

Iniquidades em saúde: experiências de um curso para profissionais de saúde

Anna Volochko^I, Jorge Kayano^{II}, Suzana Kalckmann^{III},
Tereza Etsuko da Costa Rosa^{IV}, Maria do Carmo Sales Monteiro^V

Nas últimas quatro décadas, o Brasil sofreu enormes transformações socioeconômicas e demográficas. Em 1960, 55% da população economicamente ativa (PEA) labutavam na agricultura e, em 2000, apenas 19%, ao passo que a empregada no setor serviços passou de 27% para 60%, e a da indústria cresceu de 17% a 21% no mesmo período. Essa redistribuição econômica implicou em urbanização muito acelerada. A população urbana, totalizando 45% em 1960, passou a 81%, em 2000. O Produto Interno Bruto (PIB) cresceu de US\$ 2.060 *per capita* em 1960 a US\$ 5.250 *per capita* em 2000. O crescimento econômico foi intensamente alavancado pelo setor industrial cuja participação no PIB passou de 18% a 42%, um aumento de 1727%. Embora crescendo 209% no período, a agropecuária reduziu sua participação de 25% a 8,9% no PIB⁶.

O extraordinário aumento de riqueza, contudo, não alterou a distribuição de renda no país, que continua entre os 10 piores do mundo nesse quesito, como mostra o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento através do índice de Gini^{IV}. A renda dos 20% mais ricos da população é 26 vezes maior que a renda dos 20% mais pobres, e 24% da população economicamente ativa recebe menos de US\$ 2 por dia⁶. Ao contexto econômico e político articulam-se as categorias relativas à posição socioeconômica: estrutura e classe social, definidoras de condições de educação, ocupação e renda e ainda as determinações étnico-raciais, de gênero e geração¹⁵.

Embora se tenha reduzido o analfabetismo (de 40% em 1960 para 13,6% em 2000) a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio de 2006 mostrou que ele era de 7,6% na região Sul e 22,1% no Nordeste, e variava de 1,3% para pessoas com renda maior que dois salários mínimos mensais a 10,4% para quem ganhava menos de meio salário mínimo⁶. Apesar da maior escolaridade feminina, os salários das mulheres continuam sendo menores que os dos homens, mesmo quando executam a mesma função.

A análise dos indicadores socioeconômicos referentes à população negra confirma sua situação desfavorável em relação à população branca quanto à escolaridade, às oportunidades de trabalho e ao diferencial de salários e renda¹⁷.

O egresso do mercado de trabalho da população aposentada acarreta perda substancial de sua renda, agravada pelos gastos crescentes com problemas crônicos de Saúde.

“A economia é baseada no lucro; é a este, na prática, que toda a civilização está subordinada. O material humano só interessa enquanto produz. Depois é jogado fora”¹.

Variações de ocorrência de problemas de saúde são universalmente reconhecidas^{2,12,14} dependendo do grupo populacional considerado. Estudos sobre mortalidade evitável demonstram grandes desigualdades entre distintos grupos econômicos, raciais, geracionais e de gênero, sugerindo não apenas a reprodução das iniquidades sociais como seu aprofundamento no interior dos serviços de saúde^{16,17}. Nancy Krieger e colaboradores mostraram que a redução (entre 1966 e 1980) e posterior aumento (de 1980 a 2002) de iniquidade da mortalidade prematura nos Estados Unidos estavam inversamente associados ao volume de financiamento dos serviços de saúde direcionados aos grupos sociais vulneráveis⁹.

Grande parte dos trabalhos empíricos, contudo, não aprofundam análises conceituais, tratando as

^I Médica sanitarista, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências. Pesquisadora do Instituto de Saúde.

^{II} Médico sanitarista, Pesquisador do Instituto de Saúde.

^{III} Bióloga, Mestre em Epidemiologia e Doutora em Ciências. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

^{IV} Psicóloga, Mestre e Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde.

^V Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e em Pedagogia para Educação Profissional na área da Saúde. Assistente técnica do Núcleo de Educação do CEFOR/SMS-SP.

^{VI} Índice de Gini: Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0, quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor), a 1, quando a desigualdade é máxima (apenas um indivíduo detém toda a renda da sociedade e a renda de todos os outros indivíduos é nula).

noções de equidade e igualdade e seus opostos desigualdade, diferença, diversidade e iniquidade como sinônimos e diversos trabalhos teóricos apresentam confusões terminológicas¹⁵. As imprecisões conceituais têm consequências na formulação de políticas públicas de redução das desigualdades na saúde¹⁴.

A Constituição de 1988, também chamada de Constituição Cidadã, fundamenta-se no reconhecimento dos direitos individuais e também dos direitos coletivos¹¹ ao implantar políticas públicas como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o direito à propriedade coletiva da terra da população quilombola. A propositura do SUS a partir do artigo 196 da Constituição objetivou a elaboração de políticas sociais e econômicas de redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações para sua promoção, proteção e recuperação³. Diversas análises apontam para a melhoria na distribuição de recursos, oferta e utilização de serviços de Saúde, mas também relatam a persistência de desigualdades e a emergência de disparidades antes desconhecidas⁵.

A permanência de iniquidades na saúde é reconhecida tanto pelo Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil⁴, quanto pelo Plano Estadual de Saúde de São Paulo, 2008-2011¹³, indicando que, além das desigualdades de condições de vida da população usuária, de oferta e financiamento de serviços de saúde desiguais, constata-se práticas discriminatórias nos serviços de saúde^{10,8}.

Inspirados pelos conceitos de capacidade de compreensão de si e de capacidade de compreensão do contexto articulados aos conceitos de capacidade de agir sobre si mesmo e de agir sobre esse contexto dos sujeitos individuais e coletivos⁵ uma equipe multidisciplinar do Instituto de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com o Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde (CEFORS) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, considerou oportuno organizar um curso sobre Iniquidades em Saúde, inserido em uma série de cursos (CURSUS^{VI}) desenvolvidos pela instituição.

O curso objetivou fornecer informações e discutir os conceitos de diferenças, diversidades, desigualdades e iniquidades em saúde considerando as perspectivas: condições socioeconômicas, gênero,

raça/cor e envelhecimento; reconhecer a existência de práticas discriminatórias nos serviços de saúde e discutir formas e propostas de superação dessas práticas rumo à equidade nos serviços de saúde. Em síntese, fornecer informações, para sensibilizar e instrumentalizar os participantes e também, propiciar espaços para reflexões sobre a própria prática, além de estimular discussões sobre a responsabilidade de cada um no enfrentamento das iniquidades no cotidiano dos serviços.

A metodologia utilizada é de base Freiriana, a partir de observações do cotidiano familiar, social e profissional dos alunos, buscando evidências de comportamentos discriminatórios; aprofundando as percepções e ampliando os conhecimentos através de leituras e de palestras dialogadas com especialistas de áreas específicas como direitos humanos e saúde, direitos reprodutivos, raça/cor e envelhecimento. Incentivou-se a desconstrução dos estereótipos e a socialização das diversas perspectivas por meio da discussão, esperando que desenvolvam estratégias para o enfrentamento das iniquidades em suas realidades⁷.

O conteúdo e as características gerais do curso foram previamente discutidos pelos coordenadores de cada eixo temático, tendo o seu planejamento propiciado uma maior integração e aproximação entre os membros da equipe, que apesar de atuarem há anos na mesma instituição, nunca tinham se reunido em torno de um projeto comum.

O curso foi divulgado nas páginas do Instituto de Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de São Paulo e atraiu ampla gama de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, historiadoras, sociólogo. Houve também diversidade de função/atividade dos profissionais, dos quais diversos eram ligados a movimentos sociais.

O curso contou com participantes dos municípios de Hortolândia, Marília, Salesópolis, Santo André e São Paulo. Essa primeira experiência ocorreu nos meses de agosto e setembro em cinco sessões de oito horas de aula, durante cinco semanas, e reuniu 15 alunos. Vale salientar que o número de inscritos superou o número máximo e alunos por curso (40), contudo, como a inscrição foi pessoal, e não institucional, muitos não compareceram, pois tiveram impedimentos para tal, como falta de apoio para a locomoção, não dispensa do serviço etc.

As avaliações dos coordenadores temáticos e dos alunos foram bem positivas, como mostram os

^{VI} **CURSUS** cursos de aperfeiçoamento e de atualização para os trabalhadores do SUS realizados pelo Instituto de Saúde. Mais informações: www.isaude.sp.gov.br

depoimentos abaixo, tendo resultado na criação de um grupo de discussão na internet e na constituição de um grupo de pesquisa sobre o tema. O entendimento geral é que o curso deve ser replicado, aprofundado e ampliado para outros profissionais de saúde, e também para representantes de grupos sociais vulneráveis, como, por exemplo, lideranças e/ou membros de conselho de saúde, como forma de contribuir para o controle social.

A sessão final do curso buscou recuperar os principais conceitos, reflexões, discussões e propostas de mudança da situação atual de práticas discriminatórias nos serviços. Além da avaliação do conteúdo abordado e da metodologia adotada, os alunos foram convidados a participar deste artigo enviando depoimentos, através do grupo de discussão na internet, até uma semana após o término do curso. Dos 15 participantes nove enviaram seus depoimentos, transcritos a seguir.

“Podemos concluir que os principais determinantes das iniquidades estão relacionados ao complexo processo de reprodução social da vida, nas respostas que sociedade e Estado constroem face às necessidades sociais. As iniquidades apresentam múltiplas faces, com impacto significativo na saúde da população brasileira. Nós profissionais de saúde e cidadãos temos um papel importante na busca de uma sociabilidade mais justa e igualitária em que direitos sejam observados e garantidos universal e integralmente. Considerando que a Saúde não é determinada apenas pelo setor saúde, é preciso buscar as articulações intersetoriais na busca da equidade.” Vandymeire G. Santos/ Assistente Social das Clínicas Leste e São Miguel.

“O Curso de Iniquidades em Saúde foi o marco de uma revolução pessoal no sentido de ‘acordar’ para problemas raciais, de gênero e geração, concretos, injustos e desnecessários. Me fez perceber quão forte é a cultura preconceituosa que maximiza as diferenças e enraíza imperceptivelmente os estereótipos, nos fazendo, inconscientemente, reproduzir e perpetuar os preconceitos. Revolucionou também minha vida profissional, pois trabalho na Coordenadoria de Planejamento de um município paulista e faço parte do Comitê Técnico de Saúde da População Negra. Agora é mais do que meu dever lutar por políticas públicas igualitárias e efetivas. Em suma, o curso fez de mim uma pessoa melhor e uma profissional mais comprometida com a equidade.”

E cito Boaventura Souza Santos: ‘Direitos iguais quando a diferença inferioriza e direitos diferentes quando a igualdade descaracteriza’.” Carolina Soares Ronconi/Santo André.

“O curso nos fez refletir sobre tudo o que presenciamos no cotidiano profissional, sem nos dar conta de que precisamos e podemos mudá-lo. As iniquidades não são normais e sim grandes injustiças.” Maria Lidia L. Pedroso Tejero. Coordenadora de Recursos Humanos de Marília.

“O negro tem dificuldade em admitir que foi vítima do racismo, pois isso causa uma dor muito grande. É uma ferida que nunca cicatriza. Por isso muitas vezes buscamos apagar, outras vezes preferimos não reconhecer o preconceito, por medo de sermos excluídos da sociedade, medo de aceitarmos nossa verdadeira identidade, medo de admitirmos que somos negros e sofreremos muito mais. Muitos camuflam sua cor e inventam uma cor cada vez mais clara acreditando que assim não sofrerão mais. Mas dessa forma já é vítima do preconceito, negando-se a si e às suas raízes.” Rosilei Conceição de Melo. Auxiliar de enfermagem de unidade da Zona Leste de São Paulo.

“Cada vez mais nos damos conta de ações injustas que podem ser evitadas no cotidiano. Mas são tão presentes que viraram rotina. Na saúde essas iniquidades são explícitas. Vemos múltiplos preconceitos em relação à idade, sexo, cor, etnia, opção sexual e não percebemos que é nosso dever, como profissionais e cidadãos, não permitir que essas injustiças ocorram e se propaguem. Devemos nos mobilizar e nos comprometer para transformar este desarranjo social causado por nossas ações egoístas e confortáveis.” Eduardo Ferreira Santana. Aprimorando do Instituto de Saúde.

“De acordo com o debate no Sistema Único de Saúde sobre acesso equânime à saúde, uma das alternativas para que se possa avançar é a busca de novas propostas para reduzir desigualdades. Neste sentido, o método utilizado no CurSUS – espaço aberto para participação coletiva, possibilitou problematizar e visibilizar as injustiças sociais existentes em nossa cultura e a construção de comportamentos discriminatórios baseados nas diferenças (raça, gênero, etnia, velhice). Possibilitou também a ressignificação dessas diferenças a

*partir das discussões suscitadas". Rosana Cogli-
nian. Aprimoranda do Instituto de Saúde*

*"As práticas de saúde são intrinsecamente li-
gadas aos determinantes sociais, muitas vezes
desconhecidos por seus agentes. Muitas vezes os
prestadores de serviços, por preconceito ou por
sua naturalização reproduzem as iniquidades em
suas práticas, nas suas lógicas de organização e
na oferta de serviços. O curso trouxe grandes con-
tribuições por possibilitar um espaço de reflexão
teórica (regado pela vivência dos participantes).
Uma experiência a ser replicada pelo estado".
Deivison Nkosi. Santo André.*

*"A experiência no curso Iniquidades em Saúde
reafirmou o que penso sobre meu papel como
educadora. Ao escolhermos um método proble-
matizador e participativo optamos por uma ação
educativa política com o objetivo expresso de
contribuir para mudar as práticas de saúde. Essa
escolha, política e ideológica, reflete nossa con-
cepção de mundo e revela nossas afiliações, e o
que esperamos de nós mesmos e do nosso estar
no mundo. Ao convidarmos os alunos a mergulhar
nas 'iniquidades em saúde' re-atualizamos nossa
postura face à concepção de saúde e ao modelo
de gestão da saúde. Por isso, entendo o ato edu-
cativo como ato político, pelo seu potencial de
construir e reconstruir os significados da realidade,
prevendo a ação de homens e mulheres sobre
esta realidade. Assim estive presente no curso, em
contínua formação enquanto educadora compro-
metida com a construção de práticas coletivas de
fazer saúde. Esta é uma opção que passa pelo
exercício da democracia e pela vivência dos
conflitos inerentes à escolha. É através de experi-
ências dessa natureza que compreendo melhor
minhas escolhas de vida." Maria do Carmo, Sales
Monteiro, CEFOR. SMSSP*

*"Abafa-se a voz do oprimido,
Com a dor e o gemido,
Não se pode desabafar"*

Cartola – O samba do Operário

*"Citando o samba, reconheço que a valorização
das particularidades raciais, de gênero, orienta-
ção sexual, cultural, social e outras, é um passo
fundamental para a superação das iniquidades
em saúde. A negação das diferenças no atendi-*

*mento e nos serviços de saúde efetiva e perpetua
a discriminação e os preconceitos. Um curso de
'iniquidades em saúde' que de maneira didática
e dinâmica desperta os profissionais para essas
questões; fazendo emergir diferenças invisíveis
ao longo dos anos nos mostra que o primeiro
passo na transformação desses profissionais em
aliados na superação das iniquidades foi dado."
Rebecca Alethéia.*

*"Hoje, quando pensamos sobre a defesa de uma
causa, não podemos mais brigar somente por ela,
porque o sistema neoliberal se alastra pelo mundo
impondo o livre mercado, a competitividade, a
concorrência desenfreada e, conseqüentemente,
a retirada dos direitos universais." Cristiane Alves
Tiburcio.*

Considerações finais

A forma de inscrição dos alunos no curso, espon-
tânea e não institucional, selecionou profissionais com
inquietações pessoais sobre as desigualdades em
saúde, ou seja, sensibilizados, formando um grupo
bastante homogêneo que se "abriu" às propostas do
curso. Assim, os alunos ousaram refletir sobre suas
práticas e sobre as práticas de seus ambientes de
trabalho e reconhecer comportamentos apressados,
desinteressados, pouco empáticos e solidários.
Para estes "alunos", predispostos, a experiência foi
transformadora e enriquecedora enchendo os "pro-
fessores" de satisfação.

*Como reagirão os profissionais desinteressados?
E os que nunca pensaram no assunto?*

De qualquer forma, o reconhecimento e a dis-
cussão das práticas discriminatórias no interior dos
serviços de saúde é uma etapa a ser percorrida na
busca da equidade em saúde. Estamos dispostos e
desejosos de avançar na discussão dessa temática
replicando e aprimorando essa experiência educa-
tiva nesta e em outras instituições.

O desafio que se coloca, nem sempre fácil, é
como ampliar as articulações com outras instâncias
da Secretaria de Estado da Saúde, por exemplo, por
meio do GTAE^{vii} e outras instituições, e desenvolver
em conjunto estratégias para chegar aos municípios,
serviços, profissionais e conselhos de saúde que são

^{vii} GTAE: Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, formalizado por meio da Resolução SS – 282, de 3-8-2007, têm como objetivo formular políticas públicas e apoiar técnica e financeiramente os municípios para que produzam respostas suficientes e qualificadas que diminuam as iniquidades.

refratários a essas discussões e onde provavelmente ocorrem, mais frequentemente, iniquidades. Se ao realizarem cursos os profissionais o fizessem em nome e com aval de suas instituições, as possibilidades de desdobramentos e/ou de colocarem em prática as intervenções que acreditam serem necessárias seriam muito maiores.

Agradecimentos especiais

Aos outros professores do curso: Olinda do Carmo Luiz - Departamento de Medicina Preventiva FMUSP, Maria Aparecida Bento- Diretora do CEERT, Dulce Senna -Diretora do Centro de Saúde Escola FMUSP, Kátia Pirotta - Pesquisadora do Instituto de Saúde, Sílvia Bastos - Pesquisadora do Instituto de Saúde, Tania Margarete Mezzomo Keinert - Pesquisadora do Instituto de Saúde, Luís Eduardo Batista - Pesquisador do Instituto de Saúde, Coordenador da Área Técnica Saúde da População Negra GTAE Nilson Resende Lara - Diretor do Departamento Regional de Saúde de Registro, Gustavo Ungaro - Diretor da Fundação ITESP - Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania, Lydia Hirao - Gerente de Desenvolvimento Humano, Fundação ITESP, Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania e Roseli de Oliveira - Coordenadora de Política para População Negra e Indígena da Secretaria da Justiça e Cidadania do Estado de São Paulo; aos alunos e à equipe do Instituto de Saúde que tornou possível a sua realização.

Referências bibliográficas

1. Beauvoir S. A velhice. Editora Nova Fronteira. RJ 1990. Tradução em português do original *La vieillesse*. Paris: Editions Gallimard; 1970.
2. Black D, Morris JN, Smith C, Townsen P. Inequalities in health: the black report. New York: Penguin/London: Pelican; 1982.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/ PNS: um pacto pela saúde no Brasil [portaria na internet]. [acesso em ago 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/pns/arquivo/Plano_Nacional_de_Saude.pdf
5. Campos GWS. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde Soc.* 2006; 15(2):23-33.
6. CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais na Saúde. Causas sociais das iniquidades em saúde: relatório final [monografia na internet]. Rio de Janeiro; 2008 [acesso em ago 2009]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatório.pdf>.
7. Freire P. Educação como prática da liberdade. 13 ed .Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.
8. Kalckmann S, Santos CG; Batista LE, Cruz, VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde Soc.* 2007; 16(2):146-155.
9. Krieger N, Rehkopf DH, Chen JT, Waterman PD, Marcelli E, Kennedy M. The Fall and Rise of US Inequities in Premature Mortality: 1960-2002. *PLoS Medicine* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 15 ago 2008]; 5(2):227-241. Disponível em: www.plosmedicine.org
10. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(5):1595-1601.
11. Luis, OC. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq Méd ABC.* 2005; 30(2): 69-75.
12. Marmot M, Ryff CD; Bumpass LL; Shipley M; Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *So Sci Med.* 1997; 44:901-10.
13. Souza RR, Mendes JDV, Portas SLC, Barros, S, Vallim S. Plano Estadual de Saúde 2008-2011 [monografia na internet]. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2008 [acesso em]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf acessado em 5/10/2009.
14. Vieira da Silva LM, Paim JS. Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais em uma capital da região nordeste. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33:187-197.
15. Vieira da Silva LM, Almeida Filho, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública.* 2009 Supl 2; 25:s217-s226.
16. Volochko A. Contribuição dos provedores de serviços na eliminação das desigualdades na saúde. *Bol Instituto de Saúde.* 2003; 31:21-22.
17. Volochko A. Mortalidade evitável na região Sul do Brasil, 2.000: desigualdades raciais e sexuais [tese de doutorado]. São Paulo: Programa de Pós Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde; 2005.