

DESIGUALDADES SOCIAIS E SAÚDE NO BRASIL: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde

Daniel Labernarde dos SANTOS^a
Tatiana Engel GERHARDT^b

RESUMO

Este artigo visa discutir as relações entre as desigualdades sociais e as de saúde, analisando a forma de abordagem e operacionalização utilizadas nos estudos científicos, produzidos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi realizada uma revisão, tendo como universo de análise quatro revistas científicas nacionais que se encontram indexadas internacionalmente e disponibilizam seus artigos on-line no projeto *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram incluídos todos os estudos de saúde resultantes de pesquisas de natureza empírica e experimental produzidos no Brasil, a partir de 1988, utilizando-se oito descritores: desigualdades sociais, desigualdades de saúde e conceito de saúde. Encontrou-se produção científica sobre o tema, focada na dimensão biológica da saúde, concepção projetada na noção de desigualdades em saúde, noção essa relacionada, na maioria dos estudos, ao acesso e utilização de serviços médicos. Apresenta, igualmente, grande tendência em se tratar desigualdades sociais por meio de indicadores econômicos clássicos, como a renda.

Descritores: Saúde pública. Iniquidade social. Desigualdades em saúde. Promoção da saúde.

RESUMEN

Este artículo tiene como meta discutir las relaciones entre las desigualdades sociales y de la salud, analizando el enfoque y la puesta en operación utilizados en los estudios científicos que se produjeron luego de la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Se realizó una revisión empleando como universo de análisis cuatro revistas científicas nacionales que están indexadas internacionalmente y que colocan sus artículos a disposición, on-line, en el proyecto Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Se incluyeron todos los estudios de salud resultantes de investigaciones de naturaleza empírica y experimental producidos en Brasil a partir de 1988. Se utilizaron ocho descriptores: desigualdades sociales, desigualdades de salud y concepto de salud. Se encontró producción científica sobre el tema enfocando la dimensión biológica de la salud, concepción que se proyecta en la noción de desigualdades en la salud. La mayoría de los estudios médicos relata esta noción sobre el acceso y la utilización de los servicios médicos. También presenta la idea de que se trata de desigualdades sociales, demostrándolo por medio de indicadores económicos clásicos, como el ingreso.

Descriptorios: Salud pública. Inequidad social. Desigualdades en la salud. Promoción de la salud.

Título: Desigualdades sociales y salud en Brasil: producción científica en el contexto del Sistema Único de Salud.

ABSTRACT

This paper discusses the relationships between social and health care system inequalities analyzing the approach and operational ways used in scientific studies produced after the foundation of Sistema Único de Saúde (SUS), the Brazilian health care system. A review was conducted having as framework four internationally indexed Brazilian scientific journals, which publish their papers on-line in the Project Scientific Electronic Library Online (SciELO). All empiric research studies on health produced in Brazil from 1988 onwards were included and eight descriptors were used: social inequalities, health inequalities and health concept. The scientific production on the subject focuses on the fact that differences in health status are a direct result of inequalities in access and use of medical services. At the same time, a strong trend towards dealing with social inequalities through traditional economic indicators, such as income was observed.

Descriptors: Public health. Social inequity. Health inequalities. Health promotion.

Title: Social and health inequalities in Brazil: scientific production within the Brazilian health care system context.

^a Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem e membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

^b Doutora em Antropologia Social. Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva e Professora Adjunta em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da UFRGS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso⁽¹⁾ desenvolvido no âmbito do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que aborda as desigualdades sociais, tema que se constitui uma das características predominantes da história brasileira.

Essa situação de desigualdades tem se agravado, recentemente, em função da crise econômica dos anos 80, do desenvolvimento industrial e do processo de urbanização concentradores. O aumento das desigualdades, em termos de concentração de renda, tem sido evidenciado por indicadores econômicos.

O Brasil, em relação ao contexto mundial, revela uma situação peculiar por contrastar a sua posição relativa no *ranking* do Produto Interno Bruto (PIB) (13º lugar) com a posição ocupada no *ranking* do PIB *per capita* (64º lugar) e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (63º lugar), ficando atrás de países bem menos desenvolvidos industrial e economicamente⁽²⁾. Isto pode se explicar por um quadro de desigualdades persistentes e pronunciadas, como também por políticas públicas de saúde e educação pouco eficazes.

A tradução das desigualdades sociais em termos de disparidades de saúde faz da saúde pública um campo interessante para o estudo dessas relações, especialmente na área urbana de um País tão desigual. Os Estados brasileiros apresentam disparidades do estado de saúde, observáveis quando se comparam indicadores de esperança de vida ao nascer e mortalidade infantil dos Estados do Nordeste com os do Sul⁽³⁾.

Todavia, este tipo de análise que focaliza os extremos tende a levar à simplificação da realidade, sem colocar em evidência a complexidade do processo social. De qualquer modo, a grande maioria das análises assinala o maior comprometimento da população mais pobre em termos de adoecimento e morte. Nessa visão dualista, existe uma concepção de fronteira, bem delimitada e precisa, que separa duas realidades distintas, o que é verdadeiro, mas não dá conta de toda a realidade social, no interior da qual se encontram dinâmicas de inter-relações e interdependência que geram uma complexidade maior de situações sociais. A noção de fronteira a ser utilizada deve incorporar as nuances existentes entre as situações extremas.

O ano de 1988 constituiu um marco histórico para a saúde no Brasil, pois o sistema de saúde brasileiro focado na biologia humana e, por consequência, na assistência individual, passara a ser fortemente questionado. Estes novos questionamentos surgiram em função de que, muito embora houvesse o desenvolvimento de novas tecnologias e medicamentos cada vez mais dispendiosos e sofisticados, o sistema continuava ineficiente. Desta forma, surge a necessidade de se tratar a saúde de forma diferente no país criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988. Assim, o SUS propõe-se tratar a saúde em sua integralidade, com equidade no acesso a bens e serviços sociais, a informação, a educação, ao lazer, a cidadania, enfim, através da promoção da saúde e da qualidade de vida da população.

Nessa conjuntura, reatualiza-se a necessidade de compreensão dos elementos que interferem nas relações entre desigualdades sociais e saúde. Diferentes estudos realizados no Brasil, em períodos anteriores ao SUS, sobre as relações entre a situação socioeconômica e o estado de saúde da população urbana, utilizam indicadores socioeconômicos na avaliação de diferenciais intra-urbanos. Do mesmo modo, um estudo mais recente trabalha a epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil, utilizando o conceito de desigualdade em saúde especificamente como a distribuição desigual dos fatores de exposição, dos riscos de adoecer ou morrer e do acesso a bens e serviços de saúde entre grupos populacionais distintos⁽⁴⁾.

É inegável a contribuição destes estudos, como também é importante ressaltar que são estudos que se situam em um nível de análise mais global, onde são demonstrados os aspectos mais gerais de uma determinação socioeconômica e ambiental. Não se nega a existência de mecanismos macro-estruturais na constituição das desigualdades, mas deve-se ir além, pois com esta redução, perde-se a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre aspectos mais dinâmicos, subjacentes a cada realidade social, desses processos de desigualdades e suas complexas relações com a saúde.

Dois estudos recentes sobre as relações entre desigualdades sociais e desigualdades de saúde (o primeiro, uma revisão bibliográfica que analisa 41 estudos latino-americanos e 34 estudos de outros

países realizados durante o período de 1960-88⁽⁵⁾, e o segundo, um estudo da produção científica a partir dos anos 60, na América Latina e Caribe sobre desigualdades em saúde segundo condições de vida⁽⁶⁾, encontraram poucas mudanças na forma de abordagem do tema, ou seja, permanecendo ancoradas de forma linear em indicadores socioeconômicos.

Desta forma, torna-se relevante questionar se, após a criação do SUS e sua nova proposta para a atenção a saúde no país, ocorreram mudanças na forma de abordagem das relações entre desigualdades sociais e desigualdades de saúde na produção científica brasileira, e, tendo ocorrido, quais foram estas mudanças. Objetivando contribuir para essa reflexão, este trabalho busca elementos para discutir essas relações, através de levantamento da produção científica sobre o tema nas principais revistas científicas nacionais da saúde coletiva, analisando a abordagem e operacionalização utilizada nos estudos produzidos após a criação do SUS.

METODOLOGIA

Estudos publicados em revistas científicas, conquanto não sejam os únicos produtos da pesquisa, constituem uma das principais formas de difusão. Deste modo, estabeleceram-se, como universo de análise para este estudo, os textos publicados em quatro revistas científicas nacionais de grande circulação.

As revistas selecionadas foram as seguintes: Cadernos de Saúde Pública, Revista Brasileira de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Revista Brasileira de Epidemiologia, as quais, atualmente, constituem importante fonte de informação da área científica em saúde pública no Brasil, encontrando-se listadas em bases de indexação bibliográfica internacional, além de todas disponibilizarem os seus artigos *on-line*, por intermédio do projeto *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

Em relação à seleção dos artigos, foram incluídos todos os estudos de saúde, resultantes de pesquisas de natureza empírica e experimental produzidos no Brasil, no período a partir de 1988, publicados nos periódicos sob os seguintes descritores: desigualdades sociais, iniquidade, condições de vida, classe social, estratificação social, grupos sociais, desigualdades de saúde e conceito de saúde.

Os dados qualitativos foram analisados por meio de categorização temática⁽⁷⁾. Partindo da leitura e re-leitura, procedeu-se à organização do material, procurando identificar tendências e idéias relevantes, com o propósito de encontrar aspectos que se repetiram ou se destacaram, para então proceder ao preenchimento das fichas de leitura.

Para cada texto selecionado, foi preenchida uma ficha contendo os seguintes itens para análise: (1) autores e instituições; (2) descritores; (3) problema abordado; (4) escala espacial de análise e localização geográfica do estudo; (5) grupos populacionais incluídos no estudo; (6) noção de saúde; (7) noção de desigualdades sociais; (8) noção de desigualdades em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 39 artigos no período, sendo que a Revista de Saúde Pública e os Cadernos de Saúde Pública tiveram o maior número de publicações, totalizando 16 textos cada periódico. Desse universo de artigos identificados, 26 foram selecionados para a realização deste estudo⁽¹⁾.

O número de publicações anuais mantém certa regularidade, sendo que no período de 1989 a 1996, houve apenas quatro publicações. Desde então, são publicados em média dois artigos por ano nos citados periódicos, sendo que, durante os anos de 2002 e 2003, ocorreu uma elevação no número médio de publicações, tendo sido publicados quatro trabalhos a cada ano. Tendo em vista a importância e magnitude do problema das desigualdades sociais e suas relações com a saúde em nosso País e da difícil e complexa resolução desses problemas, é surpreendente que esta temática, apesar dos avanços teórico-metodológicos obtidos no campo da saúde, como um todo, tenha sido tão pouco abordada, no período estudado.

A escassez de publicações científicas sobre o tema, no período selecionado, bem como sua irregularidade, no decorrer dos anos, ficou evidente. Verifica-se, ao longo do período, certa regularidade na produção e uma tendência de aumento desta nos textos que relacionam condições socioeconômicas e morbidades, atingindo seu ápice no período 2002-2003, com três publicações a cada ano. Já nos anos seguintes, a abordagem dessa temática, juntamente com a produção científica em geral, diminuiu abruptamente.

Foram identificadas 36 instituições com publicações sobre a temática no período, sendo 33 nacionais e três estrangeiras. As instituições nacionais estavam distribuídas por dez Unidades da Federação, com grande concentração da produção científica nas regiões Sudeste e Sul, especialmente, nos Estados de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Entre descritores simples ou compostos, foram identificados 87 diferentes, nos artigos analisados. Quanto aos descritores propostos para proceder à pesquisa dos artigos, os relacionados à condição socioeconômica foram os mais presentes entre os artigos selecionados, sendo classe social e condições de vida os mais citados. Surpreendentemente, não foram encontrados artigos sobre os descritores desigualdades sociais e desigualdades de saúde.

Conforme o problema abordado pelos autores como objeto de estudo das desigualdades sociais e de saúde, os textos foram classificados em quatro diferentes grupos: condições de saúde (um artigo); acesso e utilização dos serviços de saúde (dois artigos); relações entre condições socioeconômicas e morbidade (15 artigos); relações entre condições socioeconômicas e ocorrência de eventos específicos (oito artigos). Os resultados indicam tendência em se tratar o tema saúde por meio da questão socioeconômica, relacionando-o com a ocorrência de morbidades ou eventos específicos, ou seja, dentro de uma concepção do processo saúde-doença em que a saúde é vista como ausência de doença.

Embora se saiba que, para diminuir as desigualdades em saúde em nosso País, seja crucial o desenvolvimento socioeconômico, e que, para isso, é necessário criar condições favoráveis à saúde de toda a população, o maior acesso aos serviços, por si só, nem sempre irá garantir uma melhora na situação de saúde, pois é necessário considerar, ainda, as demais questões pessoais, sociais e ambientais.

Em relação à escala espacial, os autores tendem a utilizar as de análise reduzidas (municípios, bairros, localidades específicas), como se verificou na maioria dos estudos, o que parece contribuir para a melhor expressão da realidade de cada população.

Noção de saúde: a ênfase no biológico permanece

Em relação à definição da noção de saúde pelos autores dos artigos analisados, os trabalhos foram

classificados, nesse tema, em três categorias: Ampla concepção de saúde; Presença/ausência de morbidade; e Ocorrência de eventos específicos.

Partindo dessa classificação, apenas em um artigo foi apresentada uma definição multidimensional de saúde, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, as funções físicas e mentais e o acesso e uso de serviços de saúde, assemelhando-se à definição de saúde como "bem-estar físico, mental e social"⁽⁸⁾, sendo, então, o único classificado na categoria Ampla concepção de saúde.

Cinco trabalhos compuseram a categoria Ocorrência de eventos específicos; entre esses, os temas pesquisados foram a mortalidade infantil e a ocorrência de situações de violência. Nos estudos abordando o tema da mortalidade infantil, foi traçada uma relação entre mortalidade e as condições de vida, analisando-se a ocorrência de morte, limitando-se, contudo, a explorar essas relações sem apresentar uma definição da noção de saúde e sem tecer quaisquer outras argumentações desta relação com as condições de saúde da população estudada.

No mesmo sentido, nos textos em que foi abordado o tema da violência, foi trabalhada unicamente a ocorrência de homicídios e violências como agravos à saúde, e da mesma forma, como nos estudos acima mencionados, não é feita referência à noção de saúde, o que explica sua inclusão nessa categoria.

A expressiva maioria dos estudos analisados (20) foi enquadrada na categoria Presença/ausência de morbidade, visto que seus autores, ainda que de maneiras variadas, condicionam saúde à ausência de morbidades.

Desta forma, a noção de saúde de alguns estudos apareceu diretamente relacionada à prevalência de sintomas psiquiátricos, particularmente à presença de ansiedade, depressão, distúrbios somatoformes e neurastenia, enquanto a incapacidade para superar a vivência de experiências estressantes, tal como mudança de domicílio, morte ou doença de familiar, separação conjugal, e principalmente a insatisfação no trabalho e o desemprego foram apontados como fatores determinantes que podem comprometer o bem-estar psicológico do indivíduo.

Em estudos no campo odontológico, da mesma forma, a presença de cárie dentária é colocada como fator de impacto negativo na qualidade de

vida das pessoas, por ser causa de dor e sofrimento, associando a ocorrência desta patologia a uma condição negativa de saúde.

Em relação ao estado nutricional, houve ocorrências do desenvolvimento físico adequado como sinônimo de saúde, enquanto surgiram referências à evolução da prevalência de obesidade e ressaltaram sua associação com doenças cardiovasculares, dislipidemias e hipertensão, entre outros, apontando a obesidade como um importante agravo à saúde.

Por fim, em alguns trabalhos, os autores trataram especificamente de uma determinada patologia, como por exemplo, a cólera e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS); outros relacionaram saúde com a aptidão para o trabalho, ou ainda, como um estado obtido pela utilização de serviços médicos, quer seja para a prevenção ou para a recuperação de doenças. Já as diferenças de saúde entre classes foram abordadas pelas diferenças no adoecer e na distribuição desigual de determinadas patologias entre os grupos populacionais.

Esta percepção de saúde, associada à ausência de doenças, verificada na maioria dos estudos, parece ser consequência de uma abordagem historicamente construída sobre a dimensão biológica da saúde humana, que se mantém ainda muito difundida pela Medicina tradicional, em um modelo biologicista que enfatiza, hoje, mais a doença em suas dimensões físicas do que a saúde, ignorando-se, assim, as condições do indivíduo como ser humano⁽⁹⁾.

Portanto, considerando-se o discurso da saúde pública, desde a criação do SUS, articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde, tal produção científica que permanece focalizada na dimensão biológica da saúde humana encontra-se em desalinho com a proposta de integralidade do sistema de saúde, ao desconsiderar o dinamismo de um estado que sofre influências de diversos fatores sociais e ambientais, e não somente biológicos.

Noção de desigualdades sociais: o econômico como único fator determinante

Em relação à forma como as desigualdades sociais foram caracterizadas, os artigos foram classificados em quatro categorias: Estratos de renda; Estratos de escolaridade; Inserção no processo produtivo; e Condições de infra-estrutura. Essas categorias foram utilizadas isoladamente ou combinadas.

O emprego isolado de uma das categorias ocorreu em 13 estudos, sendo que Inserção no processo produtivo foi a mais utilizada de forma independente, assim acontecendo em oito trabalhos; a seguir, apareceu a utilização de Estratos de renda e Estratos de Escolaridade, ocorrendo em três e dois estudos, respectivamente.

Entre alguns trabalhos, ocorreu a associação entre duas ou mais categorias para construir sua noção de desigualdades sociais, acontecendo, com maior frequência, a associação entre Estratos de renda, Condições de infra-estrutura e Estratos de escolaridade, bem como entre Estratos de renda e Estratos de escolaridade.

Partindo da categorização proposta, o uso de Estratos de renda aconteceu em 15 pesquisas. Nesse universo, predominaram as abordagens acerca da renda do chefe da família, que foi classificada de acordo com o número de salários mínimos recebidos ou, então, pela renda mensal média do indivíduo, tendo ainda, o tipo de escola, se pública ou privada, sido utilizado como indicador de renda em um dos trabalhos.

A categoria Estratos de escolaridade esteve presente em 13 textos. A escolaridade do indivíduo, em anos completos de estudo, foi a forma de classificação mais utilizada pelos autores. A alfabetização também foi abordada, tal como a escolaridade do chefe da família; a primeira, classificada de acordo com a taxa de alfabetização ou pelo índice de analfabetos da localidade estudada, enquanto a escolaridade do chefe da família foi geralmente classificada de acordo com o número de anos completos de seu estudo.

A Inserção no processo produtivo apareceu também em 13 estudos, sendo predominante a diferenciação em frações de classe, a partir da posição que o indivíduo ocupa em um sistema de produção historicamente determinado, sua relação com os meios de produção, seu papel na organização social do trabalho, a magnitude e a forma de apropriar-se de parte da riqueza social de que dispõe. A ocupação e a posição na ocupação foram utilizadas para diferenciar os indivíduos dentro da inserção no processo produtivo; normalmente a classificação ocorre entre trabalhadores formais e informais, e, dentro desses, em trabalhadores braçais, prestadores de serviços, operários, intelectuais e seus semelhantes.

Os textos classificados em Condições de Infraestrutura foram seis. Nesses artigos, os autores fizeram uma caracterização das condições de vida dos indivíduos, baseados, principalmente, nas condições de saneamento básico, abastecimento da rede geral de água, esgoto e destino do lixo, e nas condições de moradia, como a posse de bens duráveis, o tamanho do domicílio, a propriedade da casa, o tamanho das famílias e o número de cômodos por domicílio, para por meio da associação desta com outras categorias, formular sua noção de desigualdades sociais.

Embora se verifique a preocupação dos autores com os aspectos sociais da **doença** e as várias tentativas de se buscarem formas mais completas de se classificarem os diferenciais sociais, os estudos terminam por centrar sua análise em indicadores socioeconômicos tradicionais como renda, ocupação, consumo de bens e escolaridade, traçando uma associação direta entre esses e as condições de saúde dos indivíduos, afirmando a existência de uma certa endogeneidade na equação de rendimentos dos indivíduos, ou seja, um pior rendimento gera uma saúde mais precária, e uma pior saúde, um menor rendimento⁽¹⁰⁾.

O que se constata é a limitação deste instrumental metodológico, que pode ser observado em trabalhos em que a operacionalização de classes sociais ocorre a partir da inserção produtiva das relações sociais, sem que se atente, muitas vezes, para a necessidade de adaptação da proposta de operacionalização a ser empregada, levando em consideração as particularidades da formação socioeconômica estudada, o que acontece, da mesma forma, com o emprego da renda e escolaridade, que muitas vezes podem ser associadas com melhor ou pior qualidade de saúde.

Estudos permitem constatar que grupos de renda média, num país com alto grau de iniquidade de renda, têm situação de saúde pior que a de grupos com renda inferior, mas que vivem numa sociedade mais equitativa. Isto se deve ao fato de que, uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível de riqueza, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui⁽¹¹⁾.

Há ainda a necessidade de se salientar a própria limitação do indicador de renda, ao considerar-se que, em nosso País, uma grande parcela da população economicamente ativa encontra-se no mercado informal.

Noção de desigualdades de saúde: reflexo da concepção biomédica

Conforme era definida a noção de desigualdades de saúde, os trabalhos foram classificados, nesse tema, em cinco diferentes categorias: Acesso e utilização dos serviços de saúde; Estilo/Hábitos de vida; Exposição a fatores de risco; Acesso a bens e serviços sociais; Ampla concepção. Essas categorias foram utilizadas isoladamente ou combinadas, tal como anteriormente mencionado no item sobre a noção de desigualdades sociais.

Em mais da metade dos trabalhos foi apresentada apenas uma categoria para a definição de desigualdades de saúde, sendo Acesso e utilização dos serviços de saúde a mais utilizada, estando empregada em seis estudos. Na seqüência, apareceram as categorias Acesso a bens e serviços sociais e Exposição a fatores de risco, utilizadas isoladamente em cinco e quatro estudos, respectivamente. Os trabalhos que foram classificados na categoria Estilo/Hábitos de vida não apareceram isoladamente em nenhum estudo.

Em alguns trabalhos, houve a associação entre duas ou mais categorias, ocorrendo, com maior freqüência, a associação entre Acesso e utilização dos serviços de saúde e Acesso a bens e serviços sociais, bem como entre Estilos/Hábitos de vida e Acesso a bens e serviços sociais.

A partir da classificação proposta, Acesso e utilização dos serviços de saúde foi a categoria mais utilizada, tendo sido empregada em 13 estudos, refletindo a importância creditada aos serviços de saúde no que se refere à proteção e à manutenção da saúde dos indivíduos.

Segunda maior em número de artigos identificados, a categoria Acesso a bens e serviços sociais foi identificada em 12 artigos; nesses estudos, foi abordado o acesso a serviços públicos – por exemplo, abastecimento de água, rede de esgoto e destino do lixo – como fator determinante do estado de saúde dos indivíduos, uma vez que a ausência destes pode ser considerada risco potencial para o

surgimento de diversas doenças, tendo como agravante a dificuldade de acesso à educação e à informação sobre esses riscos.

Deste mesmo modo, o acesso à alimentação adequada aparece como fator de desigualdades de saúde, no tangente ao estado nutricional dos indivíduos, tendo em vista os diferenciais na alimentação, pela dificuldade de acesso a produtos de qualidade, como carnes, frutas e verduras, pelas classes sociais menos privilegiadas.

A categoria Exposição a fatores de risco esteve presente em seis trabalhos, sendo apresentada de diversas formas. Tratou-se do consumo de substâncias como o álcool e o fumo que estariam relacionados ao risco para o desenvolvimento de doenças específicas. A exposição a acidentes de trabalho foi abordada da mesma forma, estando relacionada à exposição a produtos tóxicos e carga horária excessiva, enquanto outros estudos trataram da maior exposição à violência e à morte, das classes sociais menos privilegiadas e do sexo masculino em relação ao feminino.

Verifica-se, nesses estudos, uma noção de desigualdades de saúde baseada em indicadores que refletem a concepção biomédica adotada pelos autores, e que não está associada à condição de saúde do indivíduo, mas à ausência de morbidade.

Por outro lado, em quatro estudos que compuseram a categoria Estilo/hábitos de vida, os autores situaram os indivíduos como co-responsáveis pela sua saúde, creditando a eles sua parcela de responsabilidade na promoção e manutenção da própria saúde, por meio da prática de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis e cuidados próprios.

Ainda nesse sentido, um artigo foi classificado em Ampla concepção, por apresentar uma noção ampliada de desigualdades de saúde, em que esta dependeria das diferenças individuais, sociais e de classe, como também das características culturais e dos padrões adaptativos de comportamento.

CONSIDERAÇÕES: elementos para um debate necessário

Falar sobre desigualdades sociais e desigualdades em saúde em nosso País é sempre um desafio, sobretudo quando tanto já se tratou desses problemas e dos mecanismos que os produzem, “[...] mesmo quando governos procuram mobilizar a

sociedade e as forças políticas para medidas destinadas a golpear alguns dos mecanismos mais importantes de reprodução da desigualdade – como a inflação, as restrições de acesso à educação e à saúde, o desemprego, o escasso impacto redistributivo dos investimentos e gastos sociais – não é fácil vencer as resistências e dar à problemática social o destaque que merece”⁽¹²⁾.

Com este estudo, procurou-se identificar e analisar as diferentes operacionalizações dos estudos sobre desigualdades sociais e de saúde produzidos no Brasil, após a criação do SUS, portanto sob a perspectiva de trabalhar-se com a promoção de saúde no País. Tendo em vista a importância do tema, surpreendeu a escassez da produção científica, no período selecionado, embora isso possa estar associado ao fato de ter-se restringido as buscas somente aos descritores, e não a palavras comuns nos textos.

No que se refere aos eixos “noção de saúde”, “noção de desigualdades sociais” e “noção de desigualdades de saúde”, de maneira geral, o que se pôde observar foi uma concepção de saúde predominantemente associada à ausência de doenças ou danos, o que, como anteriormente mencionado, parece reflexo de uma abordagem histórica sobre a dimensão biológica da saúde humana que ainda se mantém muito difundida na Medicina tradicional e no Sistema de Saúde. Esta concepção é projetada na noção de desigualdades em saúde, quando, na maioria dos estudos, está relacionada ao acesso e utilização dos serviços médicos, ou seja, a saúde como resultado do combate às doenças, tanto em relação à prevenção quanto à recuperação.

Outro aspecto importante a ressaltar é a forma como são utilizados os indicadores para medir as desigualdades sociais: no caso dos estudos analisados, foi utilizada majoritariamente a variável renda. Nesse sentido, a reflexão necessária a ser feita é a de “[...] não aceitar os limites do economicismo e mostrar que as diferenças de renda são apenas um dos aspectos do fenômeno da desigualdade, que se espalha em uma série de diferentes áreas, como acesso à educação, à saúde, à previdência social, ao emprego e a tudo o que é relevante para a qualidade de vida”⁽¹²⁾.

Embora vários estudos incorporem indicadores sociais, estes não expressam a forma como os atores sociais lidam com essas variáveis na vida

cotidiana. Torna-se imprescindível descartar o raciocínio mecanicista de que bastaria crescimento econômico para serem superados os problemas de saúde da população.

Enfim, com este estudo, encontrou-se uma produção científica sobre o tema das desigualdades sociais e de saúde, como outrora, focada na dimensão biológica da saúde humana, considerando-se o discurso da saúde pública que, desde a criação do SUS, articula-se em torno da idéia de promoção da saúde, encontrando-se em desalinho com a proposta de integralidade do sistema de saúde, ao desconsiderar o dinamismo de um estado que sofre influências de diversos fatores sociais e ambientais, e não somente biológicos.

Portanto, o desafio persiste e a discussão é ainda necessária. Se as variáveis socioeconômicas são indispensáveis, o tema das desigualdades sociais e suas relações com a saúde é multifacetado, e, para avançar na discussão e em propostas efetivas de ação, é preciso incluir necessariamente variáveis de outros campos, como o da política, do social, do cultural e do ambiental.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos DL. Produção científica sobre desigualdades sociais e de saúde no Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde. In: Cogo ALP, Alves RHK, Miranda CL, Medeiros MD. Coletânea de trabalhos de conclusão do Curso de Enfermagem: primeiro semestre de 2006. [Em CD-ROM]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
- 2 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano. Brasília (DF); 2005.
- 3 Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Vianna SM. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2001.
- 4 Duarte EC, Schneider MC, Paes-Sousa R, Ramalho WM, Sardinha LMV, Silva Junior JB, et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- 5 Gianini RJ. Desigualdade social e saúde na América Latina. São Paulo: Annablume; 1995.
- 6 Almeida Filho N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. Washington (DC): Organização Pan-Americana de Saúde; 1999.
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
- 8 World Health Organization. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília (DF); 1998. p. 11-8.
- 9 Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
- 10 Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2002;18(Supl):77-87.
- 11 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Iniquidades em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. Rio de Janeiro; 2006.
- 12 Faria V. Prefácio. In: Kliksberg B. Desigualdade na América Latina: o debate adiado. São Paulo: Cortez; 2001. p. 9-11.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address:**

Daniel Labernarde dos Santos
Rua Papa João XXIII, 603, ap. 404A
Vila Cachoeirinha
94910-170, Cachoeirinha, RS
E-mail: daniel.lsantos@pop.com.br

Recebido em: 15/03/2007

Aprovado em: 23/11/2007