



DESIGUALDADES SOCIAIS NO ACESSO E NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: NOTAS INTRODUTÓRIAS

Gledson Bezerra Magalhães¹

Maria Elisa Zanella²

Tipo de pesquisa: outro. Estágio da pesquisa: concluído

RESUMO

O presente artigo traz em seu bojo discussões a cerca das desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde, compreendendo esse processo como uma teia de relações sistêmicas, ligadas ao Estado, e que produzem espaços diferenciados. Nesse sentido, considera-se que o padrão de saúde, atrela-se diretamente à utilização dos serviços de saúde, que são desiguais no tempo e no espaço, sendo geridos pela dual relação Estado-economia dentro do modelo de sociedade capitalista brasileiro. Este escrito também aponta a abordagem sistêmica como ferramenta teórica e metodológica para a análise espacial dos serviços de saúde, constituindo-se no coletivo da investigação de grupos interdisciplinares, atuando na descoberta e construção do mundo multidimensional, trazendo à tona a multiplicidade de elementos com um grupo diverso de inter-relações, utilizando como exemplo pesquisas voltadas a entender o acesso a saúde e aos serviços de saúde. Conclui-se que a desigualdade de acesso aos serviços de saúde Brasil está polarizada à todos os níveis (nacional, regional e estatal e municipal), e que a desigualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde ocorrem vinculados aos problemas socioeconômicos e étnico-raciais, todavia também perpassam por interesses políticos, muitas vezes contrários ao interesse da nação.

Palavras-chave: serviços de saúde; acesso; desigualdade.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade, com as idéias médicas que convergiam à Atenas, tendo como figura principal Hipócrates, até a contemporaneidade com uma série de estudos, em suas várias dimensões, voltados à saúde, o desejo de uma vida salutar alavanca o pensamento humano em busca de soluções para velhos e novos problemas.

A saúde depende de vários fatores como: uma boa relação com o ambiente em que se vive, boas condições de trabalho, renda, moradia, alimentação, descanso, assistência, estando, dessa forma, circunscrita por uma série de questões sociais. Seu dinamismo bio-social a confere como uma das principais preocupações entre a sociedade humana.

A gama de relações sociais e ambientais que incorporam ao homem o processo de saúde-doença, não se dá de forma igualitária no tempo e no espaço, têm-se as desigualdades em suas várias dimensões, refletindo em última instância no processo supracitado.

Rousseau em seu livro “*A Origem da Desigualdade Entre os Homens*”, expôs de maneira enfática as dimensões desiguais da vida civilizada se refletindo nos males à saúde.

¹ Doutorando em Geografia pela Universidade Federal do Ceará. e-mail: gl_magalhaes@hotmail.com

² Prof^a. Dr^a. do Departamento de Geografia da Universidade Federal do Ceará.



A extrema desigualdade na maneira de viver, o excesso de ociosidade em alguns, o excesso de trabalho de outros, a facilidade de irritar e de satisfazer nossos apetites e nossa sensualidade, os alimentos muito requintados dos ricos, que os nutrem como sucos excitantes e os sobrecarregam de indigestões, a má alimentação dos pobres, que chega muitas vezes a faltar-lhes, e cuja a falta os leva a sobrecarregar avidamente o estômago quando podem, as vigílias, os excessos de toda espécie, os transportes imoderados de todas as paixões, as fadigas e esgotamento de espírito, os desgostos e as penas inumeráveis que se experimentam em todos os estados e de que as almas estão perpetuamente corroídas, aí estão os funestos fiadores de que a maior parte dos nossos males são nossa própria obra e de que poderíamos evitá-los quase todos...

...cremos que se faria com facilidade a história das doenças humanas seguindo a história das sociedades civis. (ROUSSEAU, 2004: 35)

O gênese da desigualdade para Rousseau estaria na sociedade civilizada, sendo a desigualdade inerente a esse formato de sociedade.

A busca do “bem estar” abrange interesses individuais e coletivos, gerando ao mesmo tempo movimentos dialéticos e contraditórios. No âmbito da saúde, a busca por uma vida saudável ou a cura de uma doença, vincula-se necessariamente a economia, cultura, política e ambiente. Essas variáveis, na sociedade civil contemporânea, atrelam-se direta ou indiretamente ao Estado, independente de sua forma de governo. No caso brasileiro, Estado democrata-social, que tem a saúde como direito, ou seja, todo cidadão, em tese, deve ter direito e acesso a ela, tem nas políticas públicas sua principal ferramenta de intervenção na sociedade. Dessa forma, o padrão de saúde, atrela-se diretamente à utilização dos serviços de saúde, que são desiguais no tempo e no espaço, sendo geridos pela dual relação Estado-economia dentro do modelo de sociedade capitalista brasileiro.

Lugar, pessoas e tempo consubstanciados com fatores econômicos, culturais e sociais se apresentam e atuam no espaço através da organização espacial, produzindo espaços diferenciados, porém interligados dentro de uma lógica. Para Barcellos (2000) isso justifica a existência de espaços que viabilizam ou não a circulação de doenças, assim como grupos populacionais com características que favorecem fontes de contaminação e efeitos adversos, gerando condições de risco e populações de risco.

Este espaço é “um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações” (SANTOS, 1996: 18), onde fixos e fluxos interagem. Cada objeto apresenta forma e função, situados sob uma estrutura e dentro de um processo no qual garante o dinamismo e modificação das características do objeto. Para Santos (1996) a *forma* é o aspecto visível de um objeto seja isolado ou inserido em um



conjunto de objetos, constituindo um padrão espacial. Um posto de saúde, um hospital, uma rede de saúde são formas espaciais em diferentes escalas, cada qual desempenhando uma *função*, que pode ser diferente se considerada somente o objeto ou se inserido dentro de um conjunto de objetos. A *estrutura* é o substrato subjetivo onde se formou o objeto, “diz respeito à natureza social e econômica de uma sociedade em um dado momento do tempo: é a matriz social onde formas e funções são criadas e justificadas” (CORRÊA, 1995: 29). O *processo* é a estrutura em seu movimento de transformação, resultantes das contradições internas da mesma. Dessa forma do espaço em saúde é basilar para compreender as desigualdades na mesma.

Santos (1996: 52) nos mostra que “de um lado os sistemas objetos condicionam a forma como se dão as ações e, de outro lado, o sistema de ações leva a criação de objetos novos ou se realiza sobre objetos preexistentes”. As ações são provenientes das necessidades materiais, econômicas, sociais, culturais, espirituais, morais e afetivas, que através das técnicas agem sobre a natureza modificando-a de acordo com seus interesses. Na contemporaneidade a produção, utilização e funcionamento do espaço têm como substrato a ciência, a técnica e a informação (CZERESNIA e RIBEIRO, 2000), a que Santos (1996) denominou de meio técnico-científico-informacional.

O nível técnico, científico e informacional influencia e é influenciado pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais gerando diferentes intensidades de risco há doenças, se distinguindo de acordo com a relação do Estado com a população e com o mercado em suas várias escalas, refletindo políticas de saúde, qualidade de atendimento de hospitais e postos de saúde, modelos de gestão e organização dos serviços de saúde, conscientização e aspectos comportamentais e culturais da população³. Dessa forma, a mobilidade do espaço e no espaço reflete o acesso efetivo aos bens e serviços distribuídos de forma desigual, fomentados pelo próprio discurso da equidade e também dependente do lugar socioeconômico e geográfico, que por sua vez atua diretamente no risco a doenças.

Rodriguez e Silva (2009) revelam as múltiplas relações inerentes ao cotidiano humano que têm como produto a saúde do(s) indivíduo(s) ao afirmarem que,

³ Ressalta-se que a relação do Estado com a população e com o mercado, é apenas um dos fatores envolvidos na constituição cultural e comportamental da população. A uma complexidade maior na identidade de uma população, onde adentram outras variáveis em sua formação.



as informações sobre o estado de saúde da população, tornam-se, cada vez mais, indicadores para determinar o caráter das interações entre as pessoas e o ambiente. Essas informações permitem também medir a efetividade dos sistemas antro-ecológicos e o grau de execução das funções biossociais. Neste caso, a saúde está definida não só como a falta de doenças ou defeitos físicos, mas como o estado de bem-estar espiritual e físico.

Diante de tais premissas, um entendimento holístico sobre a realidade posta, necessariamente ultrapassa o muro da dimensão saúde na busca de uma visão totalizante. Significa englobar categorias de análise de outros campos científicos incluindo aspectos políticos, econômicos, legais e sócio-ambientais em suas várias escalas, que se materializam nos homens; no meio natural modificado; na produção de bens e serviços; em normas, ordens e leis, e nas infra-estruturas, se convertendo em suportes essenciais para a compreensão das desigualdades da saúde e bem-estar.

A ABORDAGEM SISTÊMICA NA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA RELAÇÃO HOMEM-MEIO

O paradigma sistêmico traz em seu bojo uma concepção científico-metodológica que centra sua atenção na análise dos sistemas em suas totalidades trazendo a tona o funcionamento das partes ou aspectos que os integram, lhes definido atributos, objetivos, propriedades, fenômenos, problemas e situações, através de suas estruturas, elementos, relações, intensidades e meio. O sistema concordando com Rodrigues e Silva (2009) é o conjunto de elementos que estão em relação, possuem ligações um com os outros e formam certa unidade e integridade. É um conjunto de energia-substâncias de componentes relacionados, agrupados de acordo com as relações diretas e inversas em certa unidade. É um todo complexo, único, organizado, formado pelo conjunto ou combinação de objetos ou partes.

Nos estudos em saúde, o paradigma sistêmico assume um papel fundamental, pois se constitui no coletivo da investigação de grupos interdisciplinares, atuando na descoberta e construção do mundo multidimensional, trazendo à tona a multiplicidade de elementos com um grupo diverso de inter-relações.

Uma abordagem holístico-sistêmica sobre as relações que culminam com o estado de saúde humana baseia-se em definir em que grau o ambiente dos seres humanos contribui para a conservação de sua saúde, em prever doenças, em garantir condições normais de existência, de trabalho, de lazer e de desenvolvimento. Nesse sentido, Rodriguez e Silva (2009) vislumbram quatro



situações possíveis sobre a saúde do ser humano com base em uma visão sistêmica:

- Quando as interações do homem com o ambiente forem boas, a saúde dos seres humanos tende a ser normal, e o meio é percebido e avaliado como saudável ou confortável. Predominam condições homeostáticas ou estáveis, e o ser humano pode cumprir suas funções biossociais satisfatoriamente.
- Quando as relações do homem com o meio são de divergência, o estado de saúde é manifestado na existência de doenças. Nessa condição, o sistema não pode completar algumas de suas funções biossociais e os meios não são confortáveis.
- Quando as inter-relações conduzem à existência de fatores e alterações no estado de saúde com caráter irreversível, o meio é avaliado como que se encontrasse numa situação extrema.
- Quando as alterações dão lugar a condições que não é possível a vida dos próprios seres humanos, nem a existência de sistemas de segurança vital, então o sistema está em estado de colapso ou catastrófico.

Na saúde dos seres humanos estão sintetizadas as interações desses com o ambiente, através de vários fatores que estão ligados direta e indiretamente ao ser humano, tanto externa com internamente, constituindo uma teia de relações extremamente complexa e dinâmica.

(DES)IGUALDADES: ALGUMAS TEIAS DE RELAÇÕES

O conhecimento e interesse pelas desigualdades sociais em saúde são um importante passo para estabelecer políticas em saúde e avaliar as existentes, assim como, fornece aos gestores informações basilares para a compreensão da realidade da saúde, propiciando as bases para se alcançar a igualdade como direito.

Igualdade e desigualdade são antônimos que caminham juntos na sociedade brasileira. Igualdade significa “princípio pelo qual todos os cidadãos podem invocar os mesmos direitos” (VIANA *apud* KOOGAN/HOUAISS, 1997). Esse conceito tem como pilares fundamentais três concepções que se entrelaçam, são elas: justiça, equidade e dignidade humana. A justiça se concretiza a medida que se faz valer os mesmos direitos entre os indivíduos. A equidade pressupõe que os indivíduos são diferentes entre si, portanto merecem tratamento diferenciado, na tentativa de deixar mais justo determinada ação. Dignidade humana se dá à medida que se consegue



realizar justiça e equidade. A desigualdade por sua vez, pressupõe injustiça, desrespeito dos direitos e iniquidade, ferindo a dignidade humana.

A igualdade é o signo fundamental da democracia. Ambas se buscam, mas não se encontram, se auto-utilizam para se auto-justificarem, se solidificando no Artigo 3, inciso III e IV⁴ e Artigo 5⁵ da Constituição Federativa do Brasil de 1988. Seguindo os parâmetros da Constituição e o modelo de Estado-Nação, as políticas públicas seguem aqueles dois Artigos, expondo como objetivo diminuir as desigualdades, tendo em mente a erradicação desta. No caso das políticas públicas em saúde, é adotada a estratégia de universalização (igualdade) e de focalização (equidade), ou seja, a distribuição do atendimento a saúde se dar de forma diferente em termos espaciais.

O Estado atende aos direitos à saúde de forma universal (pelo menos em tese), todavia de forma desigual, gerando duas interfaces: uma baseada na equidade, onde implica “em receber atenção, segundo suas necessidades” (VIANA *apud* OPAS, 1998), e a outra, baseada no discurso da equidade, dar condições para que os gestores corruptos priorizem setores da sociedade ou do espaço que atendem a seus interesses pessoais, sejam eles, econômicos, políticos ou ideológicos e isso é um dos cerne da desigualdade de acesso aos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o Estado não detém culpa exclusiva nas mazelas de saúde no Brasil. A culpa nem mesmo é concretizada, mas em algumas tentativas, fala-se: a culpa é do sistema; a culpa é do sistema capitalista; a culpa é do Estado; a culpa é do povo; a culpa é de todos.

Concordando com Duarte et al (2002: 9) ocorre que “as desigualdades em saúde têm múltiplas faces, sendo necessário conhecimento mais específico de suas características para que as medidas de intervenção possam ser mais eficazes”.

A atenção a saúde por parte do Estado não se dá de forma clara e cimentada. Escolher quem deve ter prioridade na atenção a saúde é tão complexo quando as variáveis envolvidas. Viana et al (2001: 18) aponta algumas dessas variáveis, quando se trata de sistemas de saúde universais:

- i. as imperfeições do mercado;

⁴ Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

⁵ Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza...



- ii. a impossibilidade de a população em geral (ou sua grande maioria) custear diretamente todos os serviços que necessita;
- iii. as dificuldades operacionais em discriminar quem pode de quem não pode se valer do mercado e em que situações; e
- iv. a existência de externalidades positivas geradas pela presença dos extratos mais afluentes nos serviços públicos de saúde.

A análise da relação entre a oferta de serviços e necessidades da população é um problema complexo. Não depende da simples existência dos mesmos, pois “envolve a separação da necessidade e demanda, necessidade sentida pela população e prescrita pelos especialistas, necessidades básicas (freqüentes) e contingências (ocasionais), necessidades coletivas e individuais” (GUIMARÃES, 2006: 256).

Nesse sentido, percalços e avanços marcam o sistema de saúde brasileiro. Com a criação do SUS, consagra-se a saúde como direito universal, ao mesmo tempo em que se acolhe a mercantilização da saúde. Nessa luta desigual Elias (2004: 46) afirma que “o SUS, desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema universal de saúde na periferia do capitalismo” e seu sucesso dependerá da atuação do Estado, através de políticas públicas que consigam inibir a exclusão social, e os preconceitos que banham o território brasileiro de injustiças.

PESQUISAS EM ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DIFICULDADES E ALTERNATIVAS

As pesquisas voltadas a entender acesso a saúde e aos serviços de saúde, são instrumentos de suma importância no combate as desigualdades em saúde. Os estudos sobre o referido tema ocorrem em duas linhas: a quantitativa e qualitativa, e por vezes englobam as duas nas análises.

As metodologias quantitativas priorizam dados secundários provenientes de várias fontes, geralmente estatais ou de órgãos internacionais, como os sistemas contidos no DATASUS e CENEPI, os dados provenientes do PNAD ou dos censos demográficos do IBGE, os fornecidos pela OPS-OMS, UNICEF, BID e CEPAL. Esses múltiplos dados são utilizados, habitualmente, na forma de indicadores e índices para traçar os perfis que desejam investigar, em suas várias dimensões dentre elas o acesso e utilização de serviços em saúde. Investigados dentro de



categorias como classe social, renda, ocupação, escolaridade, idade, cor, gênero e classe social, priorizam análises espaciais e temporais.

As pesquisas qualitativas não buscam enumerar ou medir eventos, e geralmente não emprega ferramentas estatísticas para análise dos dados, priorizando dados descritivos mediante o contato direto e interativo com a situação objeto de estudo. A compreensão dos fenômenos a partir da ótica dos participantes da situação investigada é umas das características desse tipo de pesquisa no acesso aos serviços de saúde.

Duarte et al (2002) analisando as desigualdades relacionadas a indicadores de oferta e cobertura do sistema de saúde brasileiro, observou que a razão entre o número de médicos por habitante, é de 1,3 médicos para cada 1.000 habitantes, não existindo uma uniformidade de dados em escala estadual. Para Rio de Janeiro e Brasília foi encontrada uma razão de 3,2 por 1.000 hab. e 2,9 por 1.000 hab. respectivamente, enquanto que para o Maranhão foi encontrado 0,4 por 1.000 hab. Foi visto também que a região Sudeste teria que redistribuir 15% de seus médicos para as demais regiões para que todas as regiões do Brasil tenham a mesma razão de médicos por habitantes. Esses e outros indicadores comprovam a discrepância no acesso a saúde entre os Estados. Referente ao recurso mencionado, a maior parte dos médicos está concentrada nos estados mais urbanizados e com menores taxas de pobreza (da região Sul e Sudeste).

O estudo de Viana et al (2001) fazendo uma análise temporal, verificou que a década de noventa registrou uma redução de 22,2% na cobertura hospitalar do SUS, todavia ocorreu um aumento em Roraima, Acre, Pará, Bahia e Maranhão (regiões consideradas mais pobres). A redução é justificada pela “substituição de procedimentos antes realizados sob internação, por alternativas ambulatoriais de igual eficácia e menor custo” (VIANA et al, 2001: 165). Outros dados desta mesma pesquisa comprovam a ação do SUS baseada na equidade, contribuindo para a redução nas desigualdades no acesso a serviços de saúde.

Outras perspectivas de análise englobam estudos vinculados a ramos da ciência que vem ganhando espaço nos estudos em saúde, como o caso da Geografia e Antropologia. O estudo de UNGLERT et al (1987) traz uma proposta de análise da cobertura dos serviços em saúde baseada na área de influência de determinado serviço e do número de pessoas beneficiadas utilizando-se de ferramentas de geoprocessamento e conceitos eminentemente geográficos, tais como região, espaço e território. Coimbra Jr. et al (2000) faz uma abordagem das



desigualdades no acesso aos serviços de saúde a partir das categorias raça e etnia, mostrando que as populações indígenas estão a margem da sociedade em termos de atenção à saúde, apesar de ter havido significativos avanços a partir do final da década de 1990, levantando também a discussão a respeito do preconceito e discriminação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um fato notório nos estudos apresentados nos deixa a entender que a desigualdade de acesso aos serviços de saúde do Brasil está polarizada à todos os níveis (nacional, regional e estatal e municipal), assim como, fica evidente que a desigualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde ocorrem vinculados aos problemas socioeconômicos e étnico-raciais, todavia também perpassam por interesses políticos, muitas vezes contrários ao interesse da nação.

A oferta dos serviços de saúde não depende da simples existência do mesmo, existindo uma nítida distinção entre equidade em saúde e equidade no uso dos serviços em saúde, marcada por diferentes determinantes.

Economia, saúde e Estado caminham juntos na atenção a saúde, dessa forma, analisar as desigualdades de acesso a saúde de forma isolada, traz uma compreensão fragmentada de todo processo, ocasionando medidas que não condizem com a realidade. Nesse sentido, uma abordagem holística/sistêmica pode contribuir para uma maior compreensão dessa questão.

O espaço geográfico como uma acumulação de tempos desiguais nos vislumbra oportunidades para compreender as desigualdades em saúde, todavia tem-se como pilar fundamental a visão de um espaço de simultaneidades, com processos paralelos, intercambiáveis e mutáveis. O espaço não é fixo, petrificado, estático, ele é uma construção sócio-histórica fomentada de desigualdades.

Não foi intenção do autor, abarcar todos os percalços do tema discutido, todavia foram lançadas reflexões e inquietações na tentativa de fomentar e contribuir para as discussões em saúde pública, particularmente no acesso e utilização dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARCELLOS, C. Debate sobre o artigo de Dina Czeresnia e Adriana Maria Ribeiro: Elos Entre geografia e epidemiologia. **Cad Saúde Pública**, n.3, v.16, p. 607-609, 2000.



BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988.

COIMBRA JR. C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. In: **Revista Ciência e Saúde Pública**, n.5, v.1, p. 125-132, 2000.

CORRÊA, R. L. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: CASTRO, I. E. de; GOMES, C. da C.; CORRÊA, R. L. **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, A. M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**. n.3, v.16, p. 595-617, 2000.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil : um estudo exploratório**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

GUIMARÃES, R. B. Saúde pública na América Latina: questões de geografia política. In: LEMOS, A. I. G. de; SILVEIRA, M. L.; ARROYO, M. **Questões territoriais na América Latina**. São Paulo: Clacso livros, 2006.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **A Origem da Desigualdade Entre os Homens**. São Paulo: Editora Escala, 2004.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996.

KOOGAN/HOUAISS. **Enciclopédia e Dicionário Ilustrado**. Rio de Janeiro: Edições Delta, 1997.

UNGLERT, C. V. de.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. In: **Revista de Saúde Pública**. n. 5, v. 21, p. 439-446, 1987.

VIANA, S. M; NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.