibilitando uma maior contribuição de cada membro. Ainda sobre esse aspecto, segundo um entrevistado (E3), as reuniões focaram em consultas para mobilizar os mais variados “*stakeholders*”, “aproveitando também a capacidade de seus membros por ocuparem posições privilegiadas em diferentes áreas da sociedade e da pesquisa”. Para este informante-chave a metodologia de trabalho adotada pela Comissão pode ser considerada “mais pra fora que pra dentro”, pois “estava mais voltada para o mundo externo do que para análise [específicas] dentro da própria Comissão, isto é, [a partir] de coleta de bibliografias, dados, casos, acúmulos de conhecimento etc.” (E3).

Foram promovidas várias atividades pela CNDSS, tais como seminários sobre metodologias de pesquisa em DSS e avaliação de intervenções; participação em encontros como o Congresso

Mundial de Saúde Pública, em 2006, no Rio de Janeiro; a organização de redes de intercâmbio; divulgação das atividades em boletim virtual e impresso; e o lançamento de um edital de pesquisa. A Comissão apoiou também a atuação dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, disseminando informações sobre a temática dos DSS e abrindo espaço para os conselheiros no site da Comissão. Com relação à participação popular, a CNDSS propôs que cada um de seus membros, em suas respectivas áreas de atuação, identificassem oportunidades de ação junto a associações e grupos com potencial de contribuição aos objetivos da Comissão, cabendo à secretaria técnica o contato com a mídia (RADIS, 2006).

A CNDSS realizou três fóruns: o Fórum de Articulação da Sociedade Civil, cujo objetivo foi gerar “informação qualificada, mas que fosse modulada pela experiência da sociedade”; o Fórum Acadêmico, que teve o papel de “gerar evidências que se ajustassem adequadamente aos DSS”; e o Fórum de Gestores, com a finalidade de envolver Secretários da Saúde, e de outras áreas das políticas sociais (RADIS, 2006: p. 26). Para Paulo Buss, em entrevista ao RADIS, “quanto mais articuladas essas políticas em vários setores, mais enriquecidos serão os efeitos” (RADIS, 2006: p. 22). Para Pellegrini, também em entrevista publicada no RADIS, a novidade da CNDSS estava na articulação entre três frentes “pesquisa, definição de políticas, conscientização e mobilização social” (RADIS, 2006, p. 28).

O trabalho da CNDSS culminou na elaboração de seu relatório final intitulado “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” - publicado em 2008, que traz uma série de análises das evidências disponíveis sobre as condições de vida da população brasileira e faz recomendações de políticas e programas sociais. A paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda e a justiça social são reconhecidas nesse documento como requisitos fundamentais para a saúde.

O relatório Final da CNDSS

Apresentado em abril de 2008, o relatório final da CNDSS ficou em consulta pública entre fevereiro e março de 2008, recebendo diversas contribuições (BUSS e CARVALHO, 2009). O relatório é estruturado em quatro seções: Sumário Executivo, Introdução, Análise da situação de saúde e Recomendações, além dos anexos (Relatório de Atividades, Carta Aberta à Presidência da República, Decreto Presidencial de Criação, Documento de Lançamento). O prefácio foi assinado pelo então ministro da saúde, José Gomes Temporão, que aponta o relatório como “produto de um trabalho que desenvolveu uma série de atividades contribuindo para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde” (CNDSS, 2008: p. 3). Temporão afirma que o relatório apresentado pela CNDSS constitui numa “referência obrigatória para todos aqueles interessados em contribuir para a promoção da saúde e da equidade por meio da atuação sobre os DSS” (CNDSS, 2008, p. 3).

Os objetivos da CNDSS, estabelecidos no Decreto Presidencial de 13 de março de 2006 que a originou, podem se resumir do seguinte modo:

- Gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil;
- Contribuir para a formulação de políticas que promovam a equidade em saúde;
- Mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema;

Para orientar a Comissão no alcance de seus objetivos, três compromissos básicos e suas implicações foram formulados (CNDSS, 2008, p. 11)

- **Compromisso com a equidade:** a promoção da equidade em saúde é fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política que orienta as ações da CNDSS para garantia do direito universal à saúde;
- **Compromisso com a evidência:** as recomendações apresentadas por esta Comissão devem estar solidamente fundamentadas em evidências científicas que permitam, por um lado, entender como operam os determinantes sociais; e, por outro, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e os resultados que podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência;
- **Compromisso com a ação:** consiste em apresentar recomendações concretas de políticas, programas e intervenções para o enfrentamento das iniquidades de saúde geradas pelos DSS.

As mudanças demográficas das últimas quatro décadas no Brasil que tiveram impactos nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde. Faz uma revisão e análise das políticas e programas em andamento relacionadas com os DSS, possibilitando, dentro da metodologia utilizada, identificar as relações formais entre os órgãos responsáveis e executores de programas e ações nos eixos temáticos definidos, assim como a relevância orçamentária das ações selecionadas (CNDSS, 2008). Identifica as políticas para políticas e programas em curso que apesar de apresentarem abrangência intersetorial, possuem efetividade limitada, o que significa que não conseguem, de fato, atuar adequadamente sobre os mecanismos determinantes das iniquidades em saúde (CNDSS, 2008).

A CNDSS recomenda que a institucionalização de processos de intervenção nos DSS, com a finalidade de promover a equidade em saúde, deve contemplar os distintos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead (Figura 7), fundamentadas em três pilares básicos: a intersectorialidade, a participação social e as evidências científicas (CNDSS, 2008). Para tal, recomenda estabelecer uma instância de “Ações intersectoriais para Promoção da Saúde e Qualidade de vida”, sob coordenação

da Casa Civil da Presidência da República e com o Ministério da Saúde como Secretaria Técnica/Executiva.

O relatório discute alguns aspectos fundamentais das condições de vida e trabalho da população, enfatizando as desigualdades existentes e sua relação com a situação de saúde. E afirma que a partir da análise sobre as condições materiais de vida e trabalho dos diversos grupos sociais torna-se possível a compreensão das origens das iniquidades em saúde e dos caminhos pelos quais os determinantes sociais produzem essas iniquidades.

Considera também o desgaste das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. Esse item considera que o desgaste dessas relações impacta negativamente a situação de saúde e aponta que diversos estudos mostram que as sociedades que possuem melhores indicadores de saúde não são aquelas mais ricas, mas sim as que são mais igualitárias e com alta coesão social. Os comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, entendidos como “determinantes sociais proximais”, por estarem mais próximos e passíveis de controle por parte dos indivíduos, são entendidos como as “condutas de risco” do indivíduo, como tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada, embora sofram fortes influências de “determinantes sociais distais”: fatores econômicos, culturais e outros. Analisa os determinantes da mortalidade na infância no Brasil, com ênfase na renda e na escolaridade da mãe, e faz uma revisão da literatura científica sobre vários aspectos da saúde materno-infantil no país. Vale mencionar que relata a queda expressiva de 46,4% da mortalidade na infância (menores de 5 anos) entre 1990 e 2005, a partir de pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Por fim, faz um alerta importante sobre a ausência de dados dos sistemas nacionais de informações sobre morbidade e mortalidade dos povos indígenas que remete ao pouco conhecimento sobre as condições de saúde dessas populações.

As recomendações destinadas a intervenções de políticas e programas com base nos determinantes sociais da saúde e foi dividida em duas subseções: “políticas e programas em cursos” e a “institucionalização de processos”. Destaca-se a importância da Carta de Ottawa, de 1986, para essas intervenções que adotam como referência os princípios e estratégias da Promoção da Saúde (CNDSS, 2008). Elaboram-se três principais recomendações como resultado do trabalho da CNDSS (CNDSS, 2008, p. 200):

- Prioridade às ações intersetoriais;
- Produção de evidências científicas sobre os DSS;
- Promoção da participação social.

Com relação à primeira recomendação, foi sugerido adotar como prioridade inicial as ações intersetoriais referentes à “promoção da saúde na infância e adolescência” e o fortalecimento das “redes de municípios saudáveis” já existentes no país. Foi proposto também o fortalecimento de duas outras estratégias de promoção da saúde, ambas experiências de sucesso em diferentes

contextos: as “escolas promotoras da saúde” e “os ambientes de trabalho saudáveis” (CNDSS, 2008: p. 200).

Para disseminar a produção de evidências científicas sobre os DSS, a CNDSS recomendou a criação de um “programa conjunto entre o Ministério da Ciência e Tecnologia e o Ministério da Saúde MCT/MS” para apoio, por meio de editais periódicos, a projetos de pesquisa sobre o tema e para estabelecimento de redes de intercâmbio e colaboração entre pesquisadores e gestores, a fim de dar continuidade aos projetos e a utilizar os resultados obtidos. Sugeriu-se, ainda, o estabelecimento de um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde no Brasil e de avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde.

A terceira recomendação diz respeito à promoção da participação social por meio do fortalecimento dos mecanismos de gestão participativa, especialmente os Conselhos Municipais de Saúde. Como aponta o relatório, as ações de disseminação seletiva de informações e a capacitação de lideranças comunitárias sobre o tema dos DSS podem ser determinantes para se alcançar esses objetivos de modo a conferir a base necessária de apoio político às ações sobre os DSS e “emponderar” os grupos populacionais vulneráveis, possibilitando a participação nas decisões relacionadas à saúde e ao bem-estar.

Desdobramentos dos trabalhos da CNDSS

A série de recomendações contidas no relatório final da CNDSS possibilitou alguns desdobramentos importantes, que visavam subsidiar programas e políticas sociais e também promover o debate com a sociedade em torno dos DSS.

Com apoio da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), a Fiocruz criou o Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS), em 2009, inicialmente sob coordenação do secretário geral da CNDSS, Alberto Pellegrini Filho e, atualmente, sob a coordenação de Patrícia Tavares Ribeiro da ENSP/Fiocruz.

O CEPI-DSS tem como objetivo central subsidiar as atividades do governo e da sociedade civil que buscam a promoção da equidade em saúde, por meio da produção e disseminação de conhecimentos e informações, capacitação de pessoal, monitoramento e avaliação de políticas e programas setoriais e intersetoriais que atuam sobre os DSS (BUSS e PELLEGRINI, 2011). Entre suas linhas de atuação, destacam-se:

- Estabelecimento de um Observatório sobre Determinantes Sociais da Saúde (criado em 2009) para monitoramento das iniquidades em saúde e análise das políticas e

programas em curso para combatê-las e a manutenção do Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde⁹, alocado no sítio eletrônico Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

- Desenvolvimento de processos de capacitação presenciais e à distância sobre DSS para gestores e profissionais de saúde pública, além de outros setores da área social que atuam nas diversas esferas de governo, bem como para representantes da sociedade civil nos diversos organismos de gestão participativa.
- Apoio à realização de estudos e pesquisas para a produção de conhecimentos e informações sobre os DSS, a fim de contribuir para a definição e implantação de políticas e programas de combate às iniquidades em saúde.
- Estabelecimento de redes de colaboração entre pesquisadores, gestores e outros potenciais utilizadores do conhecimento produzido.
- Desenvolvimento de processos de comunicação, conhecimento e informação sobre o tema, destinados a diversos setores governamentais, acadêmicos, profissionais e ao público de forma geral. (BUSS e PELLEGRINI, 2011).

O observatório é desenvolvido e mantido pelo CEPI-DSS (Portal DSS, 2012) e seus objetivos específicos são:

- Monitoramento das iniquidades em saúde, suas tendências e áreas para ação de políticas públicas;
- Realização de análises sobre o impacto de políticas e programas relacionados às iniquidades em saúde;
- Promoção de estudos sobre iniquidades em saúde e seus determinantes;
- Contribuição para o aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde, identificando lacunas e deficiências de informação sobre iniquidades em saúde.
- Promoção da visibilidade das iniquidades em saúde, estimulando o debate sobre formas de combatê-las.

O Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde foi criado com o objetivo de promover um espaço de informação, referência, comunicação e interlocução entre os diversos atores do governo e da sociedade civil responsáveis pela definição e implementação de políticas e programas de combate às iniquidades em saúde por meio da ação sobre os DSS. Tem como base o relatório da CDSS-OMS e o relatório da CNDSS, incluindo ainda as conclusões e recomendações da

⁹ Portal Determinantes Sociais da Saúde e Observatório sobre iniquidades em saúde: <<http://dssbr.org/site/>> (Acesso em: 12/12/2014)

Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011). Essa ferramenta é mantida por uma rede de colaboradores, promovida e coordenada pelo CEPI-DSS.

É importante ressaltar que a CNDSS recomendou a criação de uma instância dedicada a ações intersetoriais para Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, no âmbito da Casa Civil da Presidência da República, com o apoio do Ministério da Saúde, e com ele funcionando como Secretaria Técnica/Executiva por meio de uma nova Secretaria Nacional ou reconversão de uma Secretaria já existente. Seu objetivo seria de avaliar projetos, programas intervenções ou políticas relacionadas aos DSS que fossem desenvolvidas pelas diversas instituições que estejam nela representadas. Além disso, esse organismo deveria ser responsável por propor mecanismos de coordenação das ações em curso; constituir-se em uma instância de revisão e aprovação dessas ações, segundo seu impacto na saúde; elaborar projetos de caráter estratégico e captar recursos para a implantação de novas intervenções intersetoriais sobre os DSS (CNDSS, 2008).

Dessa forma, foi encaminhada pela CNDSS uma proposta de projeto de lei para a criação da denominada Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde (PL 3.958/08), que, em novembro de 2008, esperava votação no Congresso Nacional. Para Paulo Buss, a criação dessa Secretaria seria a prova de que a abordagem dos determinantes sociais da saúde estaria sendo de fato adotada pelo governo brasileiro” (RADIS, 2008). No entanto, o projeto de lei foi arquivado, sem, aparentemente, pretensões por parte do governo brasileiro de retomá-lo.

No plano internacional, a CNDSS foi fundamental para que a I Conferência Mundial sobre DSS, fosse realizada em 2011 no Brasil. Segundo um entrevistado, “o fato de existir a CNDSS foi o que possibilitou que a CMDSS fosse realizada no país” (E5). Posteriormente, em nível regional, houve a Conferência do Nordeste, no Brasil, realizada em 2013, na cidade do Recife, em Pernambuco, como abordaremos a seguir.

A Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde

De acordo com De Labor et al (2012), o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) ganhou destaque e importância sem precedentes, entrando definitivamente para a agenda global da ONU, da OMS, dos ministérios da saúde e das agências internacionais, a partir do processo iniciado com a criação da CDSS-OMS e da publicação de seu relatório final em 2008.

Em 2009, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) discutiu e aprovou o relatório da CDSS-OMS (Resolução WHA62.14), solicitando à Diretoria Geral da OMS a convocação de um evento para debater as formas de implementar tais recomendações (PELLEGRINI, 2013). Assim, na AMS do ano seguinte (2010), foi solicitada a convocação para um evento com o objetivo de discutir metodologias, estratégias e experiências de ação sobre os DSS para combate das iniquidades. Na ocasião, o Brasil se ofereceu para sediar esse evento e a OMS acatou a oferta. Assim, CMDSS foi

realizada no Rio de Janeiro de 19 a 21 de outubro de 2011, promovida pela OMS e com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A Conferência sinalizou a percepção da comunidade internacional com relação à necessidade de consolidação – e de aplicação – do conceito dos DSS em escala global, nacional e local. Segundo De Labor et al (2012), a CMDSS foi “o maior evento da OMS realizado fora de sua sede desde Alma-Ata (1978)”, conseguindo reunir autoridades políticas de 130 de seus 193 Estados-membros, em sua maioria ministros da saúde (De Labor et al, 2012: p. 8).

Dominguez e Machado (2011) destacam algumas iniciativas brasileiras que contribuíram para uma preponderância do País em torno do tema dos DSS: a adoção de políticas de proteção social; a criação da CNDSS; e a realização do Seminário Preparatório da CMDSS, que buscou contribuições dos vários segmentos do governo e da sociedade civil para os cinco eixos temáticos da conferência (DOMINGUEZ e MACHADO, 2011, p. 8):

- Governança para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde: implementando ações sobre os determinantes sociais da saúde;
- Promoção da participação: lideranças comunitárias para a ação sobre os determinantes sociais;
- O papel do setor saúde, incluindo os programas de saúde pública, na redução das iniquidades em saúde;
- Ações globais sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e grupos de interesse;
- Monitoramento do progresso: medir e analisar para fundamentar as políticas e desenvolver a responsabilidade sobre determinantes sociais (CMDSS, 2011).

O seminário, realizado no dia 5 de agosto de 2011, foi parte de um conjunto de atividades preparatórias da Conferência, organizadas pelo CEPI-DSS em parceria com o Centro de Relações Internacionais e Saúde (CRIS/FIOCRUZ). Essas atividades tiveram o objetivo de divulgar a CMDSS e promover amplo debate nacional sobre os temas em pauta na conferência. Segundo Dominguez e Machado (2011), o debate teve a intenção de fortalecer a participação brasileira durante o evento e também para consolidar suas recomendações e conclusões no país. Para o atual presidente da FIOCRUZ, Paulo Gadelha, a participação de representantes de diversos ministérios, líderes de movimentos sociais, sanitaristas e pesquisadores representou “uma ressonância compatível com o tamanho do desafio” (DOMINGUEZ e MACHADO, 2011, p. 10).

O CEPI-DSS também promoveu um concurso denominado “Pró-Equidade em Saúde”, em parceria com o CONASEMS e o Ministério da Saúde, a fim de destacar e difundir experiências

locais de promoção da equidade por meio da ação sobre os DSS. Das setenta e cinco experiências inscritas, cinco foram premiadas e seus responsáveis puderam participar da CMDSS.

Nesse contexto, foram lançados um número especial da revista *Cadernos de Saúde Pública*¹⁰ com estudos de pesquisadores brasileiros em torno do tema dos DSS e o Portal da CMDSS¹¹, reunindo conteúdos diversos, como reportagens, artigos, documentos de referência, entrevistas com autoridades, especialistas e representantes da sociedade civil e outros, como um espaço de discussão.

De acordo com um entrevistado (E1), a CNDSS teve um papel muito ativo na elaboração do documento de discussão para a CMDSS, denominado “Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”. Segundo esse informante-chave, houve uma participação importante da Fiocruz, do Ministério da Saúde e, especialmente, do Itamaraty, para que o documento base tivesse um caráter mais progressista, com um conteúdo mais crítico do que aquele adotado normalmente pela OMS.

Além de promover o debate conceitual em torno dos DSS, a CMDSS teve o objetivo de trabalhar na consolidação das recomendações propostas pelo relatório final da CDSS-OMS de 2008, ou seja, pode-se dizer que a Conferência estava voltada para a “ação” (DOMINGUEZ e MACHADO, 2011). Os delegados dos diferentes países presentes no evento apresentaram experiências e discutiram estratégias que orientassem políticas em nível local, nacional e global.

A conferência resultou na assinatura da “Declaração Política do Rio” sobre Determinantes Sociais da Saúde – documento que formaliza o “compromisso dos países signatários com o enfrentamento das desigualdades sociais e das iniquidades em saúde” (SOBREIRA, 2013). Nessa declaração reiterou-se o modelo conceitual da CDSS-OMS e reforçou-se também suas considerações (CMDSS, 2011).

De acordo com as recomendações do relatório final da CDSS-OMS (2008), para uma ação sustentável sobre os DSS é necessário o desenvolvimento de ampla parceria entre diversos atores como pesquisadores, gestores, tomadores de decisão, movimento sociais e outros. Pellegrini (2011) afirma que a CMDSS teria contribuído para a criação dessa “rede de colaboração”. Segundo esse autor, essa concepção se reflete no próprio slogan da conferência - “todos pela equidade” – significando que o alcance da equidade exige a contribuição de todos os setores do governo e âmbitos sociais assim como da comunidade internacional, a partir de ações organizadas por políticas públicas que atuem sobre os DSS fundamentadas em evidências.

¹⁰ *Cadernos de Saúde Pública*, volume 25, suplemento 3. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20090015&lng=pt&nrm=iso (Acesso em: 02/08/2014).

¹¹ O site da CMDSS (<http://www.cmdss2011.org>) atualmente é redirecionado para o Portal DSS que conta com um acervo sobre a comissão, disponível em: <http://dssbr.org/site/?s=conferencia+mundial> (Acesso em 12/12/2014).

Labonté (2011) também aponta alguns dos objetivos da CMDSS que foram cumpridos, como a afirmação de que são inaceitáveis as iniquidades em saúde entre países, e dentro deles, e o incentivo à adoção de ações relacionadas à proteção de políticas sociais em momentos de crise financeira global. Esse autor ressalta ainda que os compromissos assumidos pelos Estados na CMDSS são referências importantes para o monitoramento de sua efetivação, na sua opinião faltou a definição de metas e estratégias específicas para a operacionalização de tais compromissos entretanto.

Com relação ao papel do Brasil durante a CMDSS, Labonté (2011) explica que o país demonstrou uma “posição muito forte”, ao relatar as experiências bem-sucedidas na redução da pobreza e na melhoria da saúde, por meio de investimentos em políticas sociais, reformas setoriais e programas redistributivos de transferência de renda. Nesse mesmo sentido, Paim (2011) afirma que mesmo autoridades e especialistas de outros países comentaram sobre as conquistas da Reforma Sanitária Brasileira e sobre os esforços que vêm sendo empreendidos na implementação do SUS, um sistema nacional público universal. Destaca a importante ação dos dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde e da Fiocruz que, em conjunto com os diplomatas brasileiros, trabalharam para que o documento gerado pela CMDSS tivesse caráter progressista. Por outro lado, Paim chama a atenção que, para atingir os compromissos assumidos, são necessárias mudanças políticas e econômicas substantivas em cada país, que não se resolvem apenas no âmbito setorial, o que contribuiu para que as proposições aprovadas ficassem “diluídas na retórica” da Declaração do Rio e não avançassem na definição de estratégias. Ainda assim, muitos brasileiros, organizações, tais como CEBES, ALAMES, e movimentos sociais como o Movimento Pela Saúde dos Povos, entre outros, manifestaram posição contrária à mercantilização da vida e à “banalização do conceito de determinantes sociais da saúde” (PAIM, 2011).

No cenário internacional, em maio de 2012, a AMS aprovou a Resolução 65.8, que ratifica os compromissos assumidos na Declaração Política do Rio, recomendando que a totalidade dos 194 países membros da OMS assumissem esses compromissos. Essa resolução implicou também que a OMS, as agências internacionais em geral e outros atores da arena global se responsabilizassem pelo apoio para o cumprimento desses compromissos. Essa resolução atribuiu ainda uma prestação de contas anual da OMS sobre a sua implementação (PELLEGRINI, 2013).

No que se refere ao cumprimento dos compromissos assumidos pelo Brasil durante a CMDSS, Jairnilson Paim opina, em entrevista ao RADIS (2011)¹², que para realizá-los é fundamental que o país retome os esforços da CNDSS, traduzidos em seu relatório final, tornando-os objeto de discussão para as políticas públicas nos diferentes foros de discussão. Em concordância

¹² Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=6093&preview=true (Acesso em: 12/08/2014)

com esse autor, Pellegrini (2013) também assume a necessidade de retomada do relatório da CNDSS como referência fundamental bem como da atualização suas de recomendações, para atender às Declaração do Rio.

Para Pellegrini, o Brasil teve atuação de destaque também no contexto pós-CMDSS. O governo brasileiro adotou uma postura incisiva para que a reforma da OMS seja pautada pelo enfoque dos DSS e buscou atuações conjuntas com as demais agências internacionais para fortalecer a questão da governança dos DSS e do desenvolvimento sustentável. Essa dinâmica se reproduziu nas discussões do documento final da Rio + 20, em 2012 (PELLEGRINI, 2013).

Segundo um dos informantes-chave, que participou da delegação brasileira na CMDSS, um ponto a se destacar, apesar do aprofundamento do tema dos DSS, foi a pouca atenção da imprensa ao evento. Esse entrevistado ressalta, ainda que, quando de sua participação na Rio + 20, insistiu para que houvesse algum “nexo” entre as duas conferências (E3).

Pellegrini destaca que o Brasil também colaborou com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) nas iniciativas regionais sobre os DSS, atuando de maneira destacada no espaço setorial da União das Nações Sul-americanas (UNASUL) e do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL).

Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil

Diversos movimentos e organizações da sociedade civil organizaram debates paralelos durante a CMDSS e elaboraram um documento, na forma de uma “Carta da Sociedade Civil”, intitulada “Protegendo o Direito à Saúde mediante ação sobre os Determinantes Sociais da Saúde” (2011). A carta coincide com os pontos principais do documento oficial da conferência, mas enfatiza a importância dos determinantes estruturais, isto é, a forma como a economia global está organizada (geradora de iniquidades), e reafirma a luta contra o poder de influência do capital financeiro nessa dinâmica. De acordo com esse documento, não é possível provocar mudanças sem transformações estruturais que façam com que a economia “produza” também benefícios sociais e possibilite um desenvolvimento sustentável. Esse documento também reitera a reivindicação por uma “nova ordem econômica internacional”. Para um dos entrevistados, “seria interessante levar em consideração a Carta da Sociedade Civil, pois esta complementa o que a Declaração do Rio não ‘pôde dizer’, além de levantar determinados temas que ficaram de fora do documento oficial” (E5).

Em entrevista ao RADIS (2012), o pesquisador Hasheem Mannan, do *Centre for Global Health* de Dublin, na Irlanda, um dos signatários da declaração alternativa da sociedade civil, também apontou como positivo o fato de mais de 120 países-membros da OMS estarem representados na Conferência, com a maioria das delegações encabeçadas pelos ministros da Saúde. Isso indicaria que “o direito à saúde está na agenda política mundial”, sendo que os temas das mesas

teriam sido aprofundados nas discussões”. Esse pesquisador fez, porém, uma ressalva, no que diz respeito à Declaração Política do Rio: se, por um lado, esse documento teria reafirmado o “impulso político” de se levar em conta os DSS e enfatizado a necessidade do direito à saúde abranger também os “grupos vulneráveis”, por outro, não nomeia explicitamente todos esses grupos. “Citando alguns e não outros, a declaração perpetua as iniquidades que a conferência quer liquidar”, ponderou (RADIS, 2012, p. 21).

Para um informante-chave desta pesquisa, a realização da CMDSS no Brasil teve um papel muito positivo, embora seu impacto sobre as políticas públicas tenha ficado aquém do desejável (E5). No que se refere às iniciativas e participação dos movimentos e organizações sociais, este entrevistado opina que foram extremamente válidas para a ampliação do debate, tanto no que diz respeito à conscientização quanto à contribuição dos debates para a formulação de uma agenda política. Essa dinâmica faria com que “os governantes fossem obrigados a ouvir”, permitindo um avanço de extrema relevância (E5). Por outro lado, outro entrevistado reconhece que, de fato, há um esforço da sociedade civil organizada nesse processo, porém os movimentos sociais não conseguem avançar para além do debate e contribuir mais efetivamente porque o modelo de tomada de decisões das conferências multilaterais das Nações Unidas é ainda bastante “engessado” (E3). Para esse ator, os mecanismos multilaterais são “impermeáveis” às contribuições da sociedade civil. Nessa mesma linha, o então presidente da ABRASCO, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza (2012 a 2015), entrevistado nesta pesquisa, também ressalta o formato burocrático dos foros multilaterais, que acaba limitando a participação social.

A Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Nordeste

As conferências regionais foram uma iniciativa do CEPI-DSS em parceria com outras instâncias da Fiocruz, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da OPAS/OMS. Têm como objetivo analisar a situação regional em saúde e as políticas e programas em curso para o combater as iniquidades, além de elaborar recomendações para que as propostas da CNDSS e da CMDSS sejam implementadas (PELLEGRINI, 2013).

No contexto pós-CMDSS, em setembro de 2013, foi realizada a primeira Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CRDSS), na região Nordeste do Brasil, em Recife, Pernambuco, uma das que concentram os maiores índices de pobreza e iniquidades do país. Essa conferência foi, em certa medida, um desdobramento da CMDSS e teve como objetivo principal analisar a situação regional de saúde e das políticas e programas setoriais e intersetoriais vigentes no Brasil, a partir da abordagem dos DSS, buscando contribuir para o delineamento de

intervenções adequadas ao contexto dessa região. O evento contou com o apoio da Prefeitura do Recife, da Secretaria de Saúde do governo do estado de Pernambuco e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Reuniu representantes do poder público, da comunidade acadêmica e da sociedade civil para discutir os temas mais relevantes sobre os determinantes sociais da saúde e propor soluções para a redução das iniquidades na região. As discussões do evento foram divididas em cinco sessões temáticas: 1) água e saneamento, 2) violência e drogas, 3) segurança alimentar, nutricional e inclusão produtiva, 4) grandes projetos e seu impacto na saúde e 5) acesso e qualidade dos serviços de saúde. Houve também sessões paralelas diversificadas. Tanto as sessões plenárias quanto as sessões paralelas de temas específicos, elaboraram propostas de intervenção sobre os DSS que estão disponíveis no portal criado para a CRDSS.

O relatório da pesquisa “Políticas e programas relacionados aos determinantes sociais da saúde desenvolvidos no Nordeste Brasileiro” (SOUZA et al, 2013), financiada pela OPAS/OMS, foi o documento-base da CRDSS. Este trabalho teve como objetivo “apresentar um panorama das intervenções realizadas, nos últimos três anos (2010-2013), pelo governo federal e pelos governos dos nove estados da região Nordeste [Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe], voltadas ao combate às iniquidades em saúde [...]” (SOUZA et al, 2013, p. 45).

Nesse relatório, os autores afirmam que

“[...] a identificação das políticas em curso é um primeiro passo para a análise dessas ações. O fundamental, que resta a ser feito, é investigar se tais intervenções são efetivas e adequadas ao contexto nordestino, o que demanda a realização de estudos avaliativos.” (SOUZA et al, 2013, p. 45)

O estudo identifica que existe “grande número de programas” o que “sugere que há uma pulverização das ações e estratégias, bem como uma fragilidade na sua sustentação ao longo do tempo.” (SOUZA et al, 2013, p. 46).

A pesquisa utiliza como referência o marco de análise da CDSS-OMS (2008) e da CMDSS (2011) e conclui

“[...] que, apesar de haver referência ao desenvolvimento integrado das atuais políticas sociais vigentes nos nove estados da região Nordeste do Brasil, ainda é baixo o investimento em ações transeitoriais com responsabilização dos múltiplos agentes envolvidos e maior controle da sociedade.” (SOUZA et al, 2013, p. 46).

Por fim, afirma que

“As intervenções no Nordeste do Brasil não contemplam as cinco dimensões voltadas para melhorar as condições de vida, enfrentar a distribuição iniqua de poder e recursos e mensurar os determinantes e o impacto das intervenções. É fundamental colocar a responsabilidade pela equidade em saúde nos níveis mais altos do governo e assegurar a necessária coordenação das políticas, o que na

análise aqui empreendida ainda se mostra insuficiente, apesar dos progressos no desenvolvimento regional.” (SOUZA et al, 2013, p. 46).

Sendo assim, o relatório da pesquisa recomenda “a realização de estudos avaliativos sobre a implantação, a cobertura e o acesso, a efetividade e a relação custo-efetividade das diversas intervenções.”, além de sugerir também a importância de avaliar a efetiva adesão do governo brasileiro “às recomendações dos foros internacionais como a própria CMDSS/OMS.” (SOUZA et al, 2013, p. 47).

Em janeiro de 2014, foi lançado o Portal DSS Nordeste, localizado na plataforma do Portal DSS Brasil, com conteúdo sobre a realidade dos nove estados da região com foco nos DSS. O portal contém entrevistas, notícias, artigos e experiências sobre a situação social e de saúde da região e sobre as políticas e programas em curso na região que incidem sobre os DSS, além de conter um espaço específico sobre a “memória” da CRDSS com todos os documentos, entrevistas e notícias sobre o evento (PIMENTEL, 2013).

As diversas iniciativas da OMS e, especialmente, as recomendações contidas na Declaração Política do Rio (CMDSS, 2011) reforçam a necessidade dos Estados nacionais desenvolverem políticas de promoção à saúde que sejam capazes de reduzir as iniquidades, atuando sobre os DSS. Contudo, de acordo com a CDSS-OMS, a perspectiva sobre os DSS demanda um trabalho contínuo e de longo prazo; conscientização do público, priorização política do alcance da equidade e coordenação intersetorial de ações dos diversos setores do governo (CRDSS, 2013). Segundo documento técnico da CRDSS, o Brasil conseguiu avançar na redução das iniquidades sociais nas últimas duas décadas, porém continua sendo um dos países mais desiguais do mundo. É apontado também que a estabilidade democrática e os progressos a partir das políticas sociais de transferência de renda, educação e saúde possibilitaram atingir esse avanço.

Como já abordado, o governo brasileiro, junto com a sociedade, apresentou interesse diferenciado sobre a abordagem dos DSS, refletido na criação de sua própria Comissão Nacional sobre o tema. Para continuar avançando na saúde, é necessário que o País fortaleça suas políticas públicas destinadas para a redução das iniquidades em saúde por meio dos DSS, aplicando internamente as recomendações dos foros internacionais.

Segundo um dos atores entrevistados (E5), a CRDSS-Nordeste promoveu “a aproximação social, possibilitou um debate bastante rico e interessante, devido à diversidade de atores na ocasião e à forte participação dos movimentos sociais”. Por outro lado, o mesmo ator ressaltou que, do ponto de vista das políticas públicas, novamente não houve grandes impactos. Um exemplo disso seria a ausência do ministro da saúde na conferência que enviou um representante em seu lugar.

A CRDSS produziu um documento final denominado “Carta do Recife”¹³ onde foram pontuados os principais compromissos e recomendações do evento, reafirmando as necessidades identificadas e colocando as metas que foram discutidas durante o encontro e abrangem questões como o fortalecimento da participação social, o comprometimento das três esferas de governo, o combate ao racismo e à discriminação, o enfrentamento dos impactos da seca e a interação entre governo, sociedade civil e academia (BARACHO, 2013).

A Carta do Recife, aprovada na plenária final, é um documento que estabelece as principais referências para a elaboração e implantação das intervenções relacionadas aos diferentes temas discutidos durante a 1ª CRDSS.

Outras conferências regionais estão programadas para ocorrer no Brasil, na perspectiva de levar adiante a luta pela consideração dos DSS nas políticas sociais e a superação das iniquidades em saúde. Pellegrini (2013), diretor do CEPI-DSS no período de 2009 a julho de 2014, pondera que essas conferências regionais

“[...] têm por objetivo analisar a situação regional de saúde e das políticas e programas em curso para o combate às iniquidades e elaborar sugestões para a implementação das recomendações da CNDSS e da CMDSS.” (PELLEGRINI, 2013)

¹³ A Carta do Recife foi lida por Sival Pinto Brandão Filho, então diretor do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, unidade Fiocruz de Pernambuco.

DISCUSSÃO

A partir dos modelos conceituais que buscam explicar os problemas de saúde revisados no panorama conceitual, nota-se que conforme o aspecto social passa a ser mais valorizado nas análises sobre o processo saúde-doença é possível identificar a recorrente preocupação em sinalizar não apenas os diferentes níveis existentes nesse processo mas também o caráter sistêmico das questões de saúde. Nota-se também uma maior recorrência em torno da preocupação em apontar a hierarquia de determinação e a complexidade das relações entre os diferentes níveis de expressão do processo saúde-doença. Surge uma forte valorização dos aspectos socioeconômicos, sem desconsiderar os aspectos individuais. Esse movimento, ao passo que permite integrar elementos aparentemente tão diversos, como desemprego, estresse, hipertensão e reações bioquímicas, fornece elementos importantes para a mudança da percepção e das práticas em saúde (BATISTELLA, 2007b).

Como abordado nesse estudo, a adesão do Brasil ao movimento global lançado pela OMS possibilitou o resgate dos princípios defendidos pelo Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 1970-80. A pesquisa permitiu compreender que a CDSS-OMS criada em 2005, revelou-se uma boa oportunidade de retomar a discussão, relativamente abandonada nos anos 1980, sobre a determinação social da saúde – evoluindo ao longo da história da percepção meramente médica e biológica para a lógica da prevenção com enfoque no social. De acordo com um dos informantes-chave desta pesquisa, a CDSS-OMS teria “tirado os Ministérios da Saúde dos países da ‘zona de conforto’ e colocado como responsabilidade do setor saúde o desencadeamento de ações intersetoriais” (E5). Nesse contexto, o Brasil engajou-se nesse movimento global da OMS em torno dos determinantes sociais da saúde, com a criação da CNDSS.

A subseção “A institucionalização de processos” do relatório final da CNDSS, reforça que as intervenções sobre os determinantes sociais da saúde devem estar fundamentadas em três pilares básicos: intersetorialidade, participação social e evidências científicas — para que sejam viáveis, efetivas e sustentáveis. Para se avançar na questão da intersetorialidade, a CNDSS propôs a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde cujo projeto de lei, porém o Congresso Nacional arquivou a proposta. Informantes-chave reforçaram que:

“A criação de uma instância crítica e independente poderia, sem dúvida, emular discussões “adormecidas” e carentes de um arejamento vindo de fora dos espaços institucionais do poder [...]”, e conclui: “[...] o tema continua sendo atualíssimo” (E7).

Essa dificuldade de se criar mecanismos políticos de ações intersetoriais dificulta a eficácia do enfrentamento das iniquidades em saúde e é um desafio político que deve ser superado pelo governo brasileiro. De acordo com Paulo Buss é muito importante e “absolutamente necessário”

que estruturas de gestão e mecanismos de ação fossem rebatidos para as esferas estaduais e municipais, além de comissões estaduais e municipais sobre DSS (RADIS, 2008).

Por outro lado, o estudo apontou que a partir do trabalho da CNDSS houve diversos avanços no que se refere à discussão teórica e à produção acadêmico-científica, como também à participação social sobre o tema dos determinantes sociais da saúde. A concretização das recomendações da CNDSS referentes à participação social e produção de evidências, traduzidas na criação do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde (CEPI-DSS), do Observatório sobre Iniquidades em Saúde e do Portal sobre Determinantes Sociais da Saúde, permitiu atingir o objetivo com relação à produção de conhecimentos em torno do tema, bem como à sua difusão. Tal como aponta um dos entrevistados desta pesquisa, “[...] esses mecanismos são muito importantes para se manter o debate e cobrar políticas em torno dos DSS”, mas há ainda “necessidade de uma estratégia [condizente] de política pública ao Brasil” (E4).

Pode-se afirmar que a composição da CNDSS foi de extrema importância para se ampliar o debate e a consciência sobre o tema no Brasil. Sobre esse aspecto, um informante-chave ressaltou que

“[...] o fato de ter um coletivo que representa diferentes setores da sociedade é muito importante, especialmente no que diz respeito à linguagem, isto é, essa composição possibilitou tratar de determinantes sociais da saúde com a linguagem do senso comum, mais acessível a todo o tipo de público” (E6).

Outro informante-chave concorda com o aspecto positivo da variedade referente à conformação da CNDSS quando afirma: “a intenção dessa diversidade foi que refletisse as diferentes perspectivas da sociedade que não fosse limitada aos profissionais de saúde” (E3).

Por outro lado, todo esse trabalho não foi isento de críticas, sobretudo no que concerne ao modelo conceitual adotado, tanto pela CDSS-OMS quanto pela CNDSS.

De acordo com Tambellini e Schutz (2009), o modelo adotado pela CDSS-OMS abandona o referencial teórico original de Diderichsen et al (2001), que trabalha a partir da compreensão de um tipo de sociedade criada com base em processos históricos de apropriação e alienação e que tem mantido, em seus peculiares estilos de desenvolvimento, as formas de poder permissivas à existência de desigualdades e iniquidades estruturais que se repercutem na saúde. Esses autores reforçam que o modelo construído pela Comissão tem notório caráter funcionalista, característica de um tipo de abordagem composta por parcialidades teóricas, não considerando que o conceito de “determinação” possui uma forte associação com o pensamento estruturalista e que o termo “determinantes” pressupõe o processo de determinação.

Na mesma linha de análise, Nogueira (2009) aponta que o modelo adotado pela CDSS-OMS tende perigosamente para o determinismo social, na medida em que interpreta o aspecto social na

saúde unicamente mediante o efeito de fatores causais, conforme o modelo das Ciências Naturais e da Epidemiologia tradicional.

Por fim, chama atenção ainda o pouco impacto dos trabalhos de ambas Comissões, ou seja, a falta de desdobramentos concretos, ou a aplicação das recomendações nas políticas públicas nacionais e globais. De qualquer forma, pode-se afirmar que a questão dos DSS de fato entrou para a agenda pública em nível global, ainda que como retórica ou em nível do discurso político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta a descrição e análise do processo de criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, sua trajetória e desdobramentos. A pesquisa faz um breve levantamento sobre o movimento em torno dos Determinantes Sociais da Saúde no cenário internacional, tendo como eixo a CDSS-OMS, bem como em âmbito nacional, tendo como eixo a CNDSS. Ressalta a importância do Movimento pela Reforma Sanitária brasileira como antecedente desse processo.

A revisão bibliográfica buscou reunir os principais elementos e conceitos utilizados na abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde, partindo do princípio que esse não é um movimento recente, mas sim caudatário de processos de discussão que se propagam há décadas, destacando-se o papel das reflexões críticas protagonizadas pelos sanitaristas latino-americanos em geral, e brasileiros, em particular.

Historicamente, o Brasil tem desempenhado papel relevante na área da saúde pública, nacional e internacionalmente, sobretudo a partir dos meados do século passado, e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde surge como uma reafirmação dessa opção política. Podemos afirmar que a CNDSS se insere como uma resposta nacional ao movimento em torno dos DSS desencadeado pela OMS, com o intuito de promover o debate nacionalmente e, em especial, de gerar recomendações para as políticas públicas do país. Não por acaso a CNDSS teve como referência o relatório final da CDSS-OMS, que são similares em alguns aspectos; entretanto, o relatório final da Comissão brasileira se configurou como um trabalho e produção independentes, buscando levar em consideração a realidade do país, seu histórico e atuação no campo da saúde.

O uso recorrente de princípios como “justiça social” e “equidade” estaria presente nos relatórios de ambas as comissões, sendo importante norteador das discussões que formularam tais documentos. Esses sugerem a busca de uma sociedade mais justa ao mesmo tempo em que evidenciam que a sociedade pretendida acompanharia o modo de produção capitalista, mas buscando torná-lo menos “desumano” e mais justo, enfrentando suas consequências indesejadas, sem, contudo, almejar a mudança do modelo de desenvolvimento econômico vigente.

Por outro lado, ressalta-se a importância de trazer à tona a questão dos determinantes sociais na implementação das políticas do setor saúde, embora de forma “mais moderada” do que reza a determinação social, pois “possui papel central para ajudar a construir uma consciência que pode contribuir para a mudança de correlação de forças dentro da sociedade e assim, a curto ou longo prazo, ter efeitos mais impactantes” (E6). Reforçando essa questão, outro entrevistado asseverou que a CNDSS foi “um processo de luta político-ideológica” (E1). Sobre essa questão, podemos concluir que, dentre as contribuições da CNDSS, o aprofundamento e a promoção da abordagem

dos determinantes sociais da saúde como decisiva para as políticas públicas foram contribuições-chave para a chamar atenção sobre efetividade da ação pública nas áreas sociais.

Em entrevista ao RADIS em 2011,, Paulo Buss reforçou o aspecto político do movimento em torno dos determinantes sociais da saúde, que considera “contra hegemônico”, uma vez que “levantar essas questões de ética, de direitos humanos, de solidariedade, de determinantes sociais da saúde, é contrário à ideia de que o mercado resolve tudo”, pois a década de 1990 assistiu a ajustes estruturais e políticas macroeconômicas concentradoras de renda e promotoras de iniquidades, o que comprova essa constatação. Para o presidente da CNDSS “[...] é preciso recolocar o papel do Estado na diminuição das iniquidades.” (RADIS, 2006, p. 23).

Mesmo com essa dinâmica e resultados positivos, afirmados pelos diferentes atores, este estudo evidencia que ainda há muito a caminhar para o alcance de melhores níveis de equidade, seja no Brasil ou no mundo. Sendo assim, a bandeira dos DSS tem que continuar a iluminar caminhos e impulsionar mudanças nessa direção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de virchow a la medicina social. *Clasicos de La Medicina Social, Medicina Social* [periódicos na Internet]. 2006 Jun 1(1) Disponível em: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/14> [Acesso em: 20/06/2013];
- Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Genebra; 1946. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> [Acesso em: 20/03/2013]
- Dowbor TP. *O trabalho com Determinantes Sociais da Saúde no Programa Saúde da Família do Município de São Paulo*. Tese [Doutorado em Saúde Pública] Universidade de São Paulo; 2008.
- Padilha A. Discurso de abertura da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS). Rio de Janeiro: Portal DSS; 9 dez 2011. [vídeo na internet] Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Mq223gUwhvo&feature=channel_video_title [Acesso em: 9/08/2013].
- Almeida-Filho N. “Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis”. *Ciê Saú Col* 2004 Dez; 9(4): p.865-884.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Compromisso com a ação* [homepage na Internet]. Rio de Janeiro:Fiocruz; 2006 Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm [Acesso em: 25/07/2014].
- Brasil. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- Cueto M. Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud. In: Cueto M. Zamora V. *História, salud y globalización*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006. 27-58.
- Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata; 1978.
- Organização Mundial da Saúde. *Carta de Ottawa*. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa; 1986.
- Pires-Alves F. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: Pontes FC. Falleiros I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz COC; Fiocruz EPSJV; 2010. 151-178
- Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Jour Pub Hea* 2004 Nov: 94 (11):1.864 - 1.874.
- Irwin A, Scali, E. *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences, a background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health*. World Health Organization Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health. Mar 2005.

Solar OI. A Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization. DRAFT. Abr 2007.

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.

Almeida CM. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde 2010; 4 (1):148-164. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/355/512> . [Acesso em: 01/10/2014].

Pêgo RA, Almeida CM. Teoría y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad Saúde Pública. 2002;18 (4):971-89

Cruz MM. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. 2011; p.21-33. [Acesso em: 02/10/2014]. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12542&Tipo=B>

Bagrichevsky M, Teixeira B, Estevão A. O debate conceitual sobre saúde e doença: contribuições para a educação física. Caderno de Educação Física (UNIOESTE. Impresso), 2011; 10: p. 11-28. Disponível em: <file:///C:/Users/iberblh.ICICT/Desktop/6939-28002-1-PB.pdf> [Acesso em: 02/10/2014].

Puttini RF, Pereira JA, Oliveira LR. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. Physis [Internet]. 2010; 20 (3): 753-767. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300004> [Acesso em: 04/10/2014].

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. Rev Lati de Sal. 1982; 2: 7-25. Trad. E. D. Nunes. México.

World Conference on Social Determinants of Health. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. [internet]. 2011 Out. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/Discussion-Paper-EN.pdf> [Acesso em: 02/07/2013].

Andrade LO. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.

Nogueira PR. Determinantes, determinação e determinismos sociais. Sau em Deb. 2009; dez; 33 (83): 397-406.

Victoria C. Série: Os objetivos pós-2015 e a International Epidemiological Association [Internet]. Portal DSS Bra; 2013 Mar 21 [Acesso em: 28/06/2013]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/serie-os-objetivos-pos-2015-e-a-international-epidemiological-association/>

Buss PM, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes sociais. Rev Saú Col 2007 mar: 17(1): p. 77-93

Pellegrini AF. Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? [internet]. Portal DSS Bras. 2011 Ago 24. Disponível em:

<http://dssbr.org/site/opinioes/determinantes-sociais-da-saude-e-determinantes-sociais-das-inequidades-em-saude-a-mesma-coisa/> [Acesso em: 20/04/2014].

Pellegrini AF. Determinantes Sociais da Saúde: o que há de novo? [Internet]. Portal DSS Bra. 2011 Jul 13. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/opinioes/dss-o-que-ha-de-novo/> [Acesso em: 18/07/2013].

Pellegrini AF. CMDSS: o que aconteceu de novo e quais os próximos passos [Internet]. Portal DSS Bras. 2011 Nov 21. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=7061&preview=true [Acesso em: 15/06/2013].

Pellegrini AF. Saúde para Todos e Todos pela Equidade: Será a CMDSS uma nova Alma-Ata? [Internet]. Portal DSS Bra. 2011 Set 02. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=3275&preview=true [Acesso em: 18/06/2013].

Pellegrini AF. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: antecedentes e perspectivas [internet]. Portal DSS Brasil. 2013 Jan 24. Entrevista concedida a Maira Baracho. Disponível em: <http://dssbr.org/site/entrevistas/conferencia-mundial-sobre-determinantes-sociais-da-saude-antecedentes-e-perspectivas/> [Acesso em: 02/07/2013].

Paim JS. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saú em Deb 2009 ajn-abr: 33(81): p. 27-37.

Cid RRL. Reduzindo as desigualdades sociais - As capacidades da manutenção da segurança humana. Rev Págs de Fil 2010: 2 (2): p. 107-137.

Dahlgren G, Whitehead M. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. World Health Organization: 2006. Studies on social and economic determinants of population health (2).

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

Escorel S. Equidade em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim. 2009.

Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L. et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. ed. Fiocruz; 2008. p. 385-434.

Escorel S, Teixeira LA. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella L. et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. ed. Fiocruz; 2008. p. 333-384.

Escorel S, Nascimento DR, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM (orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. ed. Fiocruz; 2005. p. 59-82.

Navarro V. What we mean by social determinants of health. Inter Jour of Hea Serv 2009; 39 (3): 423-441.

Tambellini AT, Schutz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. Saú em Deb 2009; set-dez: 33(83): p. 371-379.

Breilh J. Abordagens gerais da questão equidade em epidemiologia: A epidemiologia na humanização da vida: convergência e desencontros das correntes. In: Barata RB, et al (orgs). Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia [internet]. ed. Fiocruz, 1997. p. 23-37. [Acesso em: 27/06/2014]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/3y5xk/03>

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. Saú e Soc. 2007; 16(3): p. 26-34.

Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. Sal e Soc. [Internet]. 2007. 16(3): 7-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300002 [Acesso em: 10/04/2014].

Silva JB, Barros MBA. Epidemiologia e Desigualdade: Notas sobre a teoria e a história. Rev Pana de Sau Púb 2002 Dez: 12(6): p.375-383.

Batistella, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca AF, Corbo AD (org). O território e o processo saúde-doença. ed. EPSJV/Fiocruz; 2007a. p. 25-49

Batistella, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD (org). O território e o processo saúde-doença. ed. EPSJV/Fiocruz; 2007b. p. 51-86

Rocha RL. As causas das causas [editorial]. Rad 2006 Mai; 45: 3.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). [internet]. 2009 Ciênc Sau Col. 14 (6) Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600039&script=sci_arttext [Acesso em: 10/03/2014].

Labonté R. Até que ponto o caráter normativo da Declaração do Rio se traduzirá em mudanças de comportamentos dos governos? [entrevista a Alberto Pelegrini Filho]. Portal DSS Brasil 28 Out. 2011. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=6093&preview=true [Acesso em: 12/08/2014].

Paim JS. Com retórica ambígua sobre o bem-estar dos cidadãos a Declaração do Rio não avança estratégias para mudanças políticas e econômicas [internet]. [entrevista a Alberto Pelegrini Filho]. Portal DSS Brasil 31 out. 2011. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=entrevistas&p=6093&preview=true [Acesso em: 12/08/2014].

Barata RB. A historicidade do conceito de causa. In: Textos de Apoio: Epidemiologia I. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO. 1985. 13-27.

Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. In: Medindo as desigualdades em saúde no Brasil - Uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Aplicada; 2001. p. 11-32. p. 1-223.

Sobreira IL. Determinantes sociais da saúde em pauta: uma análise da cobertura jornalística da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde. (2013 fev); v. 6 (4): DOI: 10.3395/reciis.v6i4.Sup1.732pt

Pimentel J. Recife vai sediar a 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde, em setembro [internet]. Portal DSS Nord. 2013 Mai 02. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/05/recife-vai-sediar-a-1a-conferencia-regional-sobre-determinantes-sociais-da-saude-em-setembro/> [Acesso em: 06/08/2014].

Baracho M. Carta do Recife traz compromissos firmados da 1ª Conferência Regional sobre Determinantes Sociais na Saúde do Nordeste [Internet]. Portal DSS Nord. 2013 Set 05. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2013/09/encerramento-carta-do-recife-traz-compromissos-firmados-da-1a-conferencia-regional-sobre-determinantes-sociais-na-saude-do-nordeste/> [Acesso em: 06/08/2014].

Pellegrini FA, Vettore VM. Estudos brasileiros sobre determinantes sociais das iniquidades em saúde. Cad. Saú Púb [Internet]. 2011; 27(Suppl 2): s132-s133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400001> [Acesso em: 06/11/2014].

Vargas T. Discussão sobre determinantes sociais da saúde vai ao Nordeste [internet]. Ensp/Fiocruz. 2013 Ago 02. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/33287> [Acesso em: 06/08/2014].

Dominguez B, Machado K. Chamado à ação. Rad 2011 out; (110): p. 8-14.

De Lavor et al. Equidade e direito à saúde entram na agenda global. Rad 2012 jan; (113): p. 8-21.

Lopes CR. CNDSS: Movimento contra as iniquidades. Rad 2006 mai; 45: p. 10-14.

Travassos, C. & Castro, MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LV, Carvalho AI, Noronha JC. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008. p. 215-243.

Uribe-Rivera, JU. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez/ABRASCO; 1989. p. 11-55.

Donnangelo, M.C.F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975, 1978.

Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3):429-45.

Baptista, TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde In: Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV/FIOCRUZ, 2007, v.3.

ANEXO 1 – Lista e síntese dos documentos analisados

N	Título do Documento	Principal conteúdo	Fonte/Acesso
Declarações			
1	Declaração de Alma-Ata – Documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de (1978)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental. - Instituiu a estratégia de Saúde Para Todos no Ano 2000 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf > [Acesso em: 09/12/2013]
2	Carta de Ottawa – Documento final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986)	<ul style="list-style-type: none"> - Define o que é Promoção da Saúde - Reconhece as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz, Habitação, Educação, Alimentação, Renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Ottawa.pdf > [Acesso em: 09/12/2013]
3	Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde – Documento Final da I Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a equidade em saúde através de ações sobre os DSS - Reafirma que as iniquidades dentro dos países e entre eles são inaceitáveis (políticas, sociais e econômicas), - Alerta sobre a necessidade de medidas de garantias à condição de vida frente a atual crise econômica e financeira global, além da preservação dos sistemas universais de saúde e de seguridade social - Recomenda o enfoque baseado nos DSS para orientar a reforma da OMS 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf > [Acesso em: 23/08/2013]
4	Declaração das Organizações e Movimentos de Interesse Público da Sociedade Civil – Documento paralelo à CMDSS (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Busca discutir os assuntos deixados de fora da Declaração Política do Rio (CMDSS, 2011) - Enfatiza as propostas de ação sobre os DSS globais 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/11/AlternativeCivilSocietyDeclaration20Sep.pdf > [Acesso em: 26/08/2014]
5	Carta-do-Recife – Documento final da Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Reafirma as necessidades identificadas durante a CRDSS - Define metas que abrangem questões como o fortalecimento da participação social, o comprometimento das três esferas de governo, o combate ao racismo e discriminação, o enfrentamento aos impactos da seca e a interação de governo, sociedade civil especialistas. - Coloca compromissos específicos para a região do Nordeste do Brasil 	Disponível em: < http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/Carta-do-Recife-1CRDSS.pdf > [Acesso em: 26/08/2014]

N	Título do Documento	Principal conteúdo	Fonte/Acesso
Relatórios e Documentos de discussão			
1	Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais da saúde – Documento de discussão para a CMDSS	<ul style="list-style-type: none"> - Discute estratégias, metodologias e experiências que possam apoiar a definição de políticas públicas de combate às iniquidades em saúde através da ação sobre os DSS - Serve de base às discussões da CMDSS 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf > [Acesso em: 23/08/2013]
2	Políticas e programas públicos relacionados aos determinantes sociais da saúde desenvolvidos no Nordeste brasileiro - Documento de Referência para a CRDSS (2013)	- Serve de base às discussões da CRDSS	Disponível em: < http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/07/Documento-de-Refer%C3%Aancia1.pdf > [[Acesso em: 23/03/2013]
3	Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais - Relatório Final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Faz um chamado global em torno do tema dos DSS - Elabora recomendações de políticas públicas para a diminuição das iniquidades 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf > [Acesso em: 21/08/2013]
4	As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil – Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008)	<ul style="list-style-type: none"> - Reúne evidências e conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde no Brasil. - Elabora recomendações destinadas ao combate e enfrentamento dos DSS para o governo brasileiro 	Disponível em: < http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf > [Acesso em: 20/06/2013]
5	61ª Assembleia Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución (WHA62.14); 2009.	<ul style="list-style-type: none"> -Reconhece o Relatório Final da CDSS-OMS -Projeta a realização da CMDSS em 2011 	Disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf > [Acesso em: 11/08/2013]
6	Decreto Presidencial de 15 de março de 2006 (Brasil)	- Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - CNDSS.	http://www.determinantes.fiocruz.br/decreto.htm

ANEXO 2 – Quadro 3: Membros da CDSS da OMS¹⁴

Membro da CDSS-OMS	Cargo-Ocupação
1. Michael Marmot (Presidente da Comissão) (Inglaterra)	Diretor do Instituto Internacional para a Sociedade e Saúde e Chefe do Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da <i>University College London</i>
2. Frances Baum (Austrália)	Chefe de Departamento e professor de Saúde Pública da Universidade de Flinders e Diretor da Fundação da Unidade de Pesquisa da Saúde da Comunidade Sul-australiana.
3. Monique Bégin (Canadá)	Professora da Escola de Gestão da Universidade de Ottawa, e por duas vezes nomeada Ministra da Saúde e Bem-Estar.
4. Giovanni Berlinguer (Itália)	Membro do Parlamento Europeu.
5. Mirai Chatterjee (Índia)	Coordenadora de Segurança Social dos Trabalhadores Independentes Associação de Mulheres da Índia.
6. William H. Foege (Estados Unidos da América)	Professor emérito da Universidade Emory de Saúde Internacional. Foi diretor do Centro Norte-Americano de Controle e Prevenção (CDC), Chefe do Programa de Erradicação da Varíola do CDC e Diretor Executivo do Centro Carter.
7. Yan Guo (China)	Professor de Saúde Pública e Vice-Presidente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Pequim.
8. Kiyoshi Kurokawa (Japão)	Professor do Instituto de Graduação Nacional de Estudos Políticos, Tóquio. Atuou também como membro do Comitê do Gabinete do Governo da Política Científica e Tecnológica.
9. Ricardo Lagos Escobar (Chile)	Ex-presidente do Chile, e ex-ministro da Educação e Ministro das Obras Públicas
10. Alireza Marandi (Irã)	Professor de Pediatria na Universidade Shaheed Beheshti, República Islâmica do Irã
11. Pascoal Mocumbi (Moçambique)	Alto Representante da Parceria entre a Europa e os Países em Desenvolvimento para a Realização de Ensaios Clínicos (EDCTP) e ex primeiro ministro da República de Moçambique.

¹⁴ Informações retiradas do Relatório Final da CDSS-OMS, 2010. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf> (Acesso em 21/08/2013)

12. Ndioro Ndiaye (Senegal)	Diretor-geral adjunto da Organização Internacional para as Migrações e antigamente era Ministro do Desenvolvimento Social e Ministro da Mulher, da Criança e da Família no Senegal.
13. Charity Ngilu Kaluki (Quênia)	Ministro da Saúde do Quênia. Antes de assumir o cargo, ela era um membro da Assembleia Nacional do Quênia representando o Partido Democrata.
14. Hoda Rashad (Egito)	Diretor de Pesquisa e Professor do Centro de Pesquisa Social da Universidade Americana no Cairo.
15. Amartya Sem (Índia)	Professor na Lamont University e Professor de Economia e Filosofia na Universidade de Harvard. Em 1998, ele recebeu o Prêmio Nobel de Economia.
16. David Satcher (Estados Unidos da América)	Diretor do Centro de Excelência em Saúde Disparidades e Iniciativa Instituto Satcher em Liderança em Saúde.
17. Anna Tibaijuka (Tanzânia)	Diretora-executiva da ONU-HABITAT. Presidente fundadora do Conselho independente da Tanzânia Nacional da Mulher.
18. Denny Vågerö (Suécia)	Professor de Sociologia Médica e Diretor do CHESS (Centro de Estudos de Equidade na Saúde), na Suécia. Ele é membro da Academia Real Sueca de Ciências, e da sua Comissão Permanente em Saúde.
19. Gail Wilensky (Estados Unidos da América)	Membro sênior do Projeto HOPE, uma fundação de educação em saúde internacional.

ANEXO 3 - Lista de informantes-chave entrevistados

NOME	CARGO	INSTITUIÇÃO	CATEGORIA DE INFORMANTE-CHAVE	DATA DA ENTREVISTA
Jairnilson Paim	Professor Titular	Universidade Federal da Bahia	Membro da CNDSS/Especialista	20/03/14
Sandra de Sá	Diretora	União Brasileira de Compositores	Membro da CNDSS	26/05/14
Roberto Smeraldi	Diretor	Amigos da Terra	Membros da CNDSS/Especialista	28/04/14
Romulo Paes	Diretor	World Center for Sustainable Development	Membros da CNDSS/Especialista	27/04/14
Felix Rigoli	Coordenador da Unidade de Capacidades Humanas	Organização Panamericana da Saúde	Especialista	28/03/14
Luis Eugênio	Presidente	Associação Brasileira de Saúde Coletiva	Especialista	29/05/14
José Saraiva Felipe	Ex-ministro da Saúde/Deputado Federal	Congresso Nacional do Brasil	Especialista	26/03/14

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE

NOME DO ENTREVISTADO: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

PROFISSÃO: _____

INSTITUIÇÃO (OU LOCAL DE TRABALHO): _____

CARGO/FUNÇÃO: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

1. O/A sr./sra. participou dos trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS/Brasil)? Com que função? De que forma recebeu o convite?

2. Antes de participar da CNDSS o/a sr./sra. já tinha ouvido falar (ou conhecia o trabalho) da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial da Saúde (OMS)?

a) Caso sua resposta seja positiva, qual o impacto que o trabalho da CDSS/OMS teve nos países em geral e no Brasil, em particular, em sua opinião?

b) Em sua opinião, existem diferenças e/ou similaridades entre os trabalhos realizados pela CDSS e pela CNDSS/Brasil? Quais?

3. Em sua opinião, como foram definidas as normas que orientaram os trabalhos da CNDSS? Foram discutidas com os membros ou GTs da CNDSS/Brasil alguma proposta de metodologia de trabalho para a Comissão?

a) Qual foi a metodologia de trabalho adotada na CNDSS/Brasil? Foram produzidos documentos específicos para a CNDSS/Brasil? Quem foram os autores desses documentos – membros da própria Comissão ou consultores externos?

4. Em sua opinião, quais foram os principais temas e discussões que se destacaram nas reuniões da CNDSS/Brasil?

5. Em sua opinião, qual foi a sua contribuição específica (segundo sua ocupação profissional ou especialidade) para os trabalhos e o relatório final da CNDSS?

a) O/A sr./sra. participou diretamente na elaboração do Relatório Final da CNDSS?

6. Em sua opinião, qual foi a mais importante contribuição dos trabalhos da CNDSS/Brasil para o nosso país?

7. Em sua opinião, qual foi a mais importante contribuição dos trabalhos da CNDSS/Brasil para o nosso país?

8. O Em sua opinião, as recomendações feitas pela CNDSS/Brasil no seu Relatório Final foram ou estão sendo adotadas nas políticas públicas no Brasil?

9. O/A sr./sra. teve conhecimento ou participação na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011?

a) Caso sua resposta à questão anterior seja afirmativa, em sua opinião, qual o principal resultado dessa Conferência Mundial?

b) Em sua opinião, a participação nos debates e as reivindicações de representantes da sociedade civil nessa Conferência Mundial foram levadas em conta nas discussões posteriores sobre o tema dos determinantes sociais da saúde (no Brasil e no exterior)?

10. O/A sr./sra. teve conhecimento ou participação na Conferência Regional sobre Determinantes Sociais da Saúde realizada em Recife em setembro de 2013?

11. Em sua opinião, o trabalho da CNDSS/Brasil ou dos atores brasileiros teve alguma importância/interferência na realização dessas duas Conferências – Mundial e Regional?

NOME DO PESQUISADOR/ENTREVISTADOR: _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

ASSINATURA DO PESQUISADOR: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (1)

Prezado Senhor (a),

O(A) Sr.(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “**Política Externa e Cooperação Internacional em Saúde: a experiência da Fiocruz**” e foi selecionado(a) por ser um(a) agente relevante na área de saúde global e cooperação internacional em saúde no Brasil ou na implementação de projetos de cooperação internacional da Fiocruz, especificamente no que se refere à Trajetória da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Esta pesquisa tem como objetivo produzir conhecimentos que contribuam para a compreensão da articulação entre relações internacionais e saúde com vistas a subsidiar a participação do Brasil na cooperação internacional e na formulação e implementação de políticas voltadas para a saúde global.

Sua participação consistirá em conceder uma entrevista de aproximadamente 30 minutos, organizada a partir de um roteiro prévio e que será gravada em áudio pelo entrevistador mediante a sua explícita autorização por escrito. As informações obtidas para esta pesquisa serão tratadas como confidenciais e serão divulgadas de forma agregada, em relatórios e publicações da pesquisa, impossibilitando, em princípio, a identificação dos entrevistados a partir de informações específicas. Entretanto, seu nome será listado como informante-chave entrevistado e há o risco de que suas opiniões sejam identificadas nos textos da pesquisa, seja pequeno número de entrevistados(as), seja pelo cargo que ocupa.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento o(a) Sr.(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Além disso, o(a) Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do roteiro da entrevista. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício individual e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição que promove a pesquisa ou os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância a sua participação, pois as informações fornecidas servirão para melhor entender o processo de desenvolvimento da saúde global e da cooperação internacional em saúde brasileira.

Em caso de dúvida pedimos que a esclareça diretamente com coordenadora do projeto e responsável pela pesquisa, Dra. Celia Almeida, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da FIOCRUZ, nos telefones (0XX) 2598–2383 ou (0XX) 99943–5458, ou pelo e-mail <calmeida@ensp.fiocruz.br> ou <celia.aalmeida09@gmail.com>.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Os contatos são: tel e fax - (0XX) 21- 25982863; email <cep@ensp.fiocruz.br>; <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manginhos – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210

Uma via desta declaração deve ficar com o(a) Sr.(a) e a outra (devidamente assinada) ficará com a coordenação da pesquisa na ENSP/FIOCRUZ.

O banco de dados gerado por esta pesquisa será utilizado por vários alunos na redação de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.

“Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, autorizando, inclusive, a gravação durante o processo da entrevista, caracterizando assim, que fui suficientemente esclarecido(a) e, portanto, dou meu consentimento de forma livre”.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado

Data

Nome do Pesquisador(a): _____

Assinatura do Pesquisador(a)

Data

OBS: TODAS PAGINAS DEVERÃO SER RUBRICADAS PELO(A) PESQUISADOR(A) E PELO(A) ENTREVISTADOR(A).