

PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada
Internacional
Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

DESIGUALDADE REGIONAL E SAÚDE: algumas considerações sobre a Questão Regional no Brasil e sua relação com o acesso a saúde

Janice Lemos de Araujo Silva Santos¹

Marinalva de Sousa Conserva²

RESUMO

O artigo é uma pesquisa teórica que busca analisar as desigualdades regionais e o acesso a saúde no Brasil. Para tanto, utiliza fontes secundárias de diversos estudos relativos as iniquidades na saúde com recorte geográfico e regional, os quais vem sendo desenvolvidos desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema de proteção social em saúde brasileiro. Conclui que há uma relação entre a desigualdade regional e as disparidades de acesso aos serviços de saúde no país.

Palavras-chave: Desigualdade Regional; Acesso a Saúde; Iniquidades em Saúde.

ABSTRACT

The following paper is a theory research that intends to analyze inequality between Brazilian regions and the access to healthcare in the country. For that purpose, several studies on region-related geographical inequities in healthcare, which have been produced since the institutionalization of the Unified Healthcare System (SUS) as a social protection system in Brazil, were used as secondary sources. The conclusion is that regional inequalities do relate to the existing disparities in terms of access to healthcare services in the country

Keywords: Regional inequalities; Access to Health; Health Inequalities.

1 INTRODUÇÃO

A concepção de um sistema de saúde universal presente na Constituição Federal (CF) de 1988 foi, sem dúvida, um enorme avanço no horizonte das lutas pela efetivação de um Estado protetor. Junto com a assistência social e a previdência, a

¹ Universidade Federal da Paraíba; Mestranda em Serviço Social; janice_lemos@hotmail.com.

² Universidade Federal da Paraíba; Doutora em Serviço Social; mconserva@uol.com.br.

PROMOÇÃO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

saúde através do SUS deu corpo e forma à seguridade social brasileira, inaugurando a mais importante fase de nossa jovem democracia.

Materializar o acesso universal aos serviços de saúde era uma ousada luta e foi uma importante conquista, concebida e gestada no interior do movimento pela reforma sanitária. O princípio da universalidade da saúde na carta constitucional trazia a afirmação de que a saúde é um direito de todos e dever do estado, contrapondo-se à lógica seletista de acesso aos serviços vigente até então, a qual se dava através do vínculo de emprego formal aos trabalhadores que contribuía com a previdência social.

Ainda que previsto na norma constitucional, o princípio doutrinário e basilar do acesso universal à saúde encontra obstáculos para a efetivação desde sua inscrição no SUS. Várias pesquisas ao longo dos anos de vida da política de saúde no Brasil têm discutido o que se entende hoje por “universalidade do acesso”. É no processo de redemocratização no Brasil, pós ditadura militar, que “a questão da universalidade do acesso aos bens de consumo coletivo essenciais para a condição de cidadão” vai entrar na pauta de discussão (COHN, 2005, p. 443).

Na busca pela universalidade, modelos organizativos da saúde no país foram sendo desenhados, dada a dimensão continental do país e as diferenças constitutivas desde sua formação, além das características singulares de cada território e população - por região político-administrativa e além delas.

A partir do delineamento do SUS e da qualificação das ofertas e serviços de saúde - proporcionada por estudos e pesquisas -, foram sendo elencados modelos de atenção que favorecessem a redução das desigualdades para o acesso. O Brasil, com vasta extensão territorial, abriga populações urbanas e rurais, diferentes grupos populacionais, comunidades tradicionais e ribeirinhas – uma diversidade tão extensa quanto os milhares de quilômetros de área que possui. Dada a incorporação da necessidade de conhecer a população à qual se destinam os serviços para uma atenção em saúde que de fato responda às suas necessidades, a categoria território foi introduzida nos estudos da política de saúde brasileira, que passou a utilizar outros

PROMOÇÃO



APOIO

PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

campos de conhecimento para compreender qual a relação entre espaço, território e processo saúde-doença.

Vários estudiosos e pesquisadores, então, passaram a investigar esta relação, procurando entender como e por que as populações de alguns territórios adoecem e morrem mais, por exemplo, enquanto em outros parece haver mais longevidade e qualidade de vida. Neri e Soares (2002), avaliando a iniquidade vertical do consumo de serviços de saúde no Brasil, identificaram que pessoas mais pobres precisam de mais cuidados em saúde, mas consomem menos os serviços. Travassos et al (2000) identificaram que, entre as regiões Sudeste e Nordeste, o maior e o menor índice de desenvolvimento do país, respectivamente, havia uma disparidade nas taxas de morbidade.

A partir dessas problematizações, pretende-se neste trabalho analisar como se apresentam, após a criação do SUS, as desigualdades regionais em saúde, com foco no acesso à saúde. Para tanto, teve-se como fonte de informações pesquisas teóricas e dados secundários de estudos sobre desigualdade regional e iniquidades em saúde.

Parte-se dos conceitos de espaço e território, passando pelo que se entende por “Questão Regional” no Brasil para então analisar o acesso à saúde com o recorte das cinco grandes regiões brasileiras, buscando a relação entre as iniquidades de acesso e as disparidades regionais. Por fim, são trazidas as considerações finais com as reflexões gerais após a realização da pesquisa.

2 TERRITÓRIO E DESIGUALDADES REGIONAIS: APROXIMAÇÕES COM CATEGORIAS FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Diversas ciências, em especial a geografia, se dedicaram a entender o lugar que os seres humanos ocupam para além da mera descrição física. O lugar material, concreto, que ocupamos é permeado de conflitos, afetos e interesses - é a arena onde

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUIS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



a vida acontece, também com seus laços e redes que são suporte protetivo na ausência de ações efetivas por parte do Estado. Monken et al consideram que “o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política” (MONKEN et al, 2008, p.5).

O grande intelectual Milton Santos, em sua obra *Metamorfoses do Espaço Habitado* (1988), definiu configuração territorial como uma totalidade, um sistema - é o território mais o conjunto de objetos sobre ele, naturais ou não. Compreendeu que o espaço é formado por fixos e fluxos, sendo os fixos os prédios, estradas, instituições – são as forças produtivas em geral – e os fluxos as relações que aos fixos se conectam e com eles se relacionam. Ambos estão em constante interação.

As aproximações das ciências da saúde com os estudos sobre território foram fundamentais para a superação (ainda em curso e com muitos enfrentamentos) do tradicional e historicamente hegemônico modelo biomédico, cujo foco é restrito à doença, dissociada de determinações maiores resultantes da conexão das pessoas com o ambiente e as interações que vivenciam. A epidemiologia, ao incorporar a categoria espaço de Milton Santos, passou a “entender os mecanismos relacionais que explicam a distribuição e o desenvolvimento da enfermidade” (FARIA e BORTOLOZZI, 2009, p.35). Alargando esse entendimento sobre o processo-saúde doença, seria possível, então, pensar também em ações e serviços distribuídos segundo uma lógica territorial, que fossem não só mais acessíveis à população, mas também mais eficazes para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde incorporou divisões territoriais, que não se esgotam apenas na mera divisão político-administrativa, mas buscam resgatar similaridades e dissonâncias entre os seus habitantes na busca pela equidade do acesso à saúde e, conseqüentemente, maiores níveis de proteção social às populações que dela precisam mais. Hoje pode-se dizer que o primeiro passo para a analisar a situação de saúde de uma localidade é conhecer o território, as características e a cultura dos que ali habitam.

PROMOÇÃO



APOIO



O Brasil possui uma área territorial de 8.510.345.540 km² de extensão³, divididos em cinco grandes regiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); cada uma delas, por sua vez, divide-se em estados, municípios, bairros... trata-se de formas criadas para referenciar o espaço, mas essa espacialização não se deu de forma aleatória e tampouco apolítica. Há uma história por trás da atual configuração das grandes regiões do país, cuja literatura, sobretudo da geografia humana, busca entender e explicar. Com divergências e convergências entre os diversos entendimentos dos pesquisadores do tema, o tópico a seguir busca situar, ainda que de forma bastante preliminar, o entendimento da divisão territorial do estado brasileiro, a Questão Regional no país e as características socioeconômicas que podem interferir nas desigualdades de acesso à saúde.

3 QUESTÃO REGIONAL E DESIGUALDADES REGIONAIS NO BRASIL

Em se tratando de desigualdade regional, além do entendimento da categoria território, é importante compreender o que é Questão Regional no Brasil. Antes, ainda, será necessário delimitar o que, para o recorte deste estudo, estamos entendendo por Região, que é um conceito-chave na geografia utilizado por diversas outras ciências. A regionalização é, inclusive, um dos princípios organizativos do SUS.

Cunha (2007) busca sintetizar as diferentes concepções teóricas de região, assumindo que as diferentes concepções sobre o tema têm influenciado a concepção de políticas públicas que se preocupam com a diversidade socioterritorial, através, “de uma tenção com os modelos regionais e locais, que se sustentam, em grande medida, em fatores internos [...] e em uma determinação político-ideológica” (CUNHA, 2007, p.39).

O autor mostra preocupação em discutir as duas vertentes teóricas que, a rigor, têm concepções contrapostas em relação à forma de divisão do espaço, mas ambas

³ Segundo dados do IBGE de 2021. Fonte <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio> acesso em 20/01/2022 às 21h09.

PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASILREIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICAFormação da Consciência de
Classe na Luta de HegemoniasCEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

com suas contribuições: a de raiz positivista, que apoia a escala regional, e a materialista, que faz a crítica a esta forma de espacialização, buscando a concepção planetária de território. Utilizando o estudo de Martin (MARTIN, 1996 apud CUNHA, 2007), defende que o tema possui uma complexidade que não permite o esgotamento em apenas uma matriz de pensamento, necessitando de uma “pluralidade conceitual”, indicando a necessidade de se pensar alternativas teóricas e conceituais.

Cunha considera importante dividir o espaço em regiões, o que não é apenas realizar um recorte territorial, embora isto esteja incluso. Entende como útil, sobretudo se o objetivo é a definição sócio espacial, incorporar à dimensão política as análises do espaço geográfico. A caracterização de um território permite decifrar a dinâmica e as relações de poder que atuam “a partir de heranças culturais e configurações políticas e econômicas próprias de uma determinada região” (CUNHA, 2007, p. 49). O espaço geográfico é produzido e produz, interferindo nas relações. Isso faz com que nos territórios existam redes, “tornando o território/região um ator, no qual a proximidade e a aglomeração permitem a diminuição da incerteza, que, por sua vez, num verdadeiro círculo virtuoso, favorecem a proximidade e a aglomeração de atores” (CUNHA, 2007, p. 53).

Pozenato (2003) explica que a divisão em regiões é um ato teleológico, ou seja, não natural, feito a partir da intenção humana. A ideia do conceito como espaço natural pode ter vindo da geografia física, mas as várias formas de entender a região - pelas várias ciências que utilizam esta forma de dividir o espaço - fizeram com que se falasse de “regiões numa mesma região” (econômicas, políticas, históricas), que coexistem no mesmo espaço mas com observações diferentes a depender do olhar de quem a estuda.

Ainda em Pozenato (2002), a Questão Regional no Brasil esteve presente desde a independência, principalmente no período republicano. Diferente de outros países, o autor defende que, apesar de haver alguns isolados movimentos separatistas no país, no geral, a questão no Brasil reforça a identidade nacional –

PROMOÇÃO



APOIO



busca-se o conhecimento das diferenças e desigualdades regionais e espera-se o atendimento administrativo de suas carências.

Contel (2015), a partir de autores da geografia crítica, entende que a região é produto da dialética entre os arranjos mais constitutivos da formação histórica e “natural” das regiões e das influências das interferências externas que se instalam sobre essas iniciais. Esse seria o arranjo regional contemporâneo. O autor busca, nos atuais debates dentro do que denomina de “geografia da saúde”, ressaltar a importância da compreensão das dinâmicas do território e das regiões para compreensão da atual transição epidemiológica no Brasil. Ressalta a importância do tema para o alcance da equidade no acesso a saúde, a partir de duas dimensões: “1) a distribuição mais equitativas dos equipamentos e ações de atenção à saúde [...] 2) o uso dessa distribuição como forma de desenvolvimento regional” (CONTEL, 2015, p 457).

Em se tratando das desigualdades, a divisão político-administrativa do país nas cinco atuais regiões carrega, também, uma história de disputas políticas, diferenças e desigualdades socioeconômicas, que tem alguns elementos presentes na formação sócio histórica da nação. É o que podemos chamar de Questão Regional. Silva (2017) define a como

a identificação pelo Poder Público da existência de um conjunto de problemas decorrentes das desigualdades regionais e a decisão de intervir política e economicamente visando alterar o *status quo* a ele associado – e, conseqüentemente, às políticas de desenvolvimento regional. (SILVA, 2017, n.p)

A autora utiliza os estudos de importantes teóricos para compreender quais os aspectos envolvidos na histórica desigualdade regional brasileira, a partir da compreensão de sua origem. Partindo de Ruy Moreira (MOREIRA, 2014 apud SILVA, 2017), coloca que as estruturas de produção de cada época vão exigir determinados tipos de divisões territoriais. Esse autor considera que foi nos anos de 1920 a 1950 que houve o início da divisão regional, com bases homogêneas, concentrando indústrias no eixo sul-sudeste, e a partir de 1950 até 1970 se deu a polarização regional com concentração industrial neste eixo, em especial no estado de São Paulo,

PROMOÇÃO



APOIO

PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



que abrigou importantes setores e meios industriais centrais para o desenvolvimento econômico. A problemática das desigualdades regionais surge a partir dessa diferenciação ocasionada pela concentração e centralização industrial (e, posteriormente, também financeira) no Sul/Sudeste - especialmente em São Paulo.

Outra leitura da origem das desigualdades regionais é obtida pela autora através de Francisco de Oliveira, para o qual o aumento das disparidades regionais teria ocorrido em “um momento da integração nacional promovida pelo processo de industrialização, num movimento dialético que destruiu a economias regionais para concentrar e centralizar o capital na região Sul comandada por São Paulo” (OLIVEIRA, 2008, p.201 apud SILVA, 2014, n.p.). Assim, o efeito sobre os “Nordestes” e o Extremo-Sul teria ocorrido em decorrência da construção de economias regionais, ou seja, reprodução do capital em escala regional (MOREIRA, 2020, n.p.).

Estas leituras da geografia humana sobre a divisão do território em regiões e as discussões sobre a origem e conformação das desigualdades regionais no Brasil buscaram traçar o pano de fundo sobre o qual se utiliza, em boa parte das pesquisas sobre acesso à saúde, o recorte por regiões da federação. Além das cinco regiões, a política de saúde utiliza outras formas de divisão regional, que, apesar de não serem detalhadas neste artigo, estão dentro das cinco macrorregiões brasileiras e, assim, engendradas nestas.

4 DESIGUALDADES REGIONAIS E ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

Como este trabalho se detém a estudar a dimensão do acesso à saúde em sua relação com as desigualdades regionais existentes no Brasil, buscou-se estudos na literatura que focassem na análise das iniquidades de acesso com este recorte. Sendo assim, partiu-se dos dados obtidos por Noronha e Andrade (2002), que buscaram fazer essa análise a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no seu suplemento sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde, feito em 1998. De forma geral, confirmaram a existência de desigualdade social no Brasil

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



e constataram que, em quase todos os indicadores, a desigualdade em saúde ocorre a favor dos grupos com maior renda, com exceção do Nordeste. Neste levantamento da PNAD 98, as autoras ressaltam que os grupos socioeconômicos mais baixos procuram menos os serviços de saúde, e quando procuram, 5% não conseguem receber atendimento. Nos grupos de renda mais alta o percentual cai para 1,54% (NORONHA e ANDRADE, 2002, p. 21).

Trabalho recente de Funcia (2020) analisa, a partir da pandemia de Covid-19, o peso do financiamento da saúde vindo da União para que ocorra redução das desigualdades regionais. As transferências de recursos intergovernamentais deveriam observar as orientações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que até o momento da pesquisa não havia ocorrido, dificultando o controle social na questão das desigualdades regionais em saúde. Funcia entende, assim, o controle social como indispensável para a redução das desigualdades e ampliação do acesso à saúde.

Corroborando com o autor, Ribeiro et al (2018), analisando o federalismo brasileiro, o processo de descentralização e as desigualdades de acesso em saúde, observa que há processos diferenciados de participação ainda nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), que refletem na CIB e, conseqüentemente, na CIT. Avalia que os colegiados estimularam a cooperação regional, entretanto, “as lacunas de cooperação se mostram nitidamente quando se analisa a distribuição regional dos serviços de saúde” (RIBEIRO et al, 2018, p.1782).

Além das diferenças de participação que impactam nas desigualdades, os autores analisaram variáveis de internação hospitalar, e identificaram que as médias totais de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) das regiões Sudeste e Sul são bastante superiores às das demais regiões do país e até à média nacional. Colocam que é inegável o esforço em busca da equidade na distribuição dos recursos do SUS, mas que “o impacto da municipalização associada à coordenação regional e indução federal não foi suficiente para compensar as fortes desigualdades regionais” (RIBEIRO et al, 2018, p. 1783). Ainda observam que tais padrões de disparidade se

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



manifestam até em relação à Atenção Básica à Saúde, nível de atenção que historicamente tem ofertado acesso mais igualitário do que os demais.

Em trabalho anterior, os autores haviam se debruçado sobre a regionalização e provisão de serviços de saúde no Brasil, e destacaram “nítida desigualdade macrorregional Norte-Sul e a existência de bolsões de baixo desenvolvimento econômico nas regiões mais ricas” (RIBEIRO et al, 2017, p. 1035). Também encontraram achados sobre a relação da desigualdade social e barreiras de acesso a serviços. Confirmando os estudos até então expostos, foi constatado maior acesso a serviços pelos moradores do Sul e Sudeste em comparação com as demais regiões, além da percepção de maiores desigualdades sociais no Sul do país e uma redução no Nordeste e Norte, mesmo estes dois últimos ainda tendo menor acesso à saúde.

Novamente vê-se aqui a relação entre desigualdade social, desigualdade regional e acesso a serviços de saúde. Em relação ao setor privado (distribuição de médicos por seguro de saúde) as coberturas maiores são no Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Norte e Nordeste são as regiões com menor disponibilidade destes recursos (RIBEIRO et al, 2017).

Outro importante destaque do estudo supracitado é a necessidade de considerar os aspectos tributários, no qual a não implementação da questão tributária no modelo de proteção social brasileiro pós constituinte repercutiu perversamente na saúde. Os autores concluem que as desigualdades regionais em todos os níveis são traços marcantes da saúde brasileira. Apesar de haver algum nível de cooperação intrarregional, esta convive com a competição por recursos da federação. O estudo finaliza apontando que algum nível de centralização pode ser necessário para o alcance de maior igualdade regional, sem perder de vista o princípio da universalidade do SUS.

A despeito do acesso, há que ser pontuada a grande disparidade entre as populações urbanas e rurais. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mais recente (IBGE, 2015), o Sudeste é a região com maior população urbana (93,14%) e o Nordeste com o maior contingente populacional rural

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



do país (26,88%). Arruda, Maia e Alves (2018) analisaram as desigualdades de acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil. Observaram que o acesso à saúde da população rural é menor, dentre os aspectos analisados, devido à menor oferta de serviços, além da dificuldade de acessá-los - quer por barreiras físicas, quer por maior custo de deslocamento, principalmente para idosos e pessoas de baixa renda. O período de análise dos autores foi de 1998 a 2008, utilizando os dados da PNAD. Quando analisaram os diferentes níveis de acesso nessa faixa de tempo, perceberam que houve uma “tênue redução” da desigualdade, mais devido à composição da população rural (diferenças de renda e escolaridade) do que a impactos estruturais provocados pela intervenção do Estado. Mesmo assim, permanecem as disparidades entre o acesso da população urbana e o da rural.

Ainda dentro desse estudo com foco nas disparidades entre população urbana e rural, em relação às grandes regiões, os autores constataram que um quarto da população rural do país, no período pesquisado, estava na região Nordeste, onde concomitantemente o percentual de acesso aos serviços de saúde foi menor. Os maiores percentuais foram nas regiões Sul e Centro-Oeste e no estado do Tocantins (ARRUDA, MAIA e ALVES, 2014, p. 07). Referem ainda que as desigualdades urbano/rural, quando analisadas sob a ótica das regiões, trazem dados importantes, a saber:

A desigualdade não observável caiu 0,9 ponto percentual no Nordeste e 0,6 ponto percentual no Sul, regiões onde se concentram os agricultores familiares no Brasil. [...] Cresceu razoavelmente o acesso aos serviços de saúde entre os residentes rurais nessas regiões. Por outro lado, a desigualdade não observável cresceu no Sudeste (2,3 pontos percentuais) e Centro-Oeste (0,9 ponto percentual) por motivos diversos: queda no acesso da população rural no Sudeste e crescimento mais expressivo do acesso da população urbana no Centro-Oeste. A região Nordeste apresentou a redução mais expressiva na diferença de acesso das áreas urbanas e rurais no período (2,2 pontos percentuais) passando a apresentar o segundo menor diferencial em 2008 (2,7 pontos percentuais, apenas abaixo ao da Região Sul, 2,1 pontos percentuais). Por outro lado, na Região centro-Oeste, que passou por um acelerado processo de urbanização no período, aumentou a disparidade de acesso à saúde das áreas urbanas e rurais (de 3,3 para 4,1 pontos percentuais). (ARRUDA, MAIA e ALVES, 2014, p. 07)

Esses dados mostram o quanto estão interligados a questão urbana/rural e as iniquidades em saúde dentro das grandes regiões brasileiras, o que impacta o

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, o acesso a saúde e qualidade de vida. Por sua vez, os menores índices de saúde e maiores percentuais de agravos sanitários reduzem a possibilidade de desenvolvimento sustentável e permanente, como num ciclo de reprodução de desigualdades.

Cabe, já tendo sido feito o esforço de situar minimamente o acesso à saúde nas cinco regiões brasileiras, encerrar este tópico com algumas considerações sobre a região menos mencionada até aqui: o Norte do país. Nela se encontra um grupo populacional bastante prejudicado quando se fala de acesso, especialmente à saúde: os ribeirinhos. A região Norte comporta o maior estado do Brasil, o Amazonas, que ao mesmo tempo possui a menor densidade populacional.

Segundo Guimarães et al (2020, p. 02), a extensão territorial aliada à dispersão demográfica “impõem severas desigualdades de acesso à saúde e outras distorções sociais em relação às demais regiões brasileiras”. Vários estudos sobre as populações ribeirinhas têm elencado as dificuldades e barreiras de acesso enfrentadas: a distância até a UBS mais próxima, a deficiência de transporte público, a extrema pobreza que impede de arcar com os custos do deslocamento, falta de medicação, impossibilidade de interromper as atividades agrícolas (principal meio de subsistência) e a falta de médicos – o Norte é a região com a menor relação de médicos a cada mil habitantes (GUIMARÃES et al, 2020).

Postos estes dados sobre a situação de acesso à saúde no Brasil, e feitas as breves análises sobre o que eles dizem em relação às desigualdades regionais, parte-se agora para as considerações finais dos achados teóricos desta pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Assis e Jesus (2012) compreendem que o acesso à saúde é um tema heterogêneo, multifacetado, que diz sobre a dinâmica dos povos entrelaçada nas diversas dimensões da vida humana (política, econômica, social). Para o alcance da tão desejada universalidade da saúde, com serviços, ações e programas que atinjam a todas as populações com equidade, é necessário investimento público em

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOSJOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUÍS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS



pesquisas que conheçam o território, as dificuldades, as diferenças entre as populações dos “Brasis” que compõem tão heterogênea nação.

Os estudos sobre espaço, território e Questão Regional muito contribuíram com o desenho e a implementação da política de saúde. Um sistema tão grandioso como o SUS requer esse entrelaçamento de saberes na busca pela integralidade da atenção que o conceito ampliado de saúde requer. Vê-se a importância das pesquisas com recorte territorial, do Norte ao Sul do país, como as diversas que foram apresentadas neste artigo.

O levantamento teórico aqui exposto mostra que, sim, ainda há uma importante desigualdade regional no Brasil que impacta em iniquidades no acesso à saúde das populações de cada uma das cinco regiões. Persiste o indicativo de mais acesso nas regiões Sudeste e Sul, historicamente com maiores níveis de desenvolvimento, e menores índices no Nordeste e Norte, regiões que abrigam a maior população pobre do país. As variáveis de acesso dentro de cada região variam, mostrando maior uniformidade nas regiões mais pobres, ou seja, há maior equidade nestas, mesmo coletivamente obtendo índices menores. Houve avanços, até os períodos pesquisados, nas ações para redução das desigualdades em saúde, nas quais a atenção básica foi um grande aliado, mas ainda longe de se obter a igualdade desejada.

Apesar de já se apontar muitos caminhos para intervenções governamentais, sabe-se que a pesquisa é um ato permanente - sobretudo as que subsidiam políticas públicas. Nos últimos anos, infelizmente, temos visto uma ofensiva contra a ciência - o que impacta negativamente na sustentabilidade dos centros de pesquisa. É necessário continuar identificando as barreiras do acesso à saúde e possíveis intervenções nas desigualdades regionais. Mas tudo isso requer financiamento – não se vence as barreiras para o acesso sem vontade política e direcionamento de recursos para fazê-lo. Com políticas de austeridade e congelamento de recursos, como a Emenda Parlamentar n. 95/2016, que congelou recursos das políticas

PROMOÇÃO



APOIO



PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUIS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

públicas, não será possível avançar na construção da desejada e necessária universalidade em saúde.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, N. M.; MAIA, A.G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 34, p. 1-14, 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 17, p. 2865-2875, 2012.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al (org). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 385-405.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 447-460, 2015.

CUNHA, L. Sobre o Conceito de Região. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa, v. 5, n. 2, 2007.

FARIA, R. BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **Revista RAEGA – O Espaço Geográfico em Análise**, Paraná, v. 17, jun. 2009.

FUNCIA, F. R. Avaliação do financiamento federal do SUS diante da desigualdade regional e da pandemia da Covid-19. **Revista Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 8, n.15, 2020.

GUIMARÃES, A. F.; BARBOSA, V. L. M.; SILVA, M. P.; PORTUGAL, J. K. A.; REIS, M. H. da S.; GAMA, A. S. M. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 11, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 20 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)**, 2015. Disponível em:

PROMOÇÃO



PPGPP
30 ANOS

JOINPP
20 ANOS

XI Jornada Internacional Políticas Públicas

19 a 22
SET/2023

CIDADE UNIVERSITÁRIA
DOM DELGADO
SÃO LUIS/MA - BRASIL

REIFICAÇÃO CAPITALISTA E EMANCIPAÇÃO
HUMANA COMO NECESSIDADE HISTÓRICA
Formação da Consciência de
Classe na Luta de Hegemonias

CEM ANOS DE HISTÓRIA E CONSCIÊNCIA
DE CLASSE DE LUKÁCS

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html?=&t=destaques>. Acesso em: 20 jan. 2023.

MARTIN, R. Teoria Econômica e geografia humana. In: GREGORY, D.; MARTIN, R.; SMITH, G. **Geografia Humana: sociedade, espaço e ciência social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; IÑIGUEZ ROJAS, L.; NAVARRO, M. B. M. A.; GONDIM, G. M. de M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. de; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MOREIRA, R. **A formação espacial brasileira**: contribuição crítica aos fundamentos da geografia do Brasil. Rio de Janeiro: Consequência Editora, 2020, 2ª ed.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 (supl), p. 77–87, 2002.

NORONHA, K.; ANDRADE, M. **Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.

OLIVEIRA, F. **Noiva da revolução: elegia para uma re(li)gião: Sudene, Nordeste - Planejamento e conflito de classes**. São Paulo: Boitempo, 2008.

POZENATO, J. **Processos culturais: reflexões sobre a dinâmica cultural**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; OUVENEY, A. M.; PINTO, L. F.; SILVA, C. M. F. P. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, p. 1777- 1789, 2018.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos Teórico e metodológico da geografia**. São Paulo: Hucitec, 1988.

SILVA, S. Interpretações sobre a origem das desigualdades regionais e da questão regional brasileira. In: INSTITUTO DE INVESTIGACIONES, G. XVI EGAL - **Encuentro de Geógrafos de América Latina**, La Paz: Plural Editores, 2017.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G. de; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p. 975-986, 2006.

PROMOÇÃO

