



## AS DESIGUALDADES SOCIAIS COMO DIFICULTADORES DO ACESSO À SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO TEÓRICO

Mateus José Garcia de Oliveira <sup>1</sup>

Nei Vinicius Hércules Rodrigues Miranda <sup>2</sup>

Daniela Emilena Santiago <sup>3</sup>

### RESUMO

Esse estudo, de natureza teórica, foi elaborado com o objetivo de refletir e repensar aspectos relacionados a questão do acesso à Saúde Pública no Brasil. Como recorte, buscamos analisar a analogia existente entre a dificuldade de acesso à Saúde e as desigualdades sociais que afetam grande parcela da população brasileira em situação de vulnerabilidade social. Adotamos como parâmetro para a realização desse estudo teórico a bibliografia atual, por meio do estudo e sistematização de livros e artigos que abordam o tema os quais apresentaremos no decurso do texto. Concluimos, segundo a base de dados consultada, que há relação entre a exclusão social e acesso à Saúde, ou seja, as desigualdades sociais colaboram para dificultar o acesso da população mais vulnerável aos serviços ofertados do âmbito do SUS.

**Palavras-Chave:** Desigualdade Social, Sistema Único de Saúde, Acesso.

### ABSTRACT

This study, of a theoretical nature, was designed with the objective of reflecting and rethinking aspects related to the issue of access to Public Health in Brazil. As a cut, we seek to analyze the existing analogy between the difficulty of access to Health and the social inequalities that affect a large part of the Brazilian population in a situation of social vulnerability. We have adopted the current bibliography as a parameter for this theoretical study, through the study and systematization of books and articles that address the theme which we will present in the course of the text. We concluded, according to the database consulted, that there is a relationship between social exclusion and access to Health, that is, social inequalities collaborate to hinder the access of the most vulnerable population to the services offered within the scope of SUS.

**Keywords:** Social Inequality, Unified Health System, Access.

---

<sup>1</sup> Mateus José Garcia de Oliveira é graduando do curso de Psicologia da UNIP, campus Assis-SP. E-mail: [mateusjosego@hotmail.com](mailto:mateusjosego@hotmail.com)

<sup>2</sup> Nei Vinicius Hércules Rodrigues Miranda é Psicólogo, docente do curso de Psicologia da Unip, Mestre em Saúde Coletiva pela UERJ, Doutorando em Psicologia pela Unesp. E-mail: [nei.vinicius@gmail.com](mailto:nei.vinicius@gmail.com)

<sup>3</sup> Daniela Emilena Santiago é Assistente Social, docente dos cursos de Psicologia e Pedagogia da UNIP, Mestre em Psicologia e História pela Unesp, Doutoranda em História pela Unesp. E-mail: [santiago.dani@yahoo.com.br](mailto:santiago.dani@yahoo.com.br)



## 1. INTRODUÇÃO

A Política Social de Saúde garante o direito de acesso aos serviços de saúde para todos que dela necessitarem. De acordo com a Constituição de 1988 a Saúde Pública é uma intervenção que deve ser desenvolvida em primazia de responsabilidade, pelo Estado. Ou seja, o ente federado de maior instância e responsabilidade na condução dessa política social é o poder público nas diferentes esferas de governo. Para tanto, infelizmente, a Política de Saúde ainda não é acessível para toda a população tal como indica o texto constitucional.

O presente artigo tem como objetivo realizar uma discussão a respeito das dificuldades de acesso à Saúde Pública e que seriam motivadas em decorrência das desigualdades sociais que estão presentes na sociedade brasileira e que afetam, sobretudo, os segmentos mais vulneráveis da sociedade contemporânea. Ou seja, buscamos repensar e discutir a relação entre a Saúde Pública e precariedade de acesso a tais políticas sociais em decorrência das situações de desigualdade social.

O interesse por tal tema, veio após o agravamento da depreciação do setor de saúde, onde as notícias de super lotação, descaso e inoperatividade aumentam nas mídias sociais. A representação midiática de tais serviços como precários, na verdade nos levou a refletir sobre várias questões, e, dentre elas os aspectos de acesso. Ou seja, como a Política de Saúde poderia, de fato, ser acessível a todas as pessoas?. Observamos que um dos dificultadores do acesso adequado aos serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS é a situação de desigualdade e exclusão a que são submetidas muitas famílias e pessoas.

Para atingir tal objetivo realizamos um estudo teórico levando como base artigos e livros sobre o assunto em questão. Consideramos que tal discussão interessa a todos que estudam a Saúde Pública e que a tem como objeto de pesquisa assim como, aos que intervêm nessa área social tão peculiar e específica. E, esperamos ainda que essa construção possa colaborar para reflexões sobre a relação entre Saúde e desigualdade social, algo latente na sociedade contemporânea.

## 2. A CONSTITUIÇÃO DA SAÚDE COMO POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL

Entender a Saúde como Política Social pressupõe, essencialmente, compreendê-la como resultado do desenvolvimento histórico pelo qual passou também o Estado Brasileiro. Em tese, a protoformas das ações em Saúde no Brasil nos levam para o conhecimento das Caixas de



Aposentadoria e Pensão Social ou CAPS como ficaram popularmente conhecidas. As CAPS eram caixas organizadas pelos trabalhadores e que demandavam autorização do Estado. Os trabalhadores, a empresa e o Estado contribuía com as CAPS, com descontos do salário e contribuições pontuais. Aqueles que contribuía com esse sistema tinham direito de ter atendimento à saúde. Behring; Boschetti (2010) nos colocam que a primeira CAPS que foi organizada no Brasil foi a dos ferroviários. Ou seja, esses trabalhadores, se contribuíssem poderiam ter acesso a serviços de saúde, aposentadoria e pensão social quando necessário.

Isso torna, no período dos anos 20, momento de organização das CAPS, algo que pressupunha contribuição prévia. Além dos ferroviários, muitas outras categorias foram tendo o direito de organizarem suas CAPS. Havia, até mesmo CAPS, como a dos bancários que chegaram a viabilizar aos contribuintes possibilidades de financiamento do imóvel próprio. Apesar de termos grande parte dos trabalhadores com autorização do Estado para a organização das CAPS, muitos segmentos acabam descobertos do acesso à saúde. Para esses segmentos, conforme as autoras nos colocam, ficava o atendimento prestado, de forma caritativa pelas Santas Casas de Misericórdia. As Santas Casas eram instituições híbridas, que tanto atendiam serviços de saúde quanto prestavam caridade aos mais pobres, atendendo ainda algumas demandas pontuais para àqueles que não estavam inscritos ou contribuindo com alguma CAPS.

No contexto dos anos 70 emerge no Brasil o chamado Movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento, de origem inicialmente nos espaços universitários, passou a reivindicar a democratização da sociedade brasileira além da constituição de um Sistema público de Saúde, sob responsabilidade do Estado e que atendesse toda a população, independente de contribuição prévia. As requisições do movimento de Reforma Sanitária só encontraram adesão a partir da Constituição de 1988, em que temos, conforme as autoras, a consolidação do Sistema de Seguridade Social.

A Saúde, de acordo com a Constituição de 1988, passa a compor, junto com a Assistência e a Previdência Social, o tripé da chamada Seguridade Social. A Saúde deixa então de ser contributiva e passa a ser extensiva a toda a população que dela necessitar. Anos depois, em 1990, temos a regulamentação da Saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, por meio da lei 8.080 apresentada então como Lei de Regulamentação do SUS. O SUS, ou Sistema Único de Saúde é então criado para que a Saúde Pública seja organizada com parâmetros mínimos em todo o território nacional do país.



De forma, a Lei 8.080/90 apenas delimita aspectos mais específicos direcionado a forma de organização da Saúde Pública no Brasil. Porém, pensando a partir do aspecto da atenção, vemos que a lei é clara ao pactuar que todas as pessoas que demandaram dos serviços de saúde, devem ter seus direitos contemplados. Não é exigida comprovação de renda assim como não há prerrogativa de triagem de acordo com a renda ou qualquer outro critério aplicável. Para tanto, quais medidas devem ser aplicadas para que o que está posto no texto constitucional e na Lei 8.080/90 possam ser contemplados?. Afinal, apesar da legislação em pauta ainda vemos que a Saúde Pública não é acessiva para a toda a população, Nosso texto pressupõe uma reflexão sobre possíveis fatores que dificultariam o acesso dos segmentos mais vulneráveis aos serviços de saúde, algo que, discutiremos no item subsequente...

### **3. DESIGUALDADE SOCIAL E SAÚDE**

Começamos por aqui definindo a desigualdade social conforme as autoras Ferreira e Latorre (2012) e que entendem a mesma como um problema histórico e cultural que permeia em nossa sociedade desde o surgimento do sistema capitalista, e mais especificamente desde o período colonial aqui no Brasil. O modelo econômico liberal adotado por nossa sociedade traz como principal característica um pequeno grupo como detentor de uma grande quantidade de capital financeiro e uma grande parte da população que são possuidoras apenas de uma força de trabalho a qual podem vender, o que evidentemente acarreta em diversos problemas estruturais e de má distribuição de renda.

Para algumas pessoas do senso comum, para resolver o problema de distribuição de renda causadores da desigualdade, bastaria apenas aos desempregados procurarem empregos, mas isso não é tão simples assim, conforme Silva (2010) que se baseia em Marx para falar que a ideia de pleno emprego, ou seja, a convicção de que os empregos são fáceis de se encontrar quando buscados é inexistente, onde tal situação ainda é incompatível com a forma de acumulação gerada no sistema capitalista, onde ele próprio é responsável por explorar e excluir, necessitando ainda muitas vezes de uma porcentagem da população desempregada para o “controle ” da inflação e mercado. Obviamente essas diferenças gritantes proporcionadas por esse sistema tão desequilibrado, se apresentam ainda em diversos setores da nossa sociedade, como educação, lazer, cultura e saúde, sendo este último o que abordaremos mais



profundamente para apresentar um pouco das desigualdades, que mesmo com o aumento do Produto Interno Bruto (PIB) de alguns países, não engrenam em uma diminuição.

A medicina hoje é extremamente desenvolvida se comparada ao seus primórdios não é segredo pra ninguém, isso se dá graças aos diversos avanços tecnológicos ocorridos na área ao longo do tempo, que melhoraram significativamente o bem estar geral da população e suas expectativas de vida, porém ainda há uma contradição em meio a tudo isso, pois, nos dias atuais são discrepantes as desigualdades no acesso a saúde para as populações mais vulneráveis que dependem exclusivamente que tal aproximação seja possibilitada pelo estado, se comparadas as classes mais ricas que pagam para melhor contato e qualidade desses serviços.

Segundo a autora Barata (2009), as desigualdades sociais na saúde não são novidades, tal inconformidade vem desde de o início do capitalismo no século XIX, onde agora conforme as teorias liberais todos eram “iguais”, e tinham as “mesmas chances” de prosperar economicamente, porém tal concepção de mundo que teoricamente o tornaria mais “justo” e “agradável” caiu por terra, favorecendo os indivíduos que já possuíam capital e desfavorecendo as pessoas que tinham que vender sua força de trabalho, (quem tinha dinheiro, tinha mais chance de prosperar, era uma competição desigual) o que por fim, fez então essa doutrina industrial ser a principal causa geradora das diferenças sociais, econômicas que afetam também a saúde e que vigoram nos dias atuais.

Conforme Barreto (2017), a saúde é entendida em duas vertentes onde a primeira muitas vezes é apenas restrita a fatores biológicos (uma visão muito simplista e até elitista ideológica) e a segunda muito mais elaborada considerando múltiplos fatores como determinantes da boa disposição física e mental, sendo eles o econômico, social, cultural e ambiental. Barreto (2017) destaca ainda que importantes pensadores ao longo do tempo como o francês Louis René Villermé, o inglês Edwin Chadwick e o alemão Rudolf Virchow também estabeleceram que as condições de saúde das populações são diretamente relacionadas com a posição dos indivíduos na pirâmide social.

Barata (2009) apresenta que a desigualdade em saúde vem tentando sempre ser “justificada” por algumas ideologias que culpam o individuo por seu estado físico e mental onde é muito comum ouvirmos “ele está doente, porque não se cuidou”, “tem depressão, porque não vai pra igreja” sem entendermos todas as determinações implícitas que cercam tal questão. Outras tentativas de argumentar as desigualdades em saúde seriam que a doença causa a posição social, e que toda patologia tem predisposição genética, mas isso tudo são formas de



velar/esconder o verdadeiro motivo causador, o sistema desigual, injusto do capital e o descaso com a população por parte de nossos governantes.

Conforme Neri & Soares (2002) a constituição brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como um de seus princípios a equidade na tentativa de garantir a universalidade e favorecer o acesso a serviços de saúde para todos (principalmente quem não pode pagar por atendimentos médicos). Porém tal sistema nunca foi exemplo na área da saúde, e ainda não atingiu seus objetivos, sendo encontrado nos dias atuais em maior parte defasado, superlotado, quase que insustentável, onde se falta médicos, recursos, aplicação em pesquisas/tecnologias e até mesmo estruturas para melhor e mais eficiente atendimento (o investimento em tal setor é muito baixo se comparado a demanda que utiliza esse serviço). Existem casos recentes do SUS onde pessoas morrem esperando atendimento, ou até mesmo uma cirurgia. Em contra partida aos meios estatais utilizados por maior parte da população, as pessoas com melhores condições econômicas podem pagar suas próprias cirurgias, ou até mesmo um plano de saúde privativo, que oferece melhor qualidade de atendimento, maior eficácia no tratamento e prevenção de doenças, facilitando exames, diagnósticos e acesso a informações.

Os autores Neri & Soares (2002) se baseiam ainda na Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios (PNAD) de 1998 para estabelecer uma relação direta entre acesso a saúde e situação econômica/social, onde tal pesquisa deixa evidente que quanto mais abastada a pessoa for, maior será a utilização dos serviços de saúde e mais elevadas serão as buscas que visam as prevenções de patologias, enquanto nas classes mais vulneráveis tal serviço é menos procurado, acessível, e a prevenção é quase inexistente. Toda essa situação atual se dá, pois, as pessoas mais desprivilegiadas andam ocupadas demais tentando sobreviver, em constante estresse e contato com variantes que agravam patologias (fome, falta de saneamento básico, stress, agrotóxicos) ficando assim sem tempo (e também sem informações) para prevenções de doenças, fazendo quase que na maioria das vezes, os indivíduos procurarem os serviços de hospitais e ambulatorios quando já se encontram em um estado de enfermidade.

Barata (2009) apresenta ainda, que as desigualdades no acesso a saúde vão além de classe econômica, refletindo também em subdivisões como nível de escolaridade, gênero, e até mesmo etnia. A autora demonstra que as chances de uma pessoa com mais anos de estudo procurar serviços de saúde é muito maior de outra com pouca instrução, expõe também sobre as maiorias dos casos patológicos serem em mulheres relacionando tal fato as péssimas condições de vida proporcionadas as mesmas nesse mundo machista que agrava as

enfermidades, (mas isso tem haver também com a figura estereotipada do homem que não fica doente com nada e pouco procura serviços médicos) e por fim apresenta um exemplo onde a probabilidade de mulheres brancas fazerem pré natal no estado do Rio de Janeiro é maior do que a de mulheres negras, mesmo que as duas tenham situação financeira parecida. Tais situações refletem então concordância com as teorias de Barreto (2017) de que a desigualdade em saúde vai além de questões econômicas, deixando a situação ainda mais grave.

Segre & Ferraz (1997) expõem que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” sendo então um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos. Então uma boa saúde dependeria também de melhores condições de moradia, lazer, alimentação, emprego, educação e outros diversos fatores, fazendo com que tal definição da OMS ainda hoje esteja longe de ser uma realidade completa, tanto no Brasil como em todos os outros países do mundo onde a “falta de saúde” e suas dificuldades de acesso ainda se faz presente.

Magalhaes, Burlandy & Senna (2007) ressaltam que as políticas públicas são fundamentais e extremamente capazes de proporcionar a população os requisitos necessários para alcançar melhores condições no campo da saúde, incluindo sempre o acesso a equipamentos coletivos, educação, moradia, renda, paz, justiça social, alimentação e ecossistemas estáveis. No Brasil a vulnerabilidade é alimentada por déficits históricos de fragilidade do sistema de proteção social fazendo-se necessário uma grande reestruturação desse setor. A política social brasileira que traz consigo a saúde tem um conjunto amplo, variado, de boa teoria, mas em prática se mostra descontinuada, insuficiente e empobrecida.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em conta tudo apresentado ao longo do artigo concluímos que a história da saúde como política social é cercada de controversas, mas graças a todo caminho percorrido tem sua garantia estabelecida na legislação brasileira. Entendemos também que as desigualdades no sistema de saúde se mostram presentes quando olhamos o contexto social de cada indivíduo, a posição econômica que o mesmo ocupa na sociedade, sua cultura, sua etnia,

gênero, tendo tudo isso relação direta com o acesso/oportunidade a saúde. É muito triste como no caso de um país enorme como o nosso Brasil, que tem (ou já teve) muitos recursos naturais disponíveis, um enorme potencial para erradicar a extrema pobreza e se tornar um estado de primeiro escalão, se encontrar em uma realidade que apresenta uma das maiores desigualdades em distribuição de renda, trazendo consigo inúmeros problemas de saúde, sociais e econômicos.

Atualmente para melhoria de tais setores se faz necessário maior engajamento social por parte de nossos governantes, maior consideração com a população, menos corrupção, mais educação e relevantes investimentos em alimentação, informação, prevenção de doenças, estruturas, serviços básicos, medicamentos, capacitação de profissionais, pesquisas, tecnologias e até mesmo uma ampliação das políticas estruturais de combate à pobreza e desigualdade, fazendo assim com que muitas doenças sejam facilmente evitadas, a qualidade de vida do povo melhorada significativamente, tornando o Brasil um país mais justo, igualitário, democrático e por consequência livre de discriminações e sofrimentos.

Em demanda ainda a consolidação de um entendimento social a respeito da importância da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), com parâmetros de qualidade e recursos que permitam a execução de tais ações. De tal maneira, é basal o estímulo à conscientização da sociedade como um todo sobre a importância desse sistema bem como da demanda por sua manutenção de forma a atender as necessidades apresentadas por serviços sociais de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

BARRETO, M. L. **Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, July 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Oct. 2019.

BEHRING, E.R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2010.

FERREIRA, M. A. F.; LATORRE, M. do R. D. de O. **Desigualdade social e os estudos epidemiológicos: uma reflexão**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro v. 17, n. 9, p. 2523-2531, Sept. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900032&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2019.



MAGALHAES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. de C. M.. **Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 12, n. 6, p. 1415-1421, Dec. 2007. Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600002&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Nov. 2019.

NERI, M.; SOARES, W.. **Desigualdade social e saúde no Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 18, supl. p. S77-S87, 2002 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700009&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 Oct. 2019.

SEGRE, M. FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo ,v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. access on 31 Oct. 2019.

SILVA, M.O. da S. **Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira.** *Rev. katálysis*, Florianópolis , v. 13, n. 2, p. 155-163, 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802010000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802010000200002&lng=en&nrm=iso)>. access on 03 Nov. 2019