

Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história

Jarbas Barbosa da Silva¹ e Marilisa Berti Azevedo Barros²

RESUMO *O presente artigo analisa historicamente o conceito de desigualdade e aborda o tratamento dado à desigualdade em saúde. São analisadas as desigualdades naturais e sociais, o conceito de equidade, as explicações teóricas sobre a desigualdade e a estratificação nas sociedades modernas. Finalmente, são analisadas as relações entre os estudos sobre desigualdades sociais em saúde e a epidemiologia, desde o nascimento dessa disciplina, passando pela era bacteriológica e chegando aos dias de hoje, em que cresce o interesse pelo tema.*

Palavras-chave Epidemiologia, história, classe social, distribuição de bens e serviços, equidade.

As desigualdades entre os humanos constituíram-se em objeto de reflexão desde que, na Grécia dos séculos VI e VII a.C., operou-se a transição do mito para o pensamento racional, inaugurando a filosofia (1). O nascimento da *polis* e da democracia ateniense propiciaram reflexões sobre a política, inclusive sobre a distribuição de bens, direitos e obrigações entre os cidadãos e entre esses e os escravos. Aristóteles, um dos primeiros a refletir sobre as desigualdades, apresentou princípios de igualitarismo que, legitimando as práticas sociais vigentes, justificavam, como naturalmente determinados, os desníveis existentes entre os seres humanos, já que alguns estariam destinados a comandar e outros, a obedecer (2).

Desde então, diversos pensadores analisaram a sociedade tomando a questão das desigualdades como objeto, justificando-as como derivadas dos desígnios divinos ou decorrentes de uma natureza humana abstrata, ou contestando-as como injustas e derivadas da maneira como os seres humanos constroem sua história. As noções de igualdade e desigualdade

remetem a dimensões específicas de análise, na medida em que todos podem ser considerados iguais aos outros se tomados por uma característica genérica o suficiente para ser extensiva a qualquer um; ou podem ser considerados completamente desiguais, se comparados por condição tão restritiva que resulte em uma quase individualização. A qualidade de ser igual ou desigual possui caráter apenas descritivo, sem associação necessária com um juízo de valor sobre justiça ou injustiça.

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão histórica do conceito de desigualdade e abordar o tratamento que lhe tem sido conferido, no campo da saúde, desde o advento da epidemiologia.

DESIGUALDADES NATURAIS E SOCIAIS

As desigualdades geralmente são classificadas como *naturais* quando ocorrem como diferenças ou semelhanças entre os indivíduos, como no caso de sexo, raça e idade; ou como *sociais*, quando sua ocorrência é associada com a estrutura da sociedade onde estão inseridas. As desigualdades *sociais* se originam na ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social do processo de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa (3). As desigualdades sociais têm sido descritas como ocorrendo em

todas as sociedades conhecidas³, embora com padrões e causalidades variáveis.

As desigualdades naturais não determinam a ocorrência das desigualdades sociais e são, muitas vezes, condicionadas por estas. Diferenças naturais como as de sexo, raça, força, estatura, inteligência e fecundidade só propiciam o surgimento de desigualdades sociais quando são utilizadas por uma sociedade como critério para a atribuição de papéis sociais (4). Mesmo assim, a desigualdade, mesmo aquela socialmente determinada, não remete, necessariamente, à idéia de injustiça. Esta exige um julgamento de valor, encontrando-se melhor consubstanciada na noção de iniquidade. O conceito de iniquidade, diferentemente dos conceitos de diferença e desigualdade, não se reveste de caráter apenas descritivo, mas sim normativo, na medida em que sempre pretende enunciar um “dever-ser”.

O CONCEITO DE EQUIDADE E AS DESIGUALDADES EM SAÚDE

Utilizado no âmbito do direito para representar a ascendência da justiça sobre a legalidade, o conceito de equidade, ou a sua falta, a iniquidade, tem sido empregado em análises sobre desigualdades sociais em saúde para qualificar aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada

¹ Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. Correspondência e pedidos de separatas devem ser enviados a este autor no seguinte endereço: Centro Nacional de Epidemiologia/CENEPI/FUNASA, SAS, Quadra 4, Bloco N, Sala 600, CEP 70058-902, Brasília (DF), Brasil. E-mail: jarbas.barbosa@funasa.gov.br

² Universidade de Campinas, Departamento de Medicina Social, Campinas (SP), Brasil.

magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis. Esse julgamento, contudo, especialmente ao tratar de questões como níveis de saúde, necessariamente exige o estabelecimento, *a priori*, de uma linha divisória, que será tomada como parâmetro de justo ou injusto, orientada, em grande parte, por princípios morais, éticos e políticos, que são historicamente dados.

Assim, sempre há provisoriedade na utilização dos qualificativos “boa” ou “má” para descrever a condição de saúde, na medida em que tais qualificativos estão necessariamente circunscritos ao momento em que são aferidos. Pode-se então, falar de iniquidades em saúde não enquanto um valor abstrato, mas sim como uma manifestação mensurável da injustiça social, geralmente representada pelos diferenciais no risco de adoecer ou morrer. Esses riscos, por sua vez, se originam das condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços, inclusive os de saúde. Os melhores níveis de saúde efetivamente alcançados por certos grupos sociais, em dado momento, passam a ser um limite que poderia ser universalizado caso a sociedade fosse mais igualitária quanto às características que determinam esses diferenciais, embora ainda se distanciem do parâmetro estabelecido pelo “deve-ser”. A desigualdade pode ser fator tanto de produção quanto de superação de iniquidades, como ressaltado por Kadt e Tasca (5), visto que uma discriminação positiva operaria no sentido de dar tratamento desigual para reduzir as distâncias sociais.

Há vertentes na sociologia, entre os funcionalistas, e na política, entre os liberais, que consideram a estratificação decorrente das desigualdades sociais como insuperável (o que seria comprovado pelo fato de sempre ter ocorrido, ainda que sob as mais variadas maneiras de

organização social) e desejável, por ser capaz de desempenhar um papel motivador sobre as camadas “de baixo” existentes nas sociedades. Outras vertentes entendem as desigualdades como injustas e mutáveis (6, 7).

EXPLICAÇÕES PARA A DESIGUALDADE: A ESTRATIFICAÇÃO NAS SOCIEDADES MODERNAS

O iluminista Jean-Jacques Rousseau, pioneiramente, em 1755, distinguiu dois tipos de desigualdade (8): a natural ou física, “estabelecida pela natureza e que consiste na diferença das idades, da saúde, das forças do corpo e das qualidades do espírito e da alma”, e a moral ou política, que “depende de uma espécie de convenção e que é estabelecida ou, pelo menos, autorizada, pelo consentimento dos homens”, apresentando uma causalidade social e expressando-senos “vários privilégios de que gozam alguns em prejuízo de outros” (p. 235).

Dentre os vários sistemas explicativos para o fenômeno da estratificação social nas sociedades modernas, podem ser classificadas como matrizes teóricas a teoria marxista, que associou a existência das classes sociais à organização das relações de produção; a teoria funcionalista, que pensa a estratificação como conseqüência imediata da divisão do trabalho; e uma terceira teoria, esboçada inicialmente por Adam Smith, que relaciona a estratificação ao mercado (6).

Para o marxismo, a desigualdade na sociedade capitalista é resultado da divisão da sociedade em classes, sendo estas definidas, predominantemente, pelo tipo de relação de seus integrantes com os meios de produção. Esse critério diferencia radicalmente o conceito de classe utilizado pelo marxismo do conceito utilizado por outros sistemas teóricos, que tomam como base, geralmente, o nível de

rendimento ou a propriedade. A proposta marxista assume uma concepção essencialmente dualística, enfatizando o papel da luta entre as classes fundamentais e antagônicas, que poderia ser considerada como o propulsor da história de todas as sociedades humanas existentes até então (9).

Na sociedade atual, entretanto, a previsão de uma progressiva simplificação das classes não se realizou, e agrupar todos os que não possuem meios de produção numa única classe social, o proletariado, significaria supor semelhanças de consciência, de condição social, ou mesmo de destino histórico entre indivíduos bastante diferenciados. Essa constatação, bem como a necessidade de caracterizar as classes médias, que não apenas sobreviveram como também se expandiram, tem levado marxistas contemporâneos a reinterpretar o conceito de classe, propondo novas conceituações, com menos ênfase em aspectos exclusivamente objetivos ou econômicos. Tal reflexão gerou uma reavaliação da configuração e da dinâmica das classes sociais e frações nas sociedades contemporâneas, reforçando a distinção em termos da identidade de valores e da representação política (10, 11).

Max Weber propôs uma análise da estrutura das desigualdades sociais baseada em três dimensões, ao mesmo tempo interdependentes e relativamente autônomas entre si: a da riqueza, a do prestígio e a do poder. Para Weber, classe pode ser definida como um grupo de pessoas que se encontra em igual situação quanto a um “conjunto de probabilidades típicas” (12):

a) de provisão de bens; b) de posição externa; c) de destino pessoal, que derivam, dentro de uma determinada ordem econômica, da magnitude e natureza do poder de disposição (ou da carência dele) sobre bens e serviços e das maneiras de sua aplicabilidade para a obtenção de rendimentos (p. 242).

³ É controversa a existência de sociedades humanas primitivas sem qualquer traço de desigualdade, completamente igualitárias.

4. Cavalli A. Estratificação social. Em: Bobbio N, Matteucci N, Pasquino G. Dicionário de política. Vol. I. 4ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1992. Pp. 443-445.
5. Kadit E, Tasca R. Promovendo a equidade — um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde; 1993.
6. Boudon R, Bourricaud F. Dicionário crítico de sociologia. São Paulo: Ática; 1993.
7. Pastore J. Desigualdade e mobilidade social no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo (Edusp); 1985.
8. Rousseau JJ. Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens. 3rd ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Série Os Pensadores).
9. Marx K, Engels F. Manifesto do partido comunista. Em: Obras escolhidas. Tomo 1. Lisboa: Edições Progresso; 1982.
10. Przeworski A. Capitalismo e social-democracia. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
11. Elster J. Marx, hoje. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
12. Weber M. Economía y sociedad. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
13. MacMahon B, Pugh TF. Epidemiology principles and methods. 1st ed. Boston: Little, Brown and Company; 1970.
14. Hipócrates. Aires, águas y lugares. En: Buck, C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 18-19. (Publicación Científica no 505).
15. Snow J. Sobre a maneira de transmissão do cólera. 2nd ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1990.
16. Mendes R, Dias EC. Saúde do trabalhador. Em: Rouquayrol MZ. Epidemiologia & saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica; 1994. Pp. 383-402.
17. Goldberg M. Este obscuro objeto da epidemiologia. Em: Costa DC, ed. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1990.
18. Schellekens J. Mortality and socio-economic status in two eighteenth-century Dutch villages. *Popul Stud* (Camb) 1989;43(3):391-404.
19. Terris M. Discusión. En: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 3-17. (Publicación Científica 505).
20. Dallemagne J, Nair S. A economia política, o socialismo utópico. Em: Châtelet F, ed. História da filosofia. Vol. 5. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. Pp. 124-169.
21. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Universidade Estadual Paulista (UNESP)/HUCITEC/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1994.
22. Breilh J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP; 1991.
23. Jones GS. Retrato de Engels. Em: Hobsbawm EJ. História do marxismo. Vol. 1. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. Pp. 377-422.
24. Engels F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Ciudad de México: Cultura Popular; 1984.
25. Duchesneau F. A filosofia anglo-saxônica de Bentham a W. James. Em: Châtelet F, ed. História da filosofia. Vol. 6. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983. Pp. 113-137.
26. Villermé LR. Reseña del estado físico y moral de los obreros de las industrias del algodón, la lana y la seda. En: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 34-37. (Publicación Científica 505).
27. Power C, Manor O, Fox J. Health and class: the early years. London: Chapman & Hall; 1991.
28. Farr W. Mortalidad de los mineros: una selección de los informes y escritos de William Farr. En: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 69-73. (Publicación Científica 505).
29. Bernhardt J. Química e biologia no século XIX. Em: Châtelet F, ed. História da filosofia. Vol. 6. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1983. Pp. 61-112.
30. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49(4):509-538.
31. Goldberger J. Estudios sobre la pelagra. En: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 101-105. (Publicación Científica 505).
32. Jones IG, Cameron D. Social class analysis — an embarrassment to epidemiology. *Community Med* 1984;6(1):37-46.
33. Greenwood M. Epidemiología del cáncer. En: Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, eds. El desafío de la epidemiología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1988. Pp. 115-125. (Publicación Científica 505).
34. Illsley R, Baker D. Contextual variations in the meaning of health inequality. *Soc Sci Med* 1991;32(4):359-365.
35. Antonovsky A. Social class, life expectancy and overall mortality. *Milbank Mem Fund Q* 1967;45(2):31-73.
36. Lilienfeld AM, Lilienfeld DE. Foundations of epidemiology. 2nd ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 1980.
37. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988;10:87-121.
38. Nunes ED. Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco SA, Nunes E, Breilh J, Laurell C. Debates en medicina social. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 1991. Pp. 17-137.
39. Breilh J, Granda E. Investigación de la salud en la sociedad. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS); 1980.
40. Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1983.
41. Townsend P, Davidson N, eds. Inequalities in health: the Black report. Harmondsworth: Penguin Books; 1992.
42. Svensson P. Health inequities in Europe: introduction. *Soc Sci Med* 1990;31(3):225-227.
43. Taubes G. Epidemiology faces its limits. *Science* 1995;269(5521):164-169.
44. Larkin M. Epidemiological studies: overdone or underappreciated? *Lancet* 2000;355(9203):556.
45. Holland WW. The hazards of epidemiology [editorial]. *Am J Public Health* 1995;85(5):616-617.
46. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86(5):674-677.
47. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;39(7):887-903.
48. Shy C. The failure of academic epidemiology: witness for the prosecution. *Am J Epidemiol* 1997;145(6):479-484.
49. Pearce N. Traditional epidemiology, modern epidemiology and public health. *Am J Public Health* 1996;86(5):678-683.
50. Kaufman JS, Cooper RS. Seeking causal explanation in social epidemiology. *Am J Epidemiol* 1999;150(2):113-120.
51. Rothman KJ, Adami HO, Trichopoulos D. Should the mission of epidemiology include the eradication of poverty? *Lancet* 1998;352(9130):810-813.
52. Gori GB. Epidemiology and public health: is a new paradigm needed or a new ethic? *J Clin Epidemiol* 1998;51(8):637-641.
53. Wall S. Epidemiology in transition. *Int J Epidemiol* 1999;28(5):1000-1004.
54. Holland W. What should be the concerns of epidemiology? *Int J Epidemiol* 1999;28(5):1009-1011.
55. Pearce N. Epidemiology as a population science. *Int J Epidemiol* 1999;28(5):1015-1018.
56. Zielhuis GA, Kiemeny LA. Social epidemiology? No way. *Int J Epidemiol* 2001;30(1):43-44.
57. Barreto M. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev Bras Epidemiol* 1998;1(2):104-130.
58. Kunst AE. Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality [thesis]. Rotterdam, Netherlands: Erasmus University; 1997.
59. Borrell C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. Em: Barata RB, ed. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1997. Pp. 167-195.
60. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars EJM, Groenhouf F, Geurts JJM. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997;349(9066):1655-59.
61. Martikainen P, Ishizaki M, Marmot MG, Nakagawa H, Kagamimori S. Socioeconomic differences in behavioural and biologic risk factors: a comparison of a Japanese and an English cohort of employed men. *Int J Epidemiol* 2001;30(4):833-838.
62. Singh GK, Yu SM. US Childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *Am J Public Health* 1996;86(4):505-512.

63. Singh GK, Yu SM. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. *Am J Public Health* 1996;86(4):560-564.
64. International Agency for Research on Cancer (IARC). *Social Inequalities and Cancer*. Lyon: IARC; 1997. (IARC Scientific Publications, 138).
65. Bennet S. Socioeconomic inequalities in coronary heart disease and stroke mortality among Australian men, 1979-1993. *Int J Epidemiol* 1996;25(2):266-275.
66. Heck KE, Wagener DK, Schatzkin A, Devesa SS, Breen N. Socioeconomic status and breast cancer mortality, 1989 through 1993: an analysis of education data from death certificates. *Am J Public Health* 1997;87(7):1218-1222.
67. Westerling R, Gullberg A, Rosén M. Socioeconomic differences in "avoidable" mortality in Sweden, 1986-1990. *Int J Epidemiol* 1996; 25(3):560-567.
68. Martikainen P, Valkonen T. Bias related to the absence of information on occupation in studies on social class differences in mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28(5):899-904.
69. Jarvis MJ, Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press; 1999. Pp. 240-255.
70. Power C, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life. *Lancet* 1998;351(9108):1009-1114.
71. National Institutes of Health. *Recommendations of the conference "Measuring Social Inequalities in Health"*. *Int J Health Serv* 1996; 26(3):521-527.
72. Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J. Defining and measuring health inequalities: an approach based on the distribution of health expectancy. *Bull World Health Organ* 2000; 78(1):42-54.
73. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *Br Med J* 1992;304(6820):165-168.
74. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *Br Med J* 1996;312(7037): 999-1003.
75. Lynch JW, Kaplan GA, Pamuk ER, Cohen RD, Heck KE, Balfour JL, et al. Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States. *Am J Public Health* 1998;88(7): 1074-1080.
76. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, et al. *Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro*. *Cad Saude Publica* 1999;15(1):15-28.
77. World Health Organization (WHO). *Equity in health and in health care: a World Health Organization initiative*. Geneva: WHO; 1996.
78. Pan American Health Organization (PAHO). *The search for equity: annual report of the Director, 1995*. Washington, DC: PAHO; 1995.
79. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bull World Health Organ* 2000; 78(1):3-18.
80. Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, eds. *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco); 1997.
81. Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001.
82. Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Vasconcelos Sardinha LM, Silva Júnior JB, et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

Manuscrito recebido em 8 de fevereiro de 2002. Aceito em versão revisada em 13 de junho de 2002.

ABSTRACT

Epidemiology and inequality: notes on theory and history

In this paper we present a historical analysis of the concept of inequality, and we also discuss how inequality has been viewed within the field of health. Natural and social inequalities are discussed, along with the concept of equity, theoretical explanations for inequality, and stratification in modern societies. Finally, we focus on the relationships between epidemiology and studies on social inequalities in health since epidemiology was established as a discipline, during the so-called bacteriological era, and at the present time, when there is a growing interest in social inequalities in health.
