

# Desigualdades em saúde

## Entrevista com Nancy Krieger

Por José Leopoldo Ferreira Antunes

Nancy Krieger é professora de epidemiologia social do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard. Seu trabalho focaliza as desigualdades sociais em saúde e aborda especificamente a etiologia desse fenômeno, os métodos para melhorar seu monitoramento e o desenvolvimento de modelos teóricos para explicar os determinantes sociais da saúde. Suas investigações atuais envolvem a relação entre saúde e diferenças de gênero, orientação sexual, condição socioeconômica e raça.

Em julho de 2014, a professora Nancy Krieger acolheu José Leopoldo Ferreira Antunes, organizador deste Dossiê, em entrevista, na qual sintetiza suas concepções e os resultados de seus estudos.

*A definição clássica de “desigualdades em saúde” engloba um juízo moral ao indicar diferenças na saúde que são desnecessárias, evitáveis e injustas. No entanto, os pesquisadores dos Estados Unidos geralmente se referem às desigualdades em saúde como disparidades, um conceito desprovido de qualquer conotação moral. Como o conceito de “desigualdades na saúde” se relaciona com outros termos usuais, como “iniquidades” e “disparidades” em saúde?*

Nos Estados Unidos, a referência explícita à equidade e iniquidade é incomum em nossas pesquisas e relatórios em saúde. Em vez disso, praticamente

único entre as nações, nosso discurso oficial e científico usa principalmente a expressão “disparidades de saúde” (Krieger, 2008a; 2005; Carter-Pokras e Bacquet, 2002; Braveman, 2006; National Institutes of Health, 1999), geralmente como abreviação para “disparidades étnico-raciais na saúde”, embora sem nunca se referir explicitamente ao racismo e à injustiça. De modo relacionado, o discurso dos Estados Unidos é permeado por noções de “grupos populacionais” e “populações especiais”, sem qualquer explicação explícita de por que certos “subgrupos da população” são singularizados como sendo “especiais” (Krieger, 2008a; 2005). Uma dica, no entanto, é que essas “populações especiais” – mulheres, crianças, negros, deficientes, idosos, lésbicas, bissexuais, gays e transgêneros, os pobres e as pessoas nas áreas rurais – incluem quase todos exceto os homens brancos de meia-idade, relativamente afluentes, são, urbanos e heterossexuais (*Idem*).

Para entender o que liga esses grupos, é preciso ir além de definições meramente descritivas e despolitizadas de “disparidades em saúde” – como fez, por exemplo, em 1999, o National Institutes of Health ao definir “disparidades” simplesmente como “diferenças” em saúde entre vários “grupos de população”. Contudo, é claro que nem todas as diferenças são as mesmas. Algumas delas não têm base na injustiça social; outras são reflexos gritantes de tais injustiças (Krieger, 2008a; Whitehead, 1990; Braveman e Gruskin, 2003). Por exemplo, o fato de que os homens têm câncer de próstata e as mulheres têm câncer de colo do útero é uma diferença, não uma injustiça. Por outro lado, quem tem acesso inadequado aos cuidados médicos para a prevenção, rastreamento e tratamento desses tipos de câncer é uma questão de injustiça (Krieger, 2008a; 2005). Diferença e desigualdade não são equivalentes (Krieger, 2008a; 2005; Carter-Pokras e Bacquet, 2002; Braveman, 2006; Whitehead, 1990; Braveman e Gruskin, 2003).

Consequentemente, muitos de nós nos Estados Unidos temos trabalhado duro para tornar oficial uma definição alternativa, com base em nossa análise teórica. Em 2005, vários de nós formulamos uma definição das desigualdades em saúde para o que era então o Dana Farber/Harvard Cancer Center Cancer Disparities Program-in-Development. Nós explicitamente esclarecemos que as desigualdades sociais em saúde “surgem de desigualdades que envolvem, isoladamente ou em combinação, condições adversas de vida e de trabalho e cuidados inadequados de saúde, os quais são ligados a experiências e políticas que envolvem a posição socioeconômica [...] e a discriminação” (Krieger, 2005).

É gratificante notar que, por causa de esforços como esses, a definição oficial de “disparidades de saúde” agora adotada pelo relatório “Healthy People

2020”, do governo dos Estados Unidos, que define nossos objetivos para as nações, passou a ser a seguinte:

Um tipo particular de diferença de saúde que está intimamente ligada com desvantagem social, econômica e/ou ambiental. Disparidades de saúde afetam grupos de pessoas que sofreram sistematicamente maiores obstáculos para a saúde com base em sua raça ou grupo étnico; religião; condição socioeconômica; sexo; idade; saúde mental; estado cognitivo, deficiência sensorial ou física; orientação sexual ou identidade de gênero; localização geográfica; ou outras características historicamente relacionadas com discriminação ou exclusão (US Department of Health and Human Services, 2008, p. 28).

Com isso, estão em questão as políticas e as práticas de saúde injustas e desleais do passado e do presente, que privilegiam econômica e socialmente alguns grupos em detrimento de outros. O ponto básico é que as relações sociais injustas entre os grupos moldam as características desses grupos, inclusive o seu estado de saúde. É a injustiça (decorrente de relações e interações sociais desiguais) que define e produz as desigualdades na saúde, e não apenas a “diferença” (Krieger, 2008a; 2005; 2011).

*Quando olhamos tanta guerra, escravidão, exploração, colonialismo e relações feudais no passado, pode ser surpreendente que as desigualdades em saúde só tenham emergido nas sociedades contemporâneas. O que fizemos de tão errado que permitiu tamanho aumento das desigualdades em saúde?*

A consciência do que hoje seria chamado de “desigualdades em saúde” não é nova (Krieger, 2011; Rosen, [1958]\* 1993; Porter, 1999). Na verdade, é fácil perceber os efeitos prejudiciais da miséria, da degradação e do trabalho duro sobre a saúde. Descrições nesse sentido podem ser encontradas em documentos que remontam aos primeiros textos médicos conhecidos. Um deles, de cerca de 2000 a.C., no Egito, durante o tempo do próspero Império Médio, narrava:

Eu vi o ferreiro nessa tarefa na boca do forno. Seus dedos eram como o couro do crocodilo [...]. O barbeiro trabalha até tarde da noite [...]. Ele estica os braços para encher a barriga e trabalha incansavelmente como uma abelha [...]. O tecelão na oficina é pior do que as mulheres [que devem sempre se sentar na casa] [...] ele suborna o porteiro com pão para que possa ver a luz [...] (Sigerist, 1951, p. 257).

\* A data entre colchetes refere-se à edição original da obra. Ela é indicada na primeira vez que a obra é citada. Nas demais, indica-se somente a edição utilizada pelo autor (N. E.)

O tratado de Hipócrates, *Sobre a dieta*, provavelmente escrito no século IV a.C. (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999; Lloyd, 1983), também observou que apenas uma pequena minoria da população grega – os seus cidadãos mais eminentes – tinha os meios para levar uma vida saudável. A grande maioria – mais de 75% da população, boa parte deles escravos – não podia, e era descrita como “a massa de pessoas” que “são obrigadas a trabalhar”, “que bebem e comem o que conseguem obter”, e assim “não conseguem, negligenciando tudo, cuidar de sua saúde” (Sigerist, 1961).

Esse tipo de comentário, no entanto, aparece principalmente como apartes. O que esses textos antigos principalmente comunicavam eram conselhos sobre como viver bem, dirigidos para aqueles que podiam se dar ao luxo de viver ociosamente, precisamente porque os outros faziam o trabalho duro que lhes permitia esse ócio (Krieger, 2011).

Tal privilégio, no entanto, não se traduziu necessariamente em fortes gradientes socioeconômicos na mortalidade infantil e de adultos na Europa, pelo menos não até o século XVI. Isso se justifica, em grande parte, pelas altas taxas de doenças infecciosas, que não respeitavam limites de classe em sua transmissão, especialmente numa época em que não havia nenhum meio eficaz para prevenir a infecção (Krieger, 2011; Kunitz, 2007; Bengtsson e Poppel, 2011; Hays, 1998). No entanto, é crítico reconhecer que as taxas de mortalidade contam apenas uma parte da história. Como indicado nos exemplos apresentados, a literatura da antiguidade já testemunhava as desigualdades na miséria cotidiana, incluindo o sofrimento corporal e mental que era vivenciado por escravos, servos e outros despojados de liberdade e propriedade, enquanto alguns desfrutavam riquezas e privilégios (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999; Sigerist, 1951; 1961).

Não obstante, a questão de como o trabalho afeta a saúde somente começou a receber atenção nos textos médicos europeus a partir do século XVI (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999). Mesmo assim, foi só a partir do início do século XIX que os estudos começaram a sistematicamente explorar as relações entre pobreza e saúde e entre escravidão e saúde. E foi só no fim do século XIX que a pesquisa começou a investigar com seriedade os determinantes sociais da saúde da mulher (Krieger, 2014; 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999).

Não surpreende que o surgimento dessas investigações na Europa e nos Estados Unidos tivesse tudo a ver com quem estava fazendo as perguntas e de sua perspectiva, inclusive com relação à emergência da classe trabalhadora, à questão do sufrágio e dos movimentos abolicionistas, além da primeira geração de médicos negros e/ou mulheres (Krieger, 2011).

Considere-se, por exemplo, o caso do doutor James McCune Smith (1813-1865) (Morgan, 2003; Krieger, 1987), o primeiro médico afro-americano habilitado nos Estados Unidos. Ele obteve seu diploma de médico na Escócia, em 1837, porque nenhuma escola de medicina norte-americana, na época, admitia estudantes negros. Em suas próprias palavras, “filho de uma escrava autoemancipada” (Morgan, 2003), McCune Smith nasceu, cresceu e viveu a maior parte de sua vida como médico em Nova York, onde atendeu a população negra e pobre da cidade e foi destaque nos movimentos abolicionistas e sufragistas. O ano de 1859 testemunhou não só o ataque à cidade de Harpers Ferry, na Virgínia, pelo abolicionista John Brown e seus seguidores (que tentaram deflagrar uma revolta armada dos escravos), mas também a publicação de *A origem das espécies*, de Charles Darwin. Nesse mesmo ano, McCune Smith escreveu seu famoso discurso em resposta à consulta (Sigerist, 1961) de Thomas Jefferson, perguntando se as diferenças inatas sempre impediriam negros e brancos de viver juntos como iguais (Krieger, 1987). Invertendo a proposição de “causa” e “efeito” de Jefferson, McCune Smith rejeitou a ideia então (e ainda) dominante de “raça” como biologia inata, postulando, ao revés, que o racismo causava as diferenças físicas e no estado de saúde entre negros e brancos. Como ilustração, ele usou o exemplo de raquitismo (vulgarmente conhecido como “pernas tortas”) e contrapôs a visão dominante de que a doença afetava exclusivamente os negros, apontando para sua igualmente elevada prevalência entre os brancos pobres na Irlanda (Smith, 1859).

Enquanto isso, na Europa, o médico alemão socialdemocrata e mais tarde político Rudolf Virchow (1821-1902) (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999; Rather, 1985; Waitzkin, 1981) deu voz a opiniões semelhantes, como exemplifica sua clássica investigação de uma epidemia de tifo em 1848, que devastou uma região empobrecida e politicamente reprimida da Alta Silésia. O remédio que ele propôs? “Democracia plena e ilimitada” (Virchow, 1985).

Uma geração mais tarde, a doutora Sara Josephine Baker (1873-1945) (Perry, 2006; Baker, [1939] 2013) – uma médica progressista, sufragista, feminista e lésbica, que ficou conhecida por seu trabalho internacionalmente pioneiro em estabelecer, em 1908, a primeira agência em todo o mundo dedicada à saúde da criança, no Departamento de Saúde da cidade de Nova York (Perry, 2006) – pôs em prática o plano de saúde do comissário Hermann Bigg, que se tornou o lema da agência em 1911: “a saúde pública é comprável. Dentro de limitações naturais, uma comunidade pode determinar sua própria taxa de mortalidade” (Winslow, 1929). O trabalho de base comunitária realizado pela médica reduziu drasticamente a mortalidade infantil e as doenças da infância

entre os imigrantes pobres de Nova York e notadamente estabeleceu um forte contraste com as ideias e intervenções propostas pelos eugenistas que dominavam o panorama científico e social. Estes consideravam a hereditariedade a causa tanto da pobreza como dos problemas de saúde, chegando a propor soluções como legislar a esterilização dos pobres para acabar com a pobreza e os problemas sociais (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999).

Como esses exemplos ilustram, a desigualdade social pode, assim, dar forma não apenas aos padrões populacionais de saúde, mas também à própria imagem que as pessoas representam para as desigualdades sociais na saúde. Estão em questão tanto a descrição como a explicação destas desigualdades. Em outras palavras:

- A desigualdade social pode influenciar o que é visto ou ignorado por cada um; como esses padrões são ou não são explicados; e que tipos de remédios são ou não são propostos.
- Uma primeira implicação é que as desigualdades em saúde, conquanto existam de fato, podem ser ignoradas e tornadas invisíveis se os dados para documentá-las não forem recolhidos, seja por intenção consciente, seja por negligência inconsciente.
- Uma segunda implicação é que, mesmo se os dados forem coletados, se ninguém questionar a existência de disparidades do estado de saúde entre os grupos em questão, ainda pode haver grandes controvérsias sobre POR QUE existem essas disparidades e QUEM deve fazer O QUÊ com elas.
- Uma terceira implicação é que as respostas às desigualdades na saúde também podem envolver tensões entre abordagens “medicalizadas”, que veem a assistência médica como a principal solução para as desigualdades na saúde, e abordagens que enxergam os cuidados médicos como um componente necessário – mas por si totalmente insuficiente – do trabalho para corrigir e prevenir as desigualdades na saúde.

A “descoberta” das desigualdades em saúde em nossa época, portanto, não pode ser interpretada no sentido de que elas não existiam anteriormente. A omissão do registro histórico não é prova de sua não existência: essa omissão pode refletir o interesse e a tomada de consciência, ou sua ausência, de quem está documentando a história. Também pode refletir, sobretudo quando isso é explicitamente reconhecido, as dificuldades na obtenção de dados precisos sobre taxas populacionais de mortalidade e morbidade – que exigem a contagem não apenas de casos, mas também da população em risco (Krieger,

2011; Rosen, 1993; Porter, 1999; Kunitz, 2007; Bengtsson e Poppel, 2011; Hays, 1998). Por fim, uma avaliação completa da extensão das desigualdades em saúde requer que se leve em consideração as experiências diárias de saúde e sofrimento humano, não apenas as taxas de mortalidade.

*O que propicia mais as desigualdades em saúde? O que os estratos mais bem situados do ponto de vista socioeconômico detêm para promover seu melhor estado de saúde (capital social, por exemplo), ou o que é negado aos pobres e então deteriora sua saúde (como a privação material)? Quer dizer, como você se posiciona em relação ao debate conceitual entre as teorias psicossociais e sociopolíticas para explicar os determinantes das desigualdades em saúde?*

Não há uma resposta única para a questão de saber por que as desigualdades em saúde existem, tampouco para o que muda sua magnitude. As respostas dependem do contexto (período histórico, localização etc.) e do resultado específico de saúde que estamos tratando. A determinação social, por exemplo, das taxas de malária no sul da Europa no século XII – antes da identificação do mosquito como vetor, antes mesmo de uma compreensão clara de que as áreas pantanosas ofereciam maior risco, e antes também de qualquer conhecimento sobre o quinino, porque os europeus ainda não haviam navegado e tentado conquistar a América do Sul, que abrigava a árvore cinchona, que é a fonte do quinino (Rosen, 1993; Hays, 1998) – não é a mesma que a determinação social da malária na atualidade nos países do hemisfério Sul – porque agora há o conhecimento para prevenir a transmissão e tratar a doença, de modo que não fazê-lo é muito mais um problema político do que científico (Cotter *et al.*, 2013; King e Crews, 2013).

Ainda assim, o que é comum para as desigualdades em saúde, independentemente de tempo, lugar ou resultado específico de saúde, é que elas surgem de relações desiguais entre grupos sociais, definida por relações políticas, sociais e econômicas, e constituem a personificação de exposições evitáveis, injustas e desnecessárias – tanto os excessos como as deficiências (Krieger, 2008b; 2011; 2012a). É uma questão empírica, não um princípio filosófico ou político, saber se as exposições adversas que se efetivam são biofísicas, psicológicas ou ambas (Krieger, 2005; 2011; 2008a; Carter-Pokras e Bacquet, 2002; Braveman, 2006; National Institutes of Health, 1999; Whitehead, 1990; Braveman e Gruskin, 2003; US Department of Health and Human Services, 2008). O conflito entre “psicossocial” e “sociopolítico” nas explicações da distribuição de doenças não é sobre o que prejudica mais a saúde, o estresse ou a privação material.

Ao contrário, trata-se de níveis diferentes da análise e se há ou não um franco reconhecimento da economia política, das relações de poder, de propriedade e de privilégios (Krieger, 2011; 2012; Krieger *et al.*, 2010).

Resumindo, estruturas conceituais sociopolíticas (como a “produção social da doença” e a “economia política da saúde”) sustentam que cada sociedade *produz* (literal e metaforicamente) padrões de saúde e de doença por meio de sua estrutura, dos valores e das prioridades de seus sistemas político e econômico, em conjunção com o nível tecnológico da sociedade (Krieger, 2001; 2011; 2014; Krieger *et al.*, 2010). Desigualdades em saúde são, portanto, predispostas a surgir a partir de qualquer forma de desigualdade social (definida em relação a poder, propriedade e privilégio), podendo ser produzida internamente ou imposta externamente. Desigualdades de saúde entre países são principalmente analisadas quanto às relações de poder no presente e no passado, envolvendo as elites globais e nacionais, histórias de colonialismo, imperialismo e políticas comerciais neoliberais. Análises sobre desigualdades de saúde dentro dos países concentram-se principalmente sobre as desigualdades sociais que envolvem classe, racismo, gênero e sexualidade, tanto isolados como combinados. Em ambos os casos, dentro dos países ou entre eles, a atenção teórica recai principalmente sobre os determinantes políticos e econômicos e não sobre os processos biológicos que intermediam a efetivação das desigualdades em saúde (Krieger, 2001; 2011; 2014).

Por outro lado, as estruturas conceituais psicossociais dão ênfase à percepção psicológica dos indivíduos – e em suas respostas psicológicas, biológicas e comportamentais, que podem ter efeito favorável ou desfavorável à saúde – em detrimento das condições sociais, das interações sociais e do *status* social (*Idem*). O foco primário recai sobre os danos causados pelos estressores psicológicos adversos, que se acredita envolverem três vias: 1) o aumento da suscetibilidade a outras exposições (por exemplo, agentes infecciosos); 2) a promoção de comportamentos adversos para a saúde (por exemplo, excesso de álcool, tabaco, consumo alimentar, uso de drogas ilícitas); 3) ação patogênica direta, via excitação crônica excessiva e desregulatória dos sistemas fisiológicos, que leva ao que é chamado de “carga alostática” (soma dos desgastes que o estresse prolongado provoca nos organismos). Também são de interesse os fenômenos sociais que talvez possam atenuar o impacto dos estressores (por exemplo, apoio social, redes sociais e capital social). Enfatizam-se principalmente os mecanismos psicológicos e biológicos, com menos ou nenhuma atenção dedicada aos determinantes sociopolíticos dos traumas e das proteções psicossociais (*Idem*).



Essas são as únicas alternativas? Não. Um terceiro conjunto de teorias sociopolíticas é mais ecológico na orientação e mais bem representado pela teoria ecossocial da distribuição de doenças. Propus essa concepção teórica pela primeira vez em 1994 (Krieger, 1994b) e venho elaborando-a desde então (Krieger, 1994; 2001; 2010; 2011; 2012a; 2013; 2008a; 2014; Krieger *et al.*, 2010). Sua preocupação central é “quem e o que impulsiona os padrões atuais das desigualdades sociais em saúde e a modificação desses padrões”. Presta-se atenção ao contexto social e ecológico, para fatores relacionados com o curso de vida e a geração histórica, para os níveis de análise e para as inter-relações entre as diversas formas de desigualdade social, incluindo o racismo e as diferenças de classe e gênero. O foco é a “personificação”, isto é, como nós de fato encarnamos, biologicamente, nossa experiência vivida, criando assim padrões populacionais de saúde e doença. Outra preocupação central é “a responsabilização e o agenciamento” das desigualdades sociais em saúde e das formas com que elas são – ou não são – monitoradas, analisadas e tratadas. Constructos centrais da teoria se destinam a ser utilizados em conjunto e não isoladamente. Juntos, eles implicam a análise dos fenômenos epidemiológicos em seu contexto, em relação aos processos causais relevantes, que estão entrelaçados e são de ordem social, ecológica e biológica. Em saúde pública, é possível e essencial pensar sobre a sociedade e a biologia simultaneamente, em especial se o objetivo for entender e corrigir as desigualdades em saúde (Krieger, 1994, 2011; 2012a; 2013).

O caso do racismo em saúde oferece um exemplo notável de por que precisamos de análises integrativas que levem em conta questões abstratas de justiça social e biologia, em uma escala espaço-temporal (Krieger, 1994; 2001; 2008a; 2011; 2012a; 2014; 2013; 2012b). Assim, enquanto as teorias dominantes começam com uma crença na diferença genética e no determinismo cultural, a teoria ecossocial começa com um conjunto inteiramente diferente de premissas.

Em primeiro lugar, a teoria ecossocial postula que as relações raciais desiguais simultaneamente: estabelecem e reforçam as desigualdades nas condições de vida e de trabalho, as quais são física e organicamente incorporadas, resultando em expressões biológicas do racismo; e racializam a biologia e produzem categorias étnico-raciais específicas que são usadas para identificar as desigualdades em saúde (Krieger, 2008a; 2011; 2012b; 2010). Consequentemente, essa abordagem refuta a afirmação biomédica dominante de que a “raça”, entendida como biologia inata, ou seja, como constituição genética, seja a razão de existência das diferenças étnico-raciais na saúde, e argumenta,

ao contrário, que o racismo é reproduzido organicamente com consequências biológicas que afetam negativamente a saúde.

Em segundo lugar, e de modo relacionado, não há apenas um caminho pelo qual a discriminação prejudica a saúde; há muitos. Os principais incluem: 1) a privação econômica e social; 2) o excesso de exposição a toxinas, perigos e patógenos; 3) trauma social; 4) respostas à discriminação que podem ser danosas à saúde; marketing direcionado de mercadorias perigosas; 5) cuidados médicos inadequados; 6) tanto a degradação do ecossistema como a alienação da terra, especialmente (mas não só) para os indígenas e povos nativos (Krieger, 2008a; 2011; 2012b; 2010). Um, vários ou todos esses caminhos podem operar – não é uma questão de “psicossocial” *versus* “material”, mas de saber se, empiricamente, ambos os elementos importam ou não, de forma independente ou sinérgica. Além disso, nenhum dos caminhos se efetiva sem envolver pessoas reais, sociedades reais, lugares reais e momentos históricos reais. Consequentemente, essas vias de incorporação devem ser conceituadas em relação aos níveis em que (e por meio dos quais) elas ocorrem, a cada momento do curso de vida, em cada geração histórica, para quem é relevante o foco da análise (dentro de países e regiões e entre eles), considerando, por toda parte, as questões de agenciamento e responsabilidade.

Uma pesquisa que realizamos nos Estados Unidos sobre racismo e saúde exemplifica essas possibilidades. Estudamos o uso de medidas explícitas e implícitas de discriminação racial em conjunto com medidas de posição socioeconômica em todo o curso de vida e também uma medida estrutural de exposição, operacionalizada como ter nascido em um estado de Jim Crow, ou seja, em um dos 21 estados norte-americanos, mais o distrito de Columbia, nos quais a discriminação racial era instituída pela legislação até ser abolida pela aprovação, em 1964, do Ato pelos Direitos Civis nos Estados Unidos (Krieger *et al.*, 2011). Também ressaltando a necessidade de análises históricas sobre racismo e saúde, há dois novos estudos em curso: um sobre o impacto na saúde da legislação de Jim Crow e de sua abolição, analisados em relação ao coeficiente de mortalidade infantil norte-americano (Krieger *et al.*, 2013); outro sobre a mortalidade precoce, usando análise hierárquica idade-período-coorte (Krieger *et al.*, 2014). Esclarecemos que o impacto de Jim Crow é história encarnada, não história morta, e é preocupante perceber que, atualmente, em 2014, todas as pessoas nascidas nos Estados Unidos com 70 anos de idade ou mais (grupo em que a maior parte da mortalidade ocorre) tinham 20 anos de idade no momento em que a legislação de Jim Crow foi abolida; todas as pessoas nascidas nos Estados Unidos com 50 anos ou mais nasceram quando tais

leis eram vigentes; e todas as pessoas cujos pais nasceram nos Estados Unidos antes de 1964 anos foram igualmente concebidos quando Jim Crow era uma realidade (Krieger, 2012b; Krieger *et al.*, 2013; Krieger *et al.*, 2014). Pensar que seus impactos na saúde seriam apenas restritos aos meados da década de 1960 é, portanto, implausível.

O exemplo de Jim Crow aponta adicionalmente para os motivos pelos quais as perguntas sobre quem e o que impulsiona as desigualdades em saúde devem ser sempre enquadradas historicamente. Para a pergunta formulada, sobre o que contribui mais para as desigualdades em saúde, a resposta também depende do contexto. O que está em questão é que pode haver múltiplas permutações de como os indicadores de saúde mudam ao longo do tempo em cada grupo, levando a um aumento, estagnação ou diminuição das desigualdades em saúde. Por exemplo, as desigualdades relativas ou absolutas podem aumentar em dois cenários muito diferentes: os indicadores melhoram em todos os grupos, mas mais rapidamente entre os mais ricos, ou os indicadores melhoram apenas entre os mais ricos, enquanto pioram ou ficam estagnados entre os mais pobres. O perigo é que as pessoas assumam ser inevitável as desigualdades na saúde aumentarem sempre que há melhorias gerais na saúde da população, como se fosse sempre necessário que a saúde melhorasse mais rapidamente para as pessoas “em melhor situação”.

O que me fez pensar mais ativamente sobre essas questões foi notar, em meados dos anos 2000, que algumas pessoas postulavam que, num contexto de melhoria da saúde em geral, o crescimento das desigualdades em saúde não seria grande coisa – ao contrário, seria apenas um resultado inevitável de que a saúde melhora cada vez mais para todos, embora mais rapidamente para as pessoas mais privilegiadas (Meara, Richards e Cutler, 2008). Em outras palavras, uma concepção que guarda alguma correspondência com as teorias econômicas que preveem que os benefícios financeiros concedidos aos ricos vão, em última instância, beneficiar os pobres (hipótese *trickle-down health*). Eu suspeitava que essa alegação se baseava em dados de curto prazo, refletindo a ascensão das políticas neoliberais a partir de 1980, e então procurei testar esta hipótese examinando as tendências de mortalidade precoce (ou seja, a morte antes dos 65 anos) nos Estados Unidos, usando dados oficiais de mortalidade para o período de 1959 a 2006 – o que soa mais fácil dizer do que fazer, uma vez que a base de dados públicos disponíveis abrange apenas o período a partir de 1968, mas isso é outra história (Krieger *et al.*, 2008). Na verdade, descobrimos que, ao contrário da hipótese *trickle-down health*, as desigualdades étnico-raciais e de renda na mortalidade precoce diminuíram

entre 1965 e 1980, quando as taxas de mortalidade também estavam em declínio para todos, e somente depois desse período se estabilizaram para, em seguida, aumentarem (*Idem*). O que provavelmente contribuiu para essas tendências foi a aprovação da Lei dos Direitos Civis (US Civil Rights), em 1964, a Lei dos Direitos de Votação (US Voting Rights Act), em 1965, e outros atos legislativos progressistas decorrentes da “guerra contra a pobreza”, além da criação do Medicare, do Medicaid, da Agência de Proteção Ambiental (Environmental Protection Agency, EPA) e da Agência de Segurança Ocupacional e Administração de Saúde (Occupational Safety and Health Administration, Osha). Essas mudanças progressistas foram subsequentemente confrontadas durante um longo período, a começar do fim da década de 1970, sob Carter, e levadas a novos desafios durante a administração Reagan e as posteriores (Krieger *et al.*, 2014; Zinn, 2010).

Essas evidências apontam que as prioridades políticas desempenham um papel importante na condução tanto das tendências dos indicadores gerais de saúde como dos indicadores de desigualdades em saúde. No entanto, prevaleceu a interpretação de que os principais impulsionadores dessas transformações foram padrões diferenciais de uso de tabaco e acesso a cuidados médicos apropriados, como afirmou um recente relatório da Academia Nacional de Ciências (Crimmins, Preston e Cohen, 2011). Como um primeiro passo para abordar essas preocupações, decidi que seria útil examinar as tendências da mortalidade por causas não relacionadas com o tabaco, considerando que, em 2008, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) emitiu um relatório apontando as 24 causas de morte relacionadas com o tabaco (CDC, 2008). Entre os resultados que mais se destacam, o primeiro diz respeito à enorme importância do sucesso obtido pelas campanhas antitabagismo: nossas análises constataram que, entre 1959 e 2006, a proporção de óbitos por causas de morte não ligadas ao tabagismo aumentou em cerca de 40% a 60%. O segundo resultado: embora tenhamos observado que a mortalidade não relacionada com o fumo aumentou em todos os estratos de renda, esse aumento foi notavelmente mais elevado entre os negros, refletindo sua maior exposição a muitos fatores de risco relacionados com condições adversas de vida e de trabalho, que são independentes do tabagismo (Krieger *et al.*, 2012). Talvez ainda mais impressionante, no entanto, foi constatar que, em cada população (total e por grupo étnico-racial), a magnitude da desigualdade de renda nas taxas de mortalidade por causas não relacionadas com o tabagismo tem crescido ao longo do tempo – e, de fato, essas taxas de mortalidade têm aumentado para a população branca em todos

os estratos de renda, especialmente para aqueles em pior situação, embora as taxas de mortalidade tenham decrescido para a população negra, especialmente para os mais abastados (*idem*). Ficou evidente que o hábito de fumar, por si só, não podia explicar as desigualdades de mortalidade dos Estados Unidos – e é improvável que este fosse seu fator mais importante.

Nosso segundo conjunto de estudos, por sua vez, examinou as tendências das desigualdades em saúde para o que é considerado mortalidade evitável, ou seja, as mortes que não deveriam acontecer quando se recebe assistência médica de padrão considerado aceitável. Tratou, portanto, da prevenção da morte, não da doença que já se manifestou – não estamos falando em prevenção primária (*Idem*). Para essas análises, foram utilizadas as catorze causas de mortes consideradas medicamente evitáveis pelos padrões de cuidados médicos disponíveis na década de 1960. Como esperado, as taxas de mortalidade por essas causas tiveram declínio ao longo do tempo, em todos os estratos de renda na população total dos Estados Unidos e em cada grupo étnico-racial. O exame dessas tendências, entretanto, revelou que tanto a mortalidade geral como a desigualdade dos indicadores estratificados por grupos étnico-raciais e de renda declinaram intensamente entre 1965 e 1980, estabilizando-se em seguida até cerca de 1997, seguindo-se um novo período de declínio menos intenso (*Idem*). Tais resultados são explicáveis apenas por fatores sociais, como o acesso a cuidados médicos apropriados, e não pelo incremento tecnológico, que progrediu ao longo de todo o período (*Idem*).

A principal implicação disso é que analisar quem e o que impulsionou as desigualdades em saúde requer análises integradas das desigualdades em saúde, que reconheçam os processos sociais e biológicos atuantes (Krieger, 2011; 2013). Nós vivemos na história assim como fazemos a história. Somos sempre simultaneamente indivíduos e membros de populações, vivenciamos relações de causalidade recíproca que envolvem estruturas hierarquicamente organizadas em vários níveis, que se implementam em períodos e locais específicos. Também somos concomitantemente seres sociais e organismos biológicos que ao longo do tempo crescem e se desenvolvem, sempre se envolvendo com o mundo do qual fazemos parte (*Idem*). Não podemos ser da classe trabalhadora, ou economicamente pauperizados *versus* afluentes, em um dia, para no seguinte ser negro ou branco, imigrante ou nativo, indígena ou não indígena, e ainda em outro dia ser mulher ou homem ou transgênero, ou lésbica, gay, bissexual ou heterossexual. Nós somos tudo isso de uma só vez, e as nossas estruturas conceituais e análises devem integrar essas realidades do mesmo modo que nossos corpos e mentes fazem a cada dia (Krieger, 2008a; 2011, 2012a).

*Você escreveu “Pela saúde e pela justiça social” ao assinar meu exemplar de Epidemiology and the people’s health. No entanto, sabe-se que novos recursos preventivos e terapêuticos, que são eficazes para promover a saúde individual e coletiva, podem beneficiar os mais ricos de modo mais rápido e intenso do que as pessoas de pior condição socioeconômica, aumentando assim a desigualdade de saúde entre os estratos sociais. Como os serviços de saúde devem agir para promover saúde e justiça social ao mesmo tempo?*

Para alcançar a equidade em saúde, o principal foco dos serviços de saúde e de saúde pública deve ser a equidade em saúde – e não apenas a obtenção de um padrão médio de saúde (Krieger, 2005; 2011; 2008a; Carter-Pokras e Bacquet, 2002; Braveman, 2006; National Institutes of Health, 1999; Whitehead, 1990; Braveman e Gruskin, 2003; US Department of Health and Human Services, 2008). Justiça social e saúde pública estão inextricavelmente ligadas (Krieger, 2011; WHO, 2008). Embora minha pesquisa não tenha se concentrado sobre os serviços de saúde, tenho conhecimento da proposição do “universalismo proporcional” para a política e a gestão dos serviços de saúde, que envolve a aplicação de proporcionalmente mais recursos para os grupos que estão mais distantes de atingir uma meta específica quanto aos níveis de saúde (Marmot, 2010; Benach *et al.*, 2013). Desigualdades em saúde – nas condições de saúde ou nos serviços de saúde – não são um “fato da natureza”. A retificação dessas desigualdades, no presente e no passado, sempre envolveu confrontar as injustiças sociais (Krieger, 2011; Rosen, 1993; Porter, 1999).

Enquanto trabalhamos para promover a equidade em saúde, devemos ter sempre em mente que o fazemos como apenas uma espécie nesse planeta, ainda que, em virtude de nossas ideias e trabalho, tenhamos transformado as condições de vida para todos em formas inevitavelmente ligadas à economia global, nacional, regional e local, com ecologias políticas e sistemas de produção e consumo muitas vezes injustos e cada vez mais insustentáveis, voltados para a maximização da riqueza privada e não para o bem público, como sublinha a crescente ameaça da mudança climática global (Krieger, 2011; King e Crews, 2013; McMichael, 2013; Graham, 2012). Se há um momento para uma ação orquestrada visando a saúde das pessoas e a equidade na saúde, esse momento é agora.

## Referências bibliográficas

- BAKER, S. J. ([1939] 2013), *Fighting for life*. Nova York, The New York Review of Books.
- BENACH, J.; MALMUSI, D.; YASUI, Y. & MARTÍNEZ, J. M. (2013), “A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose’s population approach”. *J. Epidemiol. Community Health*, 67: 286-291.
- BENGTSSON, T. & POPPEL, F. van. (2011), “Socioeconomic inequalities in death from past to present: an introduction”. *Explorations Economic History*, 48: 343-356.
- BRAVEMAN, P. (2006), “Health disparities and health equity: concepts and measurement”. *Annu. Rev. Public Health*, 27, 167-194.
- BRAVEMAN, P. & GRUSKIN S. (2003), “Poverty, equity, human rights and health”. *Bull World Health Organ*, 81: 539-545.
- CARTER-POKRAS, O. & BACQUET C. (2013), “What is a ‘Health Disparity?’”. *Public Health Reports*, 117: 426-434.
- COTTER, C.; STURROCK, H. J. W.; HSIAN, M. S.; LIU, J.; PHILLIPS, A. A.; HWANG, J.; GUEYE, C. S.; FULLMAN, N.; GOSLING, R. D. & FEACHEM, R. G. A. (2013), “The changing epidemiology of malaria elimination: new strategies for new challenges”. *Lancet*, 382: 900-911.
- CRIMMINS, E. M.; PRESTON, S. H. & COHEN, B. (orgs.). (2011), *Explaining divergent level of longevity in high-income countries. Panel on understanding divergent trends in longevity in high-income countries, national research council*. Washington, National Academies Press.
- GRAHAM, H. (2012), “Ensuring the health of future populations”. *BMJ*, 345: e7573.
- HAYS, J. N. (1998), *Burdens of disease: epidemics and human response in western history*. Nova Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
- KEVLES, D. J. (1995), *In the name of eugenics: genetics and the uses of human heredity*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- KING, B. & CREWS, K. A. (orgs.). (2013), *Ecologies and the politics of health*. Nova Brunswick, NJ, Routledge.
- KRIEGER, N. (1987), “Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black-white differences, 1830-1870”. *Int. J. Health Services*, 17: 258-279.
- \_\_\_\_\_. (1994), “Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?”. *Soc. Sci. Med.*, 39: 887-903.
- \_\_\_\_\_. (2001), “Theories for social epidemiology in the 21 century: an ecosocial perspective”. *Int. J. Epidemiol.*, 30: 668-677.
- \_\_\_\_\_. (2005), “Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues”. *Cancer Causes Control*, 16: 5-14.
- \_\_\_\_\_. (2008a), “Discrimination and health inequities”. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. & GLYMOUR, M. (orgs.). *Social epidemiology*. Nova York, Oxford University Press.

- \_\_\_\_\_. (2008b), "Ladders, pyramids, and champagne: the iconography of health inequities". *J. Epidemiol. Community Health*, 62: 1098-1104.
- \_\_\_\_\_. (2010), "The science and epidemiology of racism and health: racial/ethnic categories, biological expressions of racism, and the embodiment of inequality – an ecosocial perspective". In: WHITMARSH, I. & JONES, D. S. (orgs.). *What's the use of race? Genetics and difference in forensics, medicine, and scientific research*. Cambridge, MA, MIT Press.
- \_\_\_\_\_. (2011), *Epidemiology and the people's health: theory and context*. Nova York, Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_. (2012a), "Who and what are 'populations'? Historical debates, current controversies, and implications for understanding population health" and rectifying health inequities". *Milbank Quarterly*, 90: 634-681.
- \_\_\_\_\_. (2012b), "Methods for the scientific study of discrimination and health: from societal injustice to embodied inequality: an ecosocial approach". *Am. J. Public Health*, 102: 936-945.
- \_\_\_\_\_. (2013), "History, biology, and health inequities: emergent embodied phenotypes & the illustrative case of the breast cancer estrogen receptor". *Am. J. Public Health*, 103: 22-27.
- \_\_\_\_\_. (2014), "Got theory?. On the 21c, C. E. rise of explicit use of epidemiologic theories of disease distribution: a review and ecosocial analysis". *Current Epidemiol. Reports*, 1 (1): 45-56.
- KRIEGER, N.; REHKOPF, D. H.; CHEN, J. T.; WATERMAN, P. D.; MARCELLI, E. & KENNEDY, M. (2008), "The fall and rise of US inequities in premature mortality: 1960-2002". *PLoS Med*, 5 (2): e46.
- KRIEGER, N.; ALEGRÍA, M.; ALMEIDA FILHO, N.; SILVA JR., J. B.; BARRETO, M. L., BECKFIELD, J.; BERKMAN, L.; BIRN, A.-E.; DUNCAN, B. B.; FRANCO, S.; GARCIA, D. A., GRUSKIN, S.; JAMES, S. A., LAURELL, A. C., SCHMIDT, M. I. & WALTERS, K. L. (2010), "Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop". *J. Epidemiol. Community Health*, 64: 747-749.
- KRIEGER, N.; WATERMAN, P. D.; KOSHELEVA, A.; CHEN, J. T.; CARNEY, D. R.; SMITH, K. W.; BENNETT, G. G.; WILLIAMS, D. R.; FREEMAN, E.; RUSSELL, B.; THORNHILL, G.; MIKOLOWSKY, K.; RIFKIN, R. & SAMUEL, L. (2011), "Exposing racial discrimination: implicit & explicit measures: the 'My Body, My Story' study of 1005 US-born black & white community health center members". *PLoS ONE*, 6 (11): e27636.
- KRIEGER, N.; CHEN, J. T.; KOSHELEVA, A. & WATERMAN, P. D. (2012), "Not just smoking and high-tech medicine: socioeconomic inequities in, US mortality rates, 1960-2006". *Int. J. Health Services*, 42: 293-322.



- KRIEGER, N.; CHEN, J. T.; COULL, B.; WATERMAN, P. D. & BECKFIELD, J. (2013), "The unique impact of abolition of Jim Crow laws on reducing health inequities in infant death rates and implications for choice of comparison groups in analyzing societal determinants of health". *Am. J. Public Health*, 103: 2234-2244.
- KRIEGER, N.; CHEN, J. T.; COULL, B. A.; BECKFIELD, J.; KIANG, M. V. & WATERMAN, P. D. (2014), "Jim Crow and premature mortality among the, US black and white population, 1960-2009: an age-period-cohort analysis". *Epidemiol.*, 25: 494-504.
- KUNITZ, S. (2007), *The health of populations: general theories and particular realities*. Oxford, Oxford University Press.
- LLOYD, G. E. R. (org.). (1983), *Hippocratic writings*. Londres, Penguin Books.
- MARMOT, M. (org.) (2010), "Fair society, health lives: strategic review of health inequalities in England post-2010". Disponível em [www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review](http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review), consultado em 29/6/2014.
- MCKENZIE, D. A. (1979), "Eugenics and the rise of mathematical statistics in Britain". In: IRVINE, J.; MILES, J. & EVANS, J. (orgs.). *Demystifying social statistics*. Londres, Pluto Press.
- MCMICHAEL, A. J. (2013), "Globalization, climate change, and human health". *New Engl J Med*, 368: 1335-1343.
- MEARA, E. R., RICHARDS, S. & CUTLER, D. M. (2008), "The gap gets bigger: changes in mortality and life expectancy, by education, 1981-2000". *Health Affairs*, 27: 350-360.
- MORGAN, T. M. (2003), "The education and medical practice of dr. James McCune Smith (1813-1865), the first black American to hold a medical degree". *J. Natl. Med. Assoc.*, 95: 603-614.
- NATIONAL Institutes of Health. (1999), "What are health disparities" [KRIEGER (2005) cita a definição completa de "disparidades em saúde" anteriormente disponível em [healthdisparities.nih.gov/whatare.html](http://healthdisparities.nih.gov/whatare.html), consultado em 31/5/ 2006].
- PERRY, M. (2006), "Sara Josephine Baker (1873-1945)". *Am. J. Public Health*, 96: 620-621.
- PORTER, D. (1999), *Health, civilization and the states: a history of public health from ancient to modern times*. Londres, Routledge.
- RATHER, L. J. (org.). (1985), *Rudolf Virchow: collected essays on public health and epidemiology*. Canton, MA, Science History Publications, vol. 1.
- ROSEN, G. A. ([1958] 1993), *History of public health*. Ed. ampliada. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- SIGERIST, H. E. (1951), *A history of medicine*. Vol. 1: *Primitive and archaic medicine*. Nova York, Oxford University Press.
- \_\_\_\_\_. (1961), *A history of medicine*. Vol. 2: *Early Greek, Hindu, and Persian Medicine*. Nova York, Oxford University Press.
- SMITH, J. M. (1859), "On the fourteenth query of Thomas Jefferson's notes on Virginia". *The Anglo-African Magazine*, 1: 225-238.

- STERN, A. (2005), *Eugenic nation: faults and frontiers of better breeding in modern America*. Berkeley, CA, University of California Press.
- US CENTERS for Disease Control and Prevention. (2008), "Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses – United States, 2000-2004". *MMWR*, 57: 1226-1228.
- US DEPARTMENT of Health and Human Services. (2008), "Developing Healthy People 2020". The Secretary's Advisory Committee on national health promotion and disease prevention objectives for 2020. Phase I report. Recommendations for the framework and format of Healthy People 2020.
- VIRCHOW, R. (1985), "Report on the typhus epidemic in Upper Silesia". In: RATHER, L. J. (org.). *Rudolf Virchow: collected essays on public health and epidemiology*. Canton, MA, Science History Publications, vol. 1.
- WAITZKIN, H. (1981), "The social origins of illness: a neglected history". *Int J Health Serv*, 11: 77-103.
- WHITEHEAD, M. (1990) "The concepts and principles of equity and health". Copenhagen, World Health Organization (WHO)/Regional Office for Europe. Disponível em [http://www.who.int/ciee/flacso.org.ar/flacso/optativas/equity\\_and\\_health.pdf](http://www.who.int/ciee/flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf), consultado em 29/6/2014.
- WINSLOW, C.-E. A. (1929), *The life of Hermann M. Biggs, MD., DSc., LL.D., physician and statesman of the public health*. Filadélfia, Lea & Febiger.
- WORLD HEALTH Organization – WHO. (2008), "Final report". Genebra, WHO/Commission on the Social Determinants of Health. Disponível em [www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en), consultado em 29/6/2014.
- ZINN, H. (2010), *A people's history of the United States: 1492-present*. Nova York, Harper Perennial.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-20702015014>.

Texto enviado em 29/1/2015 e aprovado em 13/3/2015.

José Leopoldo Ferreira Antunes é professor titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. E-mail: [leopoldo@usp.br](mailto:leopoldo@usp.br).

Nancy Krieger é professora de epidemiologia social do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de Harvard. E-mail: [nkrieger@hsph.harvard.edu](mailto:nkrieger@hsph.harvard.edu).