

## 1. Introdução

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Introdução. In: *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 17-21. ISBN: 978-85-7541-591-7. Available from: doi: [10.7476/9788575415917.0003](https://doi.org/10.7476/9788575415917.0003). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/bwb4z/epub/comissao-9788575415917.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

## 1. INTRODUÇÃO

---

### 1.1. A COMISSÃO

Em março de 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health, CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 13 março de 2006, através de Decreto Presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) com um mandato de dois anos.

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. De fato, desde o início do século passado, os sanitaristas brasileiros vêm se dedicando a aprofundar o conhecimento das relações entre os determinantes socioeconômicos e a situação de saúde e a desenvolver ações concretas, baseadas nesse conhecimento.

Mais recentemente, inspirados por essa 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.

A criação da CNDSS se inscreveu nesse processo de desenvolvimento da reforma sanitária. Integrada por dezesseis expressivas lideranças de nossa vida social, cultural, científica e empresarial, sua constituição diversificada é uma expressão do reconhecimento de que a saúde é um bem público construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira.

Os objetivos da CNDSS, estabelecidos no Decreto Presidencial que a criou, podem ser assim resumidos:

- 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 este tema.

## 1.2. Os COMPROMISSOS

Para alcançar seus objetivos, a CNDSS se apóia em três compromissos básicos:

### **Compromisso com a eqüidade**

Apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 1992). Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira. Segundo o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento de 2007, com dados de 2005, o Brasil está situado em 11º lugar entre os mais desiguais do mundo em termos de distribuição da renda, superado apenas por seis países da África e quatro da América Latina.

Autores como Amartya Sen (Sen, 2000) e John Rawls (Rawls, 1999) enfatizam a importância de eliminar todas as privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercer sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. O compromisso da CNDSS com a eqüidade, visando a assegurar o direito universal à saúde, não é apenas uma decisão racional, mas fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política.

### **Compromisso com a evidência**

A CNDSS procura fundamentar suas análises e recomendações em sólidas evidências científicas, pois são estas que permitem, por um lado, entender como operam os determinantes sociais na geração das iniquidades em saúde e, por outro, como e onde devem incidir as intervenções para combatê-las e que resultados podem ser esperados em termos de efetividade e eficiência.

Entretanto, há uma série de limitações e desafios para a produção da evidência científica, particularmente no que se refere à avaliação do impacto de intervenções. Nos últimos anos, observa-se um importante aumento de estudos sobre as iniquidades em saúde na literatura científica nacional e internacional e uma maior preocupação destes estudos em não apenas descrever as relações entre pobreza e saúde ou descrever os gradientes de saúde, de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica, mas também entender os mecanismos de produção das iniquidades em saúde (Almeida Filho *et al.*, 2003).

Várias abordagens vêm sendo utilizadas para enfrentar esse desafio como as que privilegiam os aspectos materiais da existência dos indivíduos e da infra-estrutura comunitária e as que enfatizam fatores psicossociais na geração de problemas de saúde como a percepção das pessoas sobre sua posição em sociedades desiguais. Há, ainda, os enfoques “ecossociais” ou

multinível e os que destacam o enfraquecimento da coesão social e dos laços de solidariedade e cooperação em sociedades com grandes disparidades, além de outros (Adler, 2006).

Apesar dessa riqueza e diversidade de enfoques e abordagens disciplinares, há ainda muito que se avançar no conhecimento da dinâmica de relações e mediações entre os determinantes sociais proximais, intermediários e distais e há, principalmente, uma relativa carência de estudos sobre o impacto de intervenções sobre os DSS. Além disso, esse impacto é em grande medida influenciado pelo contexto, ou seja, depende de situações locais específicas, dificultando a transferência de experiências (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

### **Compromisso com a ação**

O compromisso maior da Comissão – e que dá sentido à sua existência – é o combate às iniquidades em saúde por meio da atuação sobre os determinantes sociais que as geraram, os quais, sendo produto da ação humana, podem e devem ser modificados pela ação humana. O compromisso com a ação está alicerçado, por um lado, nas evidências científicas, conforme já assinalado, e por outro, numa ampla base de sustentação política, produto da conscientização e mobilização de diversos setores da sociedade.

A adoção do compromisso com a ação enfrenta também uma série de dificuldades e desafios. Um deles se refere à intersetorialidade. A atuação sobre os DSS sejam eles proximais, intermediários ou distais, particularmente sobre estes últimos, extrapola o nível de competência do setor saúde, obrigando à ação conjunta de diversos setores governamentais, cuja lógica de atuação, em geral, está marcada pela fragmentação.

Já foi mencionada também a relativa carência de estudos de avaliação da efetividade de intervenções sobre os DSS e o estreito vínculo das mesmas com situações específicas, o que dificulta a simples transferência de experiências exitosas para diferentes contextos.

Entretanto, mesmo quando há evidências suficientes para orientar determinada ação na área social, estas nunca são prescrições categóricas. Em geral, o que existe é um leque possível de intervenções e opções de políticas que a ciência ajuda a delimitar, mas cuja seleção se faz através de um processo complexo que envolve diversos atores, com diferentes interesses, atuando e negociando politicamente (Pellegrini Filho, 2000). Assim, em lugar de esperar que a racionalidade científica se sobreponha à política, é necessário reconhecer o caráter essencialmente político do processo de tomada de decisões. Isso implica fortalecer a democratização desse processo e apoiar a atuação dos diferentes atores, particularmente daqueles que em geral estão excluídos da tomada de decisões. Implica, também, proporcionar-lhes acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses. Deste modo, não há contradição em considerar que as ações voltadas para o combate às iniquidades devem estar baseadas, por um lado, na evidência científica e, por outro, na mobilização e participação social, pois evidência e participação se complementam e se reforçam mutuamente.

### 1.3. OS MODELOS DE REFERÊNCIA

Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes modelos, a CNDSS resolveu adotar o de Dahlgren e Whitehead (1991), que serve de base para orientar a organização de suas atividades e os conteúdos do presente relatório. Apesar da existência de outros modelos mais complexos, que buscam explicar com maiores detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis de DSS e a gênese das iniquidades,<sup>1</sup> a escolha do modelo de Dahlgren e Whitehead se justifica por sua simplicidade, por sua fácil compreensão para vários tipos de público e pela clara visualização gráfica dos diversos DSS.

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os DSS 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. Como se pode ver na figura a seguir (Figura 1), os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde.

Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de DSS, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros.

A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que, é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização.

---

<sup>1</sup> Há uma vasta literatura sobre aspectos conceituais e modelos de referência relacionados aos determinantes sociais e iniquidades em saúde, que foi revisada pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS e pode ser encontrada em: <[www.who.int/social\\_determinants/resources/latest\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html)>. Recomenda-se, em particular, o texto preparado pela secretaria técnica dessa Comissão, denominado "A conceptual framework for action on the social determinants of health", de abril de 2007, encontrado em: <[www.who.int/social\\_determinants/resources/latest\\_publications/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/resources/latest_publications/en/index.html)> .

Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

