



Lina Faria  
Jane Mary de Medeiros Guimarães  
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez  
Antônio José Costa Cardoso  
Paula Hayasi Pinho  
Simone Seixas da Cruz  
ORGANIZADORES

# Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico



A coletânea, uma parceria entre docentes da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), reúne textos que ampliam os estudos e debates sobre o tema do evento I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia – Formação Profissional, Acesso e Desigualdades em Saúde no Contexto Pós-Pandêmico. Os capítulos refletem a complexidade do tema e discutem os principais desafios para gestores e profissionais da área da saúde e também formuladores de políticas públicas em tempos de pandemia e aumento das desigualdades socio sanitárias. A pandemia de covid-19 fragilizou os sistemas de saúde no mundo, principalmente nas Américas, e deixou expostas as condições precárias de vida e de saúde dos indivíduos e das populações dessa região, principalmente em situação de vulnerabilidade social e pobreza. Os capítulos buscam repensar ações conjuntas para o fortalecimento dos serviços de saúde, acesso equitativo e de qualidade, além do papel da saúde pública diante das crises por vir, e nos aproximam de realidades em rápida transformação de profundas iniquidades sociais, econômicas e tecnológicas geradas no contexto da pandemia. Os capítulos aqui apresentados buscam debater também a formação profissional, em cenários interprofissionais e interculturais, para além do modelo biomédico, articulada aos processos de mudança na educação para a transformação das práticas de cuidado de forma mais efetiva, integrada e sensível às realidades sociais. A coletânea é, portanto, de interesse para profissionais e estudiosos das várias áreas da saúde, em especial da Saúde Coletiva. No campo das políticas públicas em saúde, trata-se de obra recomendada para cientistas sociais, gestores e profissionais da rede de atenção primária.

**Formação profissional,  
acesso e desigualdades  
sociais no contexto  
pós-pandêmico**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

*Paulo Cesar Miguez de Oliveira*

Vice-reitor

*Penildon Silva Filho*



EDITORA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA

DIRETORA

*Susane Santos Barros*

CONSELHO EDITORIAL

*Alberto Brum Novaes*

*Angelo Szaniecki Perret Serpa*

*Caiuby Alves da Costa*

*Charbel Niño El-Hani*

*Cleise Furtado Mendes*

*Evelina de Carvalho Sá Hoisel*

*Maria do Carmo Soares de Freitas*

*Maria Vidal de Negreiros Camargo*



MESTRADO PROFISSIONAL  
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

COMITÊ EDITORIAL

*Rocio Elizabeth Chavez Alvarez*

(Docente, UFSB)

*Lina Faria*

(Docente, UFSB)

*Paula Hayasi Pinho*

(Docente, UFRB)

*Nuno Damacio de Carvalho Félix*

(Docente, UFRB)

*Micheli Dantas Soares*

(Docente, UFRB)

*Ana Claudia Morais Godoy Figueiredo*

(Docente, UFRB)

*Antonio José Costa Cardoso*

(Docente, UFSB)

*Luciana Alaide Alves*

(Docente, UFRB)

*Márcio Florentino Pereira*

(Docente, UFSB)

*Jane Mary de Medeiros Guimarães*

(Docente, UFSB)

*Simone Seixas da Cruz*

(Docente, UFRB)

*Ana Lúcia Fonseca*

(Docente, UFRB)



Lina Faria  
Jane Mary de Medeiros Guimarães  
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez  
Antônio José Costa Cardoso  
Paula Hayasi Pinho  
Simone Seixas da Cruz  
ORGANIZADORES

# **Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico**

Salvador  
Edufba  
2023

2023, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Analista editorial

*Mariana Rios*

Coordenação gráfica

*Edson Nascimento Sales*

Coordenação de produção

*Gabriela Nascimento*

Capa e projeto gráfico

*Vânia Vidal*

Imagem da capa

*Arquivos Mais Médicos  
da COC/Fiocruz*

Revisão

*Aline Silva Santos*

Normalização

*Bianca Rodrigues de Oliveira*

Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA

---

Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico / organizadores, Lina Faria... [et al]. – Salvador : EDUFBA, 2023.  
261 p.

Contém biografia

ISBN: 978-65-5630-436-6

1. Formação profissional. 2. Desigualdade social. 3. Igualdade - Aspectos da saúde.  
4. Pandemia. I. Faria, Lina.

CDD – 362.10981

---

Elaborada por Jamilli Quaresma / CRB-5: BA-001608

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo

s/n – Campus de Ondina

40170-115 – Salvador, Bahia

Tel.: +55 71 3283-6164

# SUMÁRIO

- 7    **PREFÁCIO**  
*Luiz Augusto Facchini / Maria Cristina Rodrigues Guilam  
Carla Pacheco Teixeira*
- 11   **APRESENTAÇÃO**  
*Lina Faria / Jane Mary de Medeiros Guimarães*
- 17   CAPÍTULO 1  
**A PANDEMIA NA AMÉRICA LATINA**  
**lições aprendidas para a educação e saúde no Brasil**  
*Lina Faria / Jane Mary de Medeiros Guimarães  
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez*
- 45   CAPÍTULO 2  
**DESIGUALDADES SOCIAIS**  
**E POLÍTICAS DE SAÚDE**  
**conquistas, retrocessos e desafios**  
*Carmen Fontes Teixeira / Jamilli Silva Santos*
- 69   CAPÍTULO 3  
**A CRISE DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA**  
**EM SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO**  
**DA PANDEMIA DA COVID-19**  
*Carlos Henrique Assunção Paiva / Catalina Kiss  
Luiz Antônio Teixeira*

- 87 CAPÍTULO 4  
**VIOLENCIAS, INJUSTIÇAS  
E SOFRIMENTO HUMANO**  
o impacto das desigualdades sociais nas percepções  
de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche  
*Lina Faria / Rafael Andrés Patino*
- 115 CAPÍTULO 5  
**A EXPERIÊNCIA DE APOIO EM SAÚDE MENTAL  
PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO  
PROCESSO EDUCATIVO**  
*Sabrina Stefanello / Deivisson Vianna Dantas do Santos*
- 133 CAPÍTULO 6  
**DEMANDAS E RECURSOS DE PRECEPTORES DA  
RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)**  
*Elaine Nunes Pacheco / Paula Hayasi Pinho  
Helena Moraes Cortes / Fernando Ribas Feijó*
- 161 CAPÍTULO 7  
**DESIGUALDADES EN SALUD**  
nuevas perspectivas teóricas  
*Naomar de Almeida Filho*
- 227 CAPÍTULO 8  
**LAS COMPLEJAS DIMENSIONES DE LA PANDEMIA**  
*Hugo Spinelli*
- 243 CAPÍTULO 9  
**LA PANDEMIA Y LA SALUD PÚBLICA EN PERÚ**  
secuelas socio-sanitarias y lecciones aprendidas  
*Giovanni Meneses*
- 257 **SOBRE OS AUTORES**



## PREFÁCIO

Foi uma honra recebermos o convite para escrever o prefácio desta obra, dada a atualidade, relevância e pertinência do tema e a densidade dos autores. Observa-se que a questão central da desigualdade social no Brasil e em outros países da América Latina, evidente desde sempre e aprofundada com a pandemia, é retomada nos diversos capítulos a partir do desenvolvimento de aspectos diferenciados, como as políticas de saúde, respostas do atual governo à situação de emergência e formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros.

O enorme abismo social que separa as classes sociais no nosso país é muitas vezes naturalizado e imprime aos menos privilegiados riscos ambientais, laborais, situações de violência extremamente graves, associados à dificuldade de acesso à saúde e à educação em caráter precário, em que pese nosso sistema de saúde ter sido concebido de forma universalista e democrática. Formar trabalhadores para a saúde que incorporem a *determinação social da doença* como conceito norteador para intervenções nos territórios e nas comunidades é, portanto, um desafio para nós, pesquisadores e docentes militantes de uma saúde pública comprometida com o aperfeiçoamento do SUS.

Ao longo da obra, merece destaque a característica marcante da Saúde Coletiva na América Latina que, ao agregar as ciências sociais à sua tradição epidemiológica e de planejamento, produz um campo de conhecimento extremamente fértil e sensível às particularidades nacionais, regionais e locais.

O capítulo 1, “A pandemia na América Latina: lições aprendidas para a educação e saúde no Brasil”, de Lina Faria, Jane Mary de Medeiros

Guimarães e Rocio Elizabeth Chavez Alvarez, busca destacar as particularidades vividas pelos países da América Latina na pandemia, inclusive o impacto do neoliberalismo nos diversos sistemas de saúde. As autoras destacam o retrocesso de décadas vivido na região com mais casos da doença e responsável por mais de 27% dos óbitos no mundo. O capítulo busca evidenciar as tensões entre questões sanitárias e sociais, a formação profissional e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e suas implicações nos cuidados das populações vulneráveis e reafirmam a necessidade de qualificar os profissionais de saúde na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento, “aproximando-os das realidades vivenciadas pelas comunidades”.

O capítulo 2, “Desigualdades sociais e políticas de saúde: conquistas, retrocessos e desafios”, de Carmem Fontes Teixeira e Jamilli Silva Santos, situa historicamente o conceito de desigualdades sociais como objeto de estudo, inclusive do ponto de vista da medicina social e o descreve como constituinte do campo da Saúde Coletiva. As autoras se propõem a apontar algumas das políticas de enfrentamento das desigualdades, destacando o contexto em que foram formuladas, os principais resultados alcançados e os problemas e desafios enfrentados na conjuntura mais recente.

No capítulo 3, “A crise do sistema de vigilância em saúde no Brasil no contexto da pandemia da covid-19”, de Carlos Henrique Assunção Paiva, Catalina Kiss e Luiz Antonio Teixeira, discute-se a resposta do governo brasileiro à pandemia de covid-19, especificamente as ações referentes à vigilância em saúde e à inteligência epidemiológica. Os autores chamam a atenção para o tensionamento entre as diretrizes políticas do governo de Jair Bolsonaro e a condução das ações de vigilância por meio de um conjunto de grupos institucionais articulados pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE) e consideram que o enfrentamento da pandemia da covid-19 no país, no que se refere às ações de vigilância, foi resultante das tensões entre instituições de saúde – tradicionais e recém-criadas – e as forças políticas e econômicas mais vinculadas ao governo Bolsonaro.

No capítulo 4, Lina Faria e Rafael Andrés Patino apresentam o resultado de pesquisa em relatórios produzidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), entre

os anos de 2012 e 2020, produzindo um painel sobre as desigualdades sociais. Em “Violências, injustiças e impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche”, é revelado um cenário de fragilidade das estruturas econômicas, políticas, sociais e sanitárias dos países mais pobres, associado a fenômenos como violência, sentimento de injustiça e sofrimento. A segunda parte do capítulo traz uma reflexão interpretativa e preliminar das análises, interpretações e narrativas de caráter sociopsicológico e filosófico de pensadores hoje em dia considerados clássicos, a exemplo de Ignacio Martín-Baró, Paul Ricoeur e Friedrich Nietzsche, em diálogo com os relatórios da OPAS/OMS.

Os capítulos 5 e 6 se voltam para o olhar inspirador de profissionais no âmbito local. No capítulo 5, Sabrina Stefanello e Deivsson Vianna Dantas do Santos apresentam um relato de experiência na atenção primária no qual é discutido um caso de saúde mental. “A experiência de apoio em saúde mental para equipes de saúde da família como processo educativo” busca oferecer ao leitor um registro bibliográfico de situação cotidiana na atenção primária, com o intuito de trazer esperança e possibilidades de exercício de criatividade e intervenção na prática, inclusive no processo formativo.

No capítulo 6, “Demandas e recursos de preceptores da residência médica e multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS)”, os autores Elaine Nunes Pacheco, Paula Hayasi Pinho, Helena Moraes Cortes e Fernando Ribas Feijó discutem os aspectos psicossociais envolvidos na dinâmica das relações no trabalho de preceptores da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, a partir da ótica do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (*Job Demands Resources Model* – JDR). A pesquisa que deu origem ao capítulo investigou as percepções de preceptores de um programa integrado de residência médica e multiprofissional em saúde da família, na região metropolitana de Salvador.

No capítulo 7, Naomar de Almeida Filho toma a conjuntura brasileira atual como caso de estudo e desenvolve profundas reflexões teóricas sobre a relação entre as desigualdades sociais e a determinação social da saúde. Em “Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas”, Naomar apresenta uma síntese da teoria de justiça e equidade de Rawls

e Sen que ilustram a perspectiva dominante de epistemologia do norte e desenvolve um interessante percurso teórico até chegar ao caso brasileiro, sob a luz da epistemologia do sul.

Desde a epígrafe do capítulo 8, Hugo Spinelli aponta o caráter restritivo e parcial da explicação biológica da doença. Em “Las complejas dimensiones de la pandemia”, Spinelli discute a *ausência de direitos sociais* como uma pandemia muito mais grave do que aquela causada por um vírus mutante e aborda o papel revelador que um desastre sanitário pode desempenhar, ao desnudar as características de uma sociedade desigual e a precariedade de explicações causais simplistas e lineares.

Por fim, no capítulo 9, Giovanni Meneses compartilha conosco a experiência peruana da epidemia de covid-19. Em “La pandemia y la salud pública em Peru: secuelas socio-sanitarias y lecciones aprendidas”, Meneses relata o impacto da pandemia em diferentes aspectos da saúde pública no Peru, com ênfase nas lições aprendidas. Guardadas as particularidades dos diversos países latino-americanos, a leitura deste capítulo torna evidente que a questão das desigualdades sociais nos atravessa e nos torna vulneráveis, sob os mais variados aspectos sociais.

Estamos em novembro de 2022, num processo de transição entre os governos Bolsonaro e Lula e sob efeito do recente 13º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Não podemos deixar de fazer uma ligação entre o tema deste livro e a feliz proposta do congresso: Saúde é democracia: diversidade, equidade e justiça social. É preciso estreitar a ligação das instituições formadoras com as necessidades do SUS, compreendendo o papel da educação na redução das desigualdades sociais.

Convidamos o leitor a percorrer o livro com entusiasmo e a compartilhar amplamente seu conteúdo. Mais que nunca, viva o SUS! Viva o povo brasileiro! Viva a unidade latino-americana!

*Luiz Augusto Facchini*  
Pró-reitor (Abrasco)

*Maria Cristina Rodrigues Guilam*  
Coordenadora Acadêmica Nacional (Fiocruz)

*Carla Pacheco Teixeira*  
Coordenadora Executiva Nacional (Fiocruz)

## APRESENTAÇÃO

*[...] a primeira condição para mudar a realidade é conhecê-la.*

Eduardo Galeano (2010).<sup>1</sup>

O mundo está diante de uma crise socio sanitária que intensificou simultaneamente uma crise humanitária, revelou a carência de políticas públicas, que priorizem questões sociais e proteção de direitos humanos, e sacrificou ainda mais as condições de vida das populações vulneráveis. Ao mesmo tempo desencadeou um movimento de transformação das práticas em saúde em torno de discussões sobre os desafios da formação em Saúde Pública em tempos de pandemia, especialmente em função das crescentes desigualdades. São desigualdades múltiplas (sociais, econômicas, educativas, de raça ou de gênero) que se interligam de formas complexas, por vezes paradoxais, e produzem várias injustiças sociais e diversos tipos de sofrimento e discriminações.

Uma pandemia pode se tornar um evento em escala global, como é o caso da covid-19, contudo, afeta países e regiões com intensidades e formas de agravos muito distintas e estabelece relações e interações com as condições sanitárias, socioeconômicas, culturais, ambientais e coletivas que potencializam as consequências da pandemia, o que Richard Horton definiu como “sindemia”. Para Horton, a “Covid-19 não é pandemia, mas sindemia” e nessa perspectiva científica, deve-se mudar a

---

1 GALEANO, E. *Sete anos depois*. Veias abertas da América Latina. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4194484/mod\\_resource/content/1/As%20veias%20abertas%20da%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4194484/mod_resource/content/1/As%20veias%20abertas%20da%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf). Acesso em: 14 jul. 2021.

forma, diz Horton, de como conduzir a crise sanitária tendo como parâmetros os contextos econômico, ambiental e social, caracterizados por profundas desigualdades. (PLITT, 2020)<sup>2</sup>

A covid-19 em diferentes contextos e espaços, especialmente em situações de extrema desigualdade socioeconômica, “expõe a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico desde sua dimensão macrossocial até a capilaridade micropolítica nas formas e estratégias de produção do cotidiano”. (MATTA et al., 2021, p. 16)<sup>3</sup> A covid-19 é um problema novo, mas a desigualdade socioeconômica é um problema muito antigo, especialmente na região das Américas; os grupos que já eram economicamente menos favorecidos foram também os que mais sofreram durante este período.

A região é uma das mais afetadas pelo coronavírus, tanto em número de casos como de mortes; a doença afetou 216 países e territórios e resultou em mais de 640 milhões de casos e mais de 6 milhões de mortes. Até julho de 2022, a região notificou mais de 1 milhão e 700 mil mortes relacionadas, ou seja, cerca de 30% registradas globalmente. (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE, 2022)<sup>4</sup> “Um mundo mais desigual é o legado imediato da pandemia” (BASILE, 2020, p. 3559)<sup>5</sup> – os modelos de proteção social eurocêntricos pautados pelo liberalismo e meritocracia não resolveram a questão social da desigualdade na América Latina e Caribe.

---

2 PLITT, L. ‘Covid-19 não é pandemia, mas sindemia’: o que essa perspectiva científica muda no tratamento. *BBC News Brasil*, [s. l.], 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-54493785>. Acesso em: 14 jul. 2021.

3 MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P. et al. (org.). *Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2021.

4 JOHNS HOPKINS UNIVERSITY & MEDICINE. *COVID-19 dashboard*. Baltimore: Johns Hopkins University & Medicine: Coronavirus Resource Center, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 15 dez. 2021.

5 BASILE, G. SARS-CoV-2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3557-3562, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JHBckvyp64ZDTmNVTNd6B-VS/?lang=es>. Acesso em: 4 maio 2021.

As respostas à pandemia foram diversas; alguns países tiveram sucesso em controlar a covid-19, outros não. A pandemia não apenas fragilizou os sistemas de saúde, mas desestabilizou programas de proteção social – o que a literatura tem também denominado de *supportive social structure* (HOUSE, 1987)<sup>6</sup> e pôs em evidência, segundo o sociólogo Boaventura de Sousa Santos (2020)<sup>7</sup> as abissais desigualdades, além da necessidade de novas políticas públicas e de novos pactos sociais. A pandemia deixou à mostra um “rastros de destruição e sofrimento” de quatro décadas de neoliberalismo sobre as estruturas de proteção social, encontrou sistemas públicos de saúde fragilizados e países com um grau alto de dependência da indústria farmacêutica para assegurar medicamentos e vacinas. No caso brasileiro, as desigualdades se refletiram inclusive na diferença da imunização entre estados mais ricos e pobres.

Em função deste contexto, torna-se evidente a importância de reforçar a Saúde Pública, suas estruturas, serviços, além de recursos humanos qualificados. Cabe destacar a importância da Saúde Pública integrada aos sistemas de saúde e às instituições formadoras, na busca por melhorias nos sistemas de vigilância epidemiológica e na capacitação profissional, além de políticas de educação e saúde, de ciência e tecnologia que levem em consideração marcadores de raça, gênero, etnia.

Cada vez mais a integração da Saúde Pública em todos os níveis de atenção deve ser aprimorada: o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), que ao longo das últimas décadas vem historicamente acumulando importantes conquistas para a saúde da população e para a organização dos sistemas de saúde em muitos países é um caminho necessário e sustentável para a saúde universal como um direito humano, com qualidade, equidade, inclusão e justiça social.

A coletânea é o resultado das discussões durante o I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia, cujo tema central foi *Formação profissional, Acesso e Desigualdades em Saúde no Contexto*

---

6 HOUSE, J. S. Social support and social structure. *Sociological Forum*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 135-146, 1987.

7 SANTOS, B. de S. Coronavírus: Tudo o que é sólido desmancha no ar. *Blog da Boitempo*, São Paulo, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/02/coronavirus-tudo-o-que-e-solido-desmancha-no-ar/>. Acesso em: 5 jul. 2021.

*Pós-pandêmico.* O I seminário, uma parceria entre a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), por meio do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF), teve como objetivo discutir os desafios na Saúde da Família, as alianças estratégicas para impulsionar a proteção social das populações mais vulneráveis em risco de adoecer e morrer, o fortalecimento da democracia, a interface entre educação e saúde e o direito à saúde com adequado financiamento público.

Que lições a covid-19 nos deixou para enfrentar os problemas no pós-pandemia? E, diante de tal realidade, como as desigualdades sociais repercutem nos cuidados em saúde da população mais pobre, especialmente no contexto da Atenção Primária? Partindo dessas inquietações, os capítulos da coletânea se propõem a discutir o tema central do I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia, especificamente no âmbito da Atenção Primária e evidenciar as tensões entre questões sanitárias e sociais, as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e suas implicações nos cuidados das populações vulneráveis nas sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia, ou seja, aquelas populações desproporcionalmente expostas aos riscos, incluindo os grupos que tendem a enfrentar problemas financeiros, mental e físico. (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022)<sup>8</sup>

O mundo está diante de uma crise socio sanitária que não acabou e que exige, de certa forma, uma formação com características culturais dos conhecimentos humanos, em seus contextos e em suas complexidades, ou na visão de Paulo Freire (2019),<sup>9</sup> conhecimentos socialmente construídos na realidade concreta, com respeito às diferenças culturais e às complexidades históricas das sociedades. Portanto, o social

---

8 FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. *Revista Del Cesla*, Warsaw, v. 29, p. 3-20, 2022. Disponível em: [https://www.revistadelcesla.com/index.php/revistadelcesla/article/download/767/589/3618#:~:text=As%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20\(como,poss%C3%ADvel%20antecipar%20essas%20crises%20e](https://www.revistadelcesla.com/index.php/revistadelcesla/article/download/767/589/3618#:~:text=As%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de%20vida%20(como,poss%C3%ADvel%20antecipar%20essas%20crises%20e). Acesso em: 9 set. 2022.

9 FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. 59. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.



impõe-se nas práticas cotidianas na perspectiva da produção do cuidado, na formação em saúde como produção social e a determinação social como base para a compreensão das desigualdades. (ALMEIDA FILHO, 2011)<sup>10</sup>

*Lina Faria  
Jane Mary de Medeiros Guimarães*

---

10 ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.



CAPÍTULO 1

# A PANDEMIA NA AMÉRICA LATINA

## lições aprendidas para a educação e saúde no Brasil

LINA FARIA

JANE MARY DE MEDEIROS GUIMARÃES

ROCIO ELIZABETH CHAVEZ ALVAREZ

### Introdução

*Cada vez que o reino do humano me parece condenado ao peso, digo para mim mesmo que à maneira de Perseu eu devia voar para outro espaço. Não se trata absolutamente de fuga para o sonho ou o irracional. Quero dizer que preciso mudar de ponto de observação, que preciso considerar o mundo sob uma outra ótica, outra lógica, outros meios de conhecimento e controle.*

Ítalo Calvino (1990, p. 6).

A pandemia da covid-19 agravou as históricas desigualdades estruturais e aprofundou as incertezas relacionadas às necessidades humanas básicas. São desigualdades múltiplas (sociais, econômicas, educativas, de gênero, étnico-raciais), desigualdades no trabalho, nas liberdades, nos direitos de cidadania que se interligam de formas complexas, por vezes paradoxais, e produzem várias injustiças sociais e diversos tipos de sofrimento e discriminações. (COSTA, 2020) Ainda que os impactos sejam sentidos em várias partes do mundo, os países mais pobres são os que mais sofrem com os efeitos e sequelas (sociais, sanitários e educacionais) da pandemia, em razão de fragilidades na oferta de políticas públicas

de proteção social e limitações no acesso aos serviços pelas populações mais vulneráveis. Os cenários de vulnerabilidades e desigualdades, nos quais os limites éticos, sociais e culturais se encontram fragilizados, tornam-se “sociedades de risco”, que legitimam as iniquidades e as injustiças. (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022)

Uma pandemia pode se tornar um evento em escala global, como é o caso da covid-19, contudo, afeta países com intensidades e formas de agravos muito distintas e estabelece relações com as condições socioeconômicas, culturais, ambientais e coletivas. Nas palavras de Matta e demais autores (2021, p. 16):

A colocação em cena da covid-19 em diferentes contextos, espaços e linguagens, especialmente em situações de extrema desigualdade socio sanitária, expõe a multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico desde sua dimensão macrossocial até a capilaridade micropolítica nas formas e estratégias de produção do cotidiano.

A região das Américas é uma das mais afetadas pelo novo coronavírus, tanto em número de casos como de mortes, em contexto de grandes iniquidades sanitárias e sociais, desde muito antes da chegada da pandemia. Segundo os dados da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), das Nações Unidas Brasil (NU/Brasil) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a doença afetou 216 países e territórios, resultou em mais de 640 milhões de casos e mais de 6 milhões de mortes. O Relatório Saúde nas Américas, publicado em 2022, ressalta que a região foi responsável por 29% de todos os casos de covid-19 e 44% das mortes em todo o mundo. (MONTES; FARIZA, 2021; NU BRASIL, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022)

As respostas à pandemia foram diversas; alguns países tiveram sucesso em controlar a covid-19, outros não. A pandemia não apenas fragilizou os sistemas de saúde (caracterizados por subfinanciamento, segmentação e fragmentação), mas desestabilizou programas de proteção social – o que a literatura tem também denominado de *supportive*

*social structures*<sup>1</sup> (HOUSE, 1987) e pôs em evidência, segundo Boaventura de Sousa Santos (2020), as abissais desigualdades, além da necessidade de novas políticas públicas e de novos pactos sociais. A pandemia deixou à mostra o “rastros de destruição e de sofrimento” de quatro décadas de neoliberalismo sobre as estruturas de proteção social, encontrou sistemas públicos de saúde fragilizados e países com um grau alto de dependência da indústria farmacêutica para assegurar medicamentos e vacinas. No caso brasileiro, a desigualdade econômica se refletiu, inclusive, na diferença da imunização entre estados mais ricos e pobres.

Faz-se importante reconhecer que, além do quadro de desigualdades estruturais, a América Latina especialmente vivencia baixo crescimento econômico, informalidade e empregos precários, aumento da pobreza, das iniquidades em saúde e, conseqüentemente, das tensões sociais e violências. O cenário de aprofundamento das desigualdades socioeconômicas e iniquidades sanitárias, especialmente nos países da América Latina, torna-se mais evidente em função do crescimento das taxas de desemprego, homicídios e de mortes violentas entre as populações pobres, negras, povos indígenas, comunidades quilombolas e populações ribeirinhas, durante a pandemia. O agravamento da pobreza entre essas diversas populações intensifica-se com as vulnerabilidades sociais, relacionadas também aos determinantes sociais preexistentes que influenciam as condições de vida das pessoas. (NAÇÕES UNIDAS, 2021a, 2021b, 2021c, 2021d, 2021e; MONTES; FARIZA, 2021; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022)

A história tem mostrado que a capacidade individual e coletiva de se proteger contra a devastação das epidemias varia significativamente entre as classes e grupos sociais. Da peste bubônica no século XVII à covid-19 no século XXI, os grupos sociais mais pobres, vulneráveis e marginalizados têm sido os mais atingidos devido às más condições de vida e de saúde dessa parcela da população. (KODAMA; PIMENTA, 2020)

---

1 Existem evidências, segundo House (1987), de que o apoio social pode reduzir a morbidade e a mortalidade, diminuir a exposição ao estresse psicossocial e outros riscos à saúde. Ainda segundo o autor, as relações sociais, as redes sociais e o apoio social têm importantes efeitos positivos na saúde dos indivíduos e comunidades.

Em relação ao caso brasileiro, os dados da Síntese de Indicadores Sociais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2020 e 2021, indicam conjunturas predominantemente desfavoráveis para o crescimento econômico com impactos negativos para o bem-estar das famílias brasileiras com aumento da pobreza e do desemprego. Os indicadores apontam a gravidade da questão social brasileira com acirramento das desigualdades sociais resultante da concentração de riquezas por uma parcela mínima dos mais ricos que detém o controle sobre bens e serviços básicos como água potável, eletricidade, internet, alimentos, medicamentos, insumos farmacêuticos, transporte e combustíveis. (IBGE, 2020, 2021) As desigualdades regionais ficam ainda mais evidentes, uma vez que as regiões Norte e Nordeste figuram em praticamente todos os indicadores, em grande desvantagem frente às demais do país.

Segundo Almeida Filho (2020), para entender o impacto das desigualdades econômicas, sociais e políticas no campo da saúde, é fundamental recuperar a discussão do binômio pobreza-desigualdades, além de outros temas como modos de vida, práticas de saúde, iniquidades em saúde, acesso aos serviços de saúde e situação/condição de saúde dos indivíduos e comunidades.

Em função deste contexto, torna-se evidente a importância de reforçar a Saúde Pública, suas estruturas, serviços, além de recursos humanos qualificados. Cabe destacar a importância da Saúde Pública integrada aos sistemas de saúde e às instituições formadoras, na busca por melhorias nos sistemas de vigilância epidemiológica e na capacitação profissional. Neste sentido, é fundamental implementar políticas públicas de educação e saúde, de ciência e tecnologia que levem em consideração marcadores de raça, gênero, etnia, além das condições socioeconômicas e do desenvolvimento do complexo econômico e industrial de saúde, como componente da sustentabilidade científico-tecnológica do Sistema Único de Saúde (SUS). (SANTOS, J. V., 2018)

Cada vez mais a integração da Saúde Pública em todos os níveis de atenção deve ser aprimorada: o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), que ao longo das últimas décadas vem historicamente acumulando importantes conquistas para a saúde da população e para a organização do SUS, em muitos países, é um caminho necessário e sustentável para

a saúde universal como um direito humano, com qualidade, equidade, inclusão e justiça social. Se na década de 1980 o principal desafio na área da Saúde Pública era reduzir os índices de mortalidade infantil, hoje o grande desafio é reduzir as desigualdades e as iniquidades sanitárias e sociais, especialmente as relacionadas ao acesso de qualidade a grupos com maior necessidade.

Após dois anos de combate a essa catástrofe sanitária, o mundo adquiriu novos conhecimentos científicos e informações sobre diferentes estratégias de prevenção da transmissão. As lições aprendidas, que agora podem ser orientadas para o desenho de estratégias para a nova fase pós-covid-19, também podem contribuir para enfrentar outros problemas de saúde, favorecer a adoção de práticas profissionais socialmente responsáveis e avançar em melhorias de infraestrutura nas redes de saúde.

Tomando, portanto, a conjuntura brasileira atual marcada por imensas desigualdades econômicas, sociais e sanitárias como estudo de caso, discute-se aspectos do processo de formação profissional, para além da produção do cuidado no campo da saúde. As transformações ocorridas na sociedade brasileira, nos últimos anos, têm implicado no aumento das desigualdades que tornam mais complexas as relações entre condições de vida, determinantes sociais, iniquidades em saúde e formação profissional. (SANTOS; ARAÚJO; JOAZEIRO, 2019) Esses fatores marcam a relação entre instituições formadoras e os serviços de saúde na construção de saberes necessários à prática educativa com responsabilidade social.

Que lições a covid-19 nos deixou para enfrentar os problemas no pós-pandemia? E, diante de tal realidade, como as desigualdades sociais repercutem nos cuidados em saúde da população mais pobre, especialmente no contexto da Atenção Primária? Partindo dessas inquietações, o estudo se propõe a discutir o tema central do I Seminário Internacional de Saúde da Família e Democracia – “Formação profissional, acesso e desigualdades sociais no contexto pós-pandêmico” –, especificamente no âmbito da Atenção Primária, evidenciando as tensões entre questões sanitárias e sociais, a formação profissional e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e suas implicações nos cuidados das populações

vulneráveis nas sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia, ou seja, aquelas populações desproporcionalmente expostas aos riscos, incluindo os grupos que tendem a enfrentar problemas financeiros, mentais e físicos. (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022)

Faz-se importante destacar que os desafios postos pela pandemia não são apenas sanitários. São socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, científicos, agravados pelas desigualdades estruturais entre países, regiões e populações; o que está em cena é a necessidade de pensar a catástrofe sanitária, e suas sequelas, articulada à complexidade das respostas que ela demanda e refletir sobre as lições aprendidas com a crise socio sanitária. As condições de vida (como resultado da organização social, com suas diferenças sexuais, étnicas, raciais ou de classes), marcam a forma como as pessoas, os grupos e as comunidades são afetados pelos riscos, a exemplo da catástrofe sanitária da covid-19, especialmente quando não é possível antecipar essas crises e os riscos que produzem. (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022)

Deve-se destacar ainda que é necessário qualificar os profissionais de saúde na perspectiva da construção compartilhada do conhecimento, aproximando-os, sempre que possível, das realidades vivenciadas pelas comunidades. A questão é possibilitar a construção de práticas profissionais com orientação social, com base no entendimento das demandas e permanente busca de informações das realidades dos grupos e comunidades. (FEITOSA; LAGO; FEITOSA, 2017)

Como pesquisadoras da área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, e especificamente pela atuação no Laboratório de Práticas Educação em Saúde (LPES),<sup>2</sup> que desde 2018 trabalha temas como: desigualdades sociais; iniquidades em saúde; sociedades em risco; formação profissional em saúde; exclusão social; e injustiças e violências, temos por objetivo neste capítulo, portanto, ampliar a discussão sobre o tema das desigualdades socio sanitárias, suas consequências e lições aprendidas pós-pandemia da covid-19 na proposta de mudanças das práticas profissionais.

---

2 Ver em: <https://laboratoriodepraticasufsb.webnode.com/>.



## A problemática das desigualdades: maior pobreza, maiores iniquidades em saúde

Desigualdade é um termo de múltiplos significados e relaciona-se à deterioração das condições de trabalho, educação, saneamento básico, habitação, saúde, especialmente das populações mais vulneráveis. A desigualdade condiciona, limita e prejudica uma pessoa, um grupo ou uma comunidade e, conseqüentemente, interfere em requisitos básicos para a qualidade de vida. Na América Latina, apesar das melhoras alcançadas nas últimas décadas (diminuição na proporção de pessoas desnutridas, com taxas de desnutrição infantil menores e baixas taxas de mortalidade entre crianças com menos de cinco anos), persistem as injustiças sociais, especialmente aquelas associadas ao acesso aos serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012, 2017)

As grandes desigualdades são provocadas, entre outros fatores, por uma distribuição desigual de renda e pelas conseqüentes injustiças que afetam as condições de vida de quase 50% da população dessa região, que convive com a pobreza de forma imediata. (FEO ISTÚRIZ et al., 2020) Soma-se a este contexto, a maior crise sanitária da história recente que expôs as lacunas que persistem em relação à saúde universal. Uma tragédia que levou também às crises econômica e social, agravadas por problemas históricos, em especial, a desproteção social. Os relatórios da Cepal indicam a proteção social universal como pilar central do Estado de bem-estar, ou seja, sistemas universais e integrais de saúde e educação que ampliem a cobertura para as populações vulneráveis, além de novos pactos sociais que garantam igualdade e inclusão social (NAÇÕES UNIDAS, 2021c, 2021d, 2021e), entretanto tem-se observado poucos avanços entre os países da região.

O presente trabalho não pretende esgotar o assunto, contudo, ao pensar no contexto histórico das desigualdades na América Latina leva em conta que esse conceito estabelece uma relação profunda com os conceitos de injustiça, sofrimento e iniquidades em saúde. Importante, neste sentido, discutir o conceito de desigualdade vinculado também às questões sanitárias. O debate atual em torno das iniquidades em saúde

aponta como desafio alinhar os processos de formação ao fortalecimento das redes de atenção para garantir a qualidade do cuidado e das práticas que se realizam nos serviços de saúde em tempos de pandemia e, em especial, na pós-pandemia. As necessidades de saúde se apresentam cada vez mais dinâmicas e complexas, especialmente em função de cenários de catástrofe sanitária. A complexidade dessa discussão aponta, portanto, para práticas colaborativas nos diversos cenários, aperfeiçoar o efetivo trabalho em equipe e melhorar a qualidade da atenção e do cuidado às populações mais vulneráveis. (FARIA; PATIÑO, 2020)

A onda crescente de desigualdades no Brasil e em outros países da América Latina preocupa mais do que nunca. Em parte, o fenômeno ocorre em função das transformações políticas e do cenário econômico desde 2014. “Na América Latina, a porcentagem de pobreza extrema aumentou de 7,8% para 11,3% e a pobreza de 27,8% para 30,5%”. (NAÇÕES UNIDAS, 2021c, p. 6)

Por outro lado, em função da crise sanitária com a chegada da covid-19 nos países da região, os dados são extremamente críticos:

Até 28 de junho de 2021, mais de 1.260.000 pessoas haviam morrido por doença coronavírus (Covid-19) em países da América Latina e Caribe, no que constitui a maior crise de saúde da história recente da região. Esse número equivale a 32% do total de mortes no mundo, uma proporção quase quatro vezes maior que a da população da região em relação à população mundial (8,4%). O acesso desigual a vacinas e serviços de saúde (tanto em países quanto em grupos sociais) e o surgimento de novas variantes do vírus aumentam a incerteza sobre a evolução da pandemia e a consequente abertura e recuperação das economias. (NAÇÕES UNIDAS, 2021c, p. 1)

Estes cenários contribuem para o aumento das lacunas estruturais: informalidade, baixa produtividade e fragmentação dos sistemas de saúde e proteção social. É um cenário de grandes incertezas permeado por importantes contradições no campo da saúde, que agudizam as desigualdades socioeconômicas. Cabe destacar que os serviços de saúde tiveram de lidar com aumentos na demanda, em um cenário de recursos limita-

dos, para enfrentar uma doença que rapidamente se transformou em uma crise mundial de saúde pública, social e econômica.

## **A problemática das desigualdades sociais com foco na saúde**

A crise gerada pela pandemia da covid-19 evidenciou as assimetrias existentes entre as economias desenvolvidas, emergentes e em desenvolvimento, na implementação de políticas destinadas a mitigar os efeitos sanitários, econômicos e sociais da crise como para impulsionar uma recuperação sustentável. (NAÇÕES UNIDAS, 2021c, 2021d, 2021e)

Na América Latina, as agendas públicas transitam por histórias que vão das rebeliões aos sistemas repressivos, da estabilidade democrática aos períodos autoritários, da cidadania inclusiva às reformas excludentes. Barata (2009) já apontava alguns elementos nessa direção, ao demonstrar o modo pelo qual as desigualdades refletem situações de injustiça e sofrimento social e produzem cenários favoráveis às iniquidades em saúde. O quadro social de múltiplas iniquidades retrata indivíduos e/ou comunidades em desvantagem com relação às várias oportunidades que, se ausentes das políticas públicas, favorecem condições de vida indignas, injustas e desumanas, que contribuem para a vulnerabilização.

Os problemas sociais persistem em muitos países e, em muitos casos, se correlacionam às desigualdades em saúde entre países, regiões e grupos sociais. A crise sanitária ampliou e exacerbou as disparidades sociais, educacionais, econômicas e as desigualdades prosperaram em meio à pandemia da covid-19 e provocaram lacunas ainda maiores nos sistemas de saúde. Em muitos casos, a APS teve de fazer frente aos maiores desafios socio sanitários da pandemia e principalmente aos problemas crônicos pré-existentes da população, que também carregava as sequelas da covid-19 no meio de um contexto desolador de serviços sucateados, com deficiente estrutura e escassez de profissionais e inadequadas condições de trabalho. Ou seja, observou-se a persistência de problemas de saúde ou doenças que deveriam estar erradicadas ou controladas, juntamente com a emergência de problemas de saúde provocados pela covid-19.

Persistem condições estruturais de desigualdade especialmente no acesso à saúde, em um contexto em que a pandemia ainda não foi totalmente controlada. Os impactos sociais e econômicos da covid-19 ameaçam aprofundar ainda mais as iniquidades nesta região. (NAÇÕES UNIDAS, 2021A, 2021B, 2021C, 2021E)<sup>3</sup> Benza e Kessler (2022) analisaram o impacto social da pandemia de covid-19 na América Latina e afirmam que a crise ainda está em curso e sem previsão de controle, porém o curto período de pandemia reverteu os poucos ganhos sociais alcançados no último século, ao ponto de as sociedades latino-americanas serem afetadas pelos retrocessos sociais em diversos contextos e pelo aumento das desigualdades.

Nessa perspectiva, as medidas restritivas e também as de proteção social foram insuficientes, decorrentes das desigualdades estruturais as quais atingiram de forma diferenciada a população. Apesar das medidas emergenciais de proteção social adotadas para combater a pandemia, já era previsto que a pobreza e a pobreza extrema alcançassem níveis não observados na maioria dos países nas últimas décadas. (NAÇÕES UNIDAS, 2022, 2021C, 2021E)

Nessa direção, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) apontou disparidade entre os países referentes aos incentivos à retomada de desenvolvimento econômico/social. A análise do déficit de proteção social já existente entre esses países, aliado a limitação de recursos para mitigação da crise do mercado de trabalho, evidencia a ampliação da possibilidade de aprofundamento da crise e ameaça à sobrevivência da população desprotegida, bem como ao retorno do desenvolvimento social. (MIRANDA et al., 2020)

Nas palavras de Morin (2020),

A crise sanitária desencadeou uma engrenagem de crises que são concatenadas. Essa policrise ou megacrise se estende do existencial ao político, passando pela economia, do indivíduo ao planetário, passando por famílias, regiões, Estados. Em suma, um

---

3 Todos os dados relacionados à pandemia, às desigualdades e políticas públicas na região das Américas, podem ser pesquisados nos materiais de aula do Curso Internacional “La Pandemia y la Salud Pública en Latinoamérica”, coordenado por Rocío Alvarez e Lina Faria.

minúsculo vírus de uma cidade ignorada da China desencadeou uma convulsão no mundo.

A despeito de diversos países, inclusive o Brasil, a adoção de uma agenda neoliberal para combater a crise sanitária, outros países, utilizaram estratégias de retomada econômica, visando aspectos mais humanitários. (MIRANDA et al., 2020)

A crise sanitária intensificou simultaneamente uma crise humanitária e revelou a carência de políticas públicas que priorizem questões sociais, sacrificando ainda mais as condições de vida das populações vulneráveis. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022) É possível acrescentar que a crise sanitária desencadeou, também, um movimento de transformação das práticas em saúde em torno de discussões sobre os desafios da formação em Saúde Pública em tempos de pandemia, especialmente em função das crescentes desigualdades em saúde e dos sistemas de saúde e profissionais pouco preparados para enfrentar a crise socio sanitária e suas consequências, em todos os níveis de atenção.

A literatura tem sublinhado o caráter global das desigualdades em saúde que aflige especialmente as populações dos países mais pobres, mas também as dos mais ricos, cuja persistência torna-se um dos sérios problemas que desafiam gestores, profissionais e também formuladores de políticas públicas nesta área. Essa mesma literatura tem destacado o impacto que as características socioeconômicas têm sobre a saúde das populações e alerta para o fato de que a distribuição de recursos econômicos, sociais, culturais, sanitários, materiais e simbólicos é extremamente desigual na maioria das sociedades. (DEATON, 2013; MARMOT, 2015) Para o epidemiologista britânico Michel Marmot (2015, p. 29), “as desigualdades em saúde que podem ser evitadas são injustas”. Segundo o autor, uma sociedade justa é aquela em que a saúde da população é boa, a equidade em saúde é alta e ambas melhoram com o passar do tempo.<sup>4</sup>

---

4 Importante estabelecer as diferenças entre desigualdades e iniquidades em saúde. As desigualdades referem-se às diferenças existentes nas condições de saúde relacionadas às diferenças no acesso aos serviços e aos cuidados. Iniquidades em saúde, por outro lado, referem-se às desigualdades que podem ser evitadas e, portanto, são injustas. (ALMEIDA FILHO, 2011; BARRETO, 2017)

Uma revisão crítica da produção acadêmica latino-americana sobre desigualdade e saúde que classifica as abordagens teóricas e os distintos conceitos presentes na literatura sobre desigualdade e saúde pode ser encontrado em Almeida Filho (1999, 2011). Assim como a relação entre nível de renda e saúde tem sido um dos temas estudados também por pesquisadores da área da Saúde Coletiva, a exemplo de Paim (1997) e Silva, Paim e Costa (1999). As inúmeras pesquisas sobre este tema abordam a relação entre nível de renda e os vários aspectos da desigualdade em saúde, a renda e condição ou nível de saúde, renda e perfil de morbimortalidade, condição socioeconômica e padrão de mortalidade, nível de renda e demanda, acesso e utilização de serviços de saúde.

No início da pandemia da covid-19 houve ampla visibilidade das desigualdades, pouco observadas em “tempos normais”, com diálogos sobre a relação entre economia e saúde. Governos e intelectuais tentaram discutir proteção social – renda cidadã ou universal –, além dos impostos extraordinários para os mais ricos e pensar em formas de vida mais saudáveis e sustentáveis. (BENZA; KESSLER, 2022)

## **A problemática das desigualdades: o social e o cuidado na APS no Brasil**

Aqui se coloca o seguinte imperativo: uma vez que as desigualdades estão historicamente instituídas na sociedade brasileira e constituem parte de um contexto social perverso, implicado também no campo da saúde, a redução das desigualdades e o fortalecimento da Atenção Primária e das redes assistenciais regionalizadas, só serão possíveis por meio de estratégias de formação qualificada e valorização dos profissionais de saúde, na integração de saberes, nas possibilidades diversificadas de vivências e na criação de espaços facilitadores de reflexões que atrelem prática e teoria, tarefa que cabe, principalmente, ao Estado em todos seus âmbitos.

Segundo Almeida Filho (2011), o SUS visa não só aos atendimentos, mas à promoção humanista da saúde em ações que passam pela concepção ampliada de saúde, com ênfase às suas determinações sociais, mudanças na situação de saúde da população brasileira, a partir da

redução das desigualdades sociais e da melhoria das condições de vida dos diversos grupos. Contudo, a redução das desigualdades sociais e a melhoria das condições de vida requer a valorização da equidade – um dos princípios doutrinários do SUS no Brasil, que tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça. O princípio da equidade, portanto, norteia políticas sociais e práticas em saúde. Neste sentido, para ter equidade é necessário o reconhecimento das necessidades de grupos específicos e, também, práticas profissionais que atuem para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais os grupos mais vulneráveis estão submetidos.

Faz-se importante reconhecer, no entanto, a fragilidade na formação dos novos profissionais frente às questões das desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Alguns estudos reforçam ser fundamental que esses profissionais compreendam como as desigualdades presentes na organização social de cada sociedade são refletidas no estado de saúde da população, assim como no acesso aos serviços de saúde existentes. Os sistemas de saúde têm a tarefa de reduzir os danos à saúde dos grupos mais vulneráveis. (BARATA, 2019; BARRETO, 2017) Neste sentido, uma formação socialmente responsável pode ser propositiva para a diminuição das desigualdades em saúde no país.

Uma das grandes dificuldades do profissional de saúde é conhecer as condições de vida da população com a qual trabalha. Essa questão tem sido estudada pela necessidade de comparar condições de vida entre diferentes regiões do país. São muitas as clivagens que se transformam em desigualdades e, com muita frequência, em iniquidades, à medida que, por relações essencialmente de poder, o acesso e a posse aos bens e serviços são desigualmente distribuídos. Populações mais vulneráveis têm sido afetadas historicamente pelas desigualdades e estas desigualdades, com frequência, transferem-se para o campo da saúde, tornando-se visíveis seja nas desiguais condições de vida dos diferentes grupos, seja no acesso diferenciado aos recursos disponíveis nos serviços. (BARRETO, 2017)

As relações entre desigualdade e saúde são percebidas no cotidiano da sociedade brasileira, em um contexto social perverso. No Brasil, a persistência das desigualdades demonstra as raízes históricas e estruturais

deste problema, que se encontram também na formação profissional na área da saúde. O surgimento do novo coronavírus trouxe a oportunidade de repensar as práticas profissionais e discutir o papel da Saúde Pública em momentos de crise sanitária.

A proteção social se configura como “porta de entrada” para políticas de promoção social, por meio de investimentos em necessidades básicas, para atender as demandas mais prementes das sociedades. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) indica processos de educação, formação e capacitação profissional na Atenção Primária que visam ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde com as realidades sociais, extraindo dessas realidades a essência da prática comunitária voltada para a responsabilidade social. O social, portanto, impõe-se na produção do cuidado que vise, entre outros fatores, a transformação das práticas nos serviços de saúde, para que se tornem mais resolutivas, integradas e sensíveis às realidades locais. (BRASIL, 2010)

Segundo Toneto, Ribas e Carvalho (2021), a falta de investimentos em programas sociais ameaça trazer à tona uma das faces mais cruéis da pandemia: as mesmas desigualdades socioeconômicas que agravaram seus efeitos por elevarem risco de contágio e o número de mortes pelo vírus poderão aprofundar essa crise, prejudicar as perspectivas de recuperação do Brasil e deixar o país em uma posição ainda mais vulnerável para absorver novas crises. De acordo ainda com os autores, o combate às desigualdades socioeconômicas e a redução das iniquidades em saúde não necessariamente caminham juntos, mas podem ser contemplados por meio de propostas de expansão de políticas públicas e de proteção social.

Nesse sentido, cabe registrar que desigualdade e saúde, mesmo antes da ocorrência da pandemia, é uma relação presente no cotidiano das populações marginalizadas e excluídas. Entretanto, na ocorrência da covid-19, uma parcela expressiva da população tem sido lançada à condição da extrema pobreza, fruto da interação entre o reflexo histórico da desigualdade estrutural, social e econômica. (MIRANDA et al., 2020)



Com poucas exceções, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação. (BARRETO, 2017, p. 2100)

Outro aspecto a destacar são as desigualdades estruturais que se configuram num cenário de maior vulnerabilidade e risco face à covid-19 entre as comunidades tradicionais indígenas, quilombolas e ribeirinhas. (NAÇÕES UNIDAS, 2021e) Para Abramo (2022) a desigualdade na América Latina aumentou com a crise econômica e social da pandemia de covid-19 e configura-se em cinco eixos que estruturam e reproduzem a desigualdade social na América Latina: estrato socioeconômico ou classe social, condição étnico-racial, gênero, território e idade, além da orientação sexual e migração.

A pandemia é um desafio sem precedentes para a ciência, para as sociedades e para os profissionais de saúde, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados, em todos os seus componentes, para o seu enfrentamento. Contudo, segundo Barreto (2017), mesmo com o avanço das tecnologias de saúde, não se tem observado a mesma correspondência na melhoria das condições de saúde das populações, principalmente quando estas são estratificadas por áreas geográficas, grupos sociais ou étnicos.

Dessa maneira, é de grande importância o papel social do cuidado na APS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), embora tenha apresentado ampliação entre primeira e segunda versões (2006 e 2011), em sua revisão de 2017, reafirma a importância de “[...] qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas” (BRASIL, 2017, p. 68), com responsabilidade social.

O setor saúde tem um papel importante na formação de novos profissionais que estabeleçam um diálogo sobre o porquê da saúde e da equidade em saúde serem metas que devem ser compartilhadas com a sociedade como um todo, além de identificar como os outros setores

podem contribuir com políticas que incidem sobre os determinantes sociais, no sentido de reduzir diferenças, desigualdades, vulnerabilidades e exposição aos riscos ligados à saúde.

## **Experiências de formação e qualificação profissional para as mudanças na organização dos processos de trabalho em saúde no Brasil**

Faz-se importante reconhecer mudanças na formação superior dos profissionais de saúde que vinham sendo estimuladas por meio de políticas públicas, com a aprovação do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) em 2005 (BRASIL, 2009) e do Programa Mais Médicos (PMM) em 2013 (BRASIL, 2019) – dois programas voltados ao atendimento das necessidades e que impulsionaram iniciativas de mudança na formação nas duas últimas décadas, assegurando transformações nos processos formativos com excelência técnica e relevância social. (HADDAD; CYRINO; BATISTA, 2018)

O Pró-Saúde abarcou, além da medicina, os cursos de enfermagem e odontologia, na tentativa de aproximar o ensino-serviço e abordagem integral do cuidado na Atenção Básica, considerando os aspectos socioeconômicos e culturais da população. (MATIAS et al., 2019)

Entre os objetivos do Pró-Saúde estava reorientar o processo de formação dos profissionais da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira.

A educação dos profissionais de saúde deve ser entendida como processo permanente na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação, a gestão e os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil. A formação do profissional em saúde, respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo MEC, deve estar atenta ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio, antes referido, entre a excelência técnica e a relevância social. (BRASIL, 2009, p. 14)

O PMM visava a melhoria do atendimento aos usuários do SUS. Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa previa investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), e residências médicas para qualificar a formação desses profissionais. O programa buscava garantir um atendimento qualificado, ampliar o acesso aos serviços, criar vínculos com a comunidade e humanizar o atendimento – iniciativas para o fortalecimento da Atenção Básica no país.

Diante da insuficiência de médicos e da inadequação de formação para o SUS, em 2013, a iniciativa governamental do PMM, teve como objetivo formar médicos para os serviços, orientar o funcionamento dos cursos de medicina no Brasil, reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, garantir o acesso igualitário e integral a todos, com foco nas reais necessidades e nos aspectos socioeconômicos e culturais para a produção do cuidado na comunidade. (BRASIL, 2013; MATIAS et al., 2019)

No início recebeu apoio de médicos vindos de Cuba e outros países, em acordo internacional com o Brasil, além de uma série de incentivos para os médicos formados no país, mas a partir de 2018, o acordo foi desarticulado pelo governo e o PMM teve redução de financiamento e contou somente com o apoio de médicos nacionais que queriam contribuir com o cuidado de populações marginalizadas e vulneráveis, principalmente em territórios muito distantes das cidades-capitais. (SILVA et al., 2018)

Campos e Malik (2008) já apontavam o problema da alta rotatividade dos médicos como uma das fragilidades, pela distância até o local de trabalho, falta de capacitação e de materiais nas unidades de saúde para a realização da prática assistencial. Esse problema passou a fazer parte das agendas governamentais e da centralidade dos debates de políticas e programas, culminando no Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica (Provab) e do PMM. (SILVA et al., 2018)

A novidade desse programa centrava-se na redistribuição dos médicos com a ênfase em mudanças no processo de formação médica por meio dos programas de residência ou do estímulo à introdução de inovações metodológicas nos cursos de graduação. (SILVA et al., 2018) Além disso, criou mais de 5 mil vagas nos cursos de medicina em áreas remo-

tas, estimulou a expansão de residências médicas principalmente em Medicina de Família e Comunidade (MFC), bem como, mudanças pedagógicas nos cursos de medicina por meio da inserção dos estudantes em unidades da rede básica do SUS e investiu na melhoria da infraestrutura da rede em aproximadamente 4 mil municípios do país. (BRASIL, 2015; RIOS, TEIXEIRA, 2018; SOARES et al., 2022)

Uma perda substancial, portanto, para a APS foi a mudança na condução do PMM, especialmente com o cancelamento da parceria com o governo cubano, cujo convênio era estabelecido por intermédio da OPAS. A possibilidade de se conseguir o profissional médico para determinadas regiões do país, especialmente as mais longínquas e com alta vulnerabilidade social, foi um importante diferencial do programa na garantia de acesso à saúde para a população mais pobre. (REIS, 2018)

Na visão de Matias e demais autores (2019) houve tentativas de mudanças curriculares por meio de iniciativas governamentais, que propusessem o diálogo entre o modelo hegemônico biomédico com o social, porém o poderoso complexo médico-industrial exerce influência no mercado de trabalho e nas práticas de saúde e tensiona a formação médica de acordo com seus interesses, seguindo a lógica das especialidades e fragmentação dos cuidados em saúde.

Outro programa que desafia o sistema tradicional de qualificação profissional em saúde nos últimos anos é o Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE/MPSF em Rede Nacional, idealizado em 2014 com a parceria da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde e Ministério da Educação e de mais de 25 instituições públicas de Ensino Superior do país. (GUILAM et al., 2020)

O PROFSAÚDE iniciou com uma primeira turma de médicos em 2017, e atualmente está em andamento com a quarta turma multiprofissional, que reúne as categorias profissionais de medicina, enfermagem e odontologia, e contribui para a formação de docentes e preceptores no SUS além de incentivar a educação permanente de profissionais de saúde nas áreas de atenção, gestão e educação. (GUILAM et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2021)

Cabe ressaltar que durante a pandemia da covid-19 o PROFSAÚDE não parou suas atividades e funcionou de forma coordenada, colaborativa e sistematizada. Nas palavras de Teixeira e demais autores (2021, p. 9), o programa “representa o território vivo, dinâmico e real dos profissionais e educadores que hoje trabalham nesse duplo papel de formar e transformar a realidade do Sistema de Saúde”. Leva em consideração a extensão territorial do país, sua diversidade regional, heterogeneidade e necessidade de formação de profissionais de saúde e de fortalecimento da APS e da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Com base nessas premissas, o PROFSAÚDE representa tanto uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, como uma proposta de formação profissional na saúde, como resposta a uma nova concepção de assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população. É uma estratégia de formação que visa atender a expansão da pós-graduação no país, bem como a educação permanente de profissionais de saúde com base na consolidação de conhecimentos relacionados à APS, à gestão e à educação. Portanto, esta formação deve estar articulada com a prática social na rede básica de saúde.

## Considerações finais

As emergências, sobretudo as de caráter global, intensificam as desigualdades sociais e tornam particularmente desafiadora a tarefa de enfrentá-las. No caso da pandemia da covid-19, que se desenrola como uma espécie de experimento biológico e social de largas proporções, o desafio se faz ainda maior pelo impacto profundo sobre os que a vivenciam, nos mais variados e distintos cenários que compreendem os contornos específicos e espaços singulares das experiências individuais e coletivas.

As gritantes desigualdades sociais nos países da América Latina têm se refletido em inaceitável excesso de mortes pela covid-19 entre pobres, negros, indígenas, quilombolas e outros grupos vulneráveis. É necessário enfrentar as iniquidades sanitárias e sociais como um direito humano das populações. A pandemia destacou essa importância. Embora a doença atinja a todos, seus efeitos não se expressam de

maneira igualitária devido às iniquidades no acesso aos serviços públicos e as diversas vulnerabilidades a que estão expostas parcelas significativas das populações dessa região.

Da mesma maneira que é possível reconhecer as diferenças em saúde socialmente determinadas em certa comunidade ou sociedade, também é possível entendê-las na comparação entre os dados de saúde de países diferentes. É preciso, portanto, enfrentar os desafios das desigualdades sociais, das iniquidades em saúde e das sociedades injustas. Enfatizar a importância da Saúde Pública, com suas estruturas, serviços e recursos humanos qualificados. A Saúde Pública deve estar integrada nos sistemas de saúde e nas áreas de formação para melhorar e fortalecer os sistemas de vigilância epidemiológica e capacitação nesta área.

Em contextos de elevada incerteza com evidência científica muito limitada, faz-se necessário repensar o papel das instituições formadoras e o desafio da formação. Conciliar conhecimentos e interpretações e suas consequências tornarem-se evidentes e significativas para as comunidades.

Investir em mudanças na formação em saúde que incidam na melhoria das condições de vida das populações pobres, a partir do desenvolvimento de práticas capazes de resolver problemas de saúde individuais e/ou coletivos e tornar o SUS mais equânime. Uma formação com base no conhecimento epidemiológico, na prevenção e na promoção da saúde, capaz de viabilizar ou potencializar a oferta de um modelo de atenção com base na identificação de necessidades e análise dos problemas sociais e de saúde das populações.

No caso brasileiro, a APS deve assumir seu papel de condutora dessas mudanças. As equipes de saúde devem atuar numa abordagem inter e transdisciplinar, que integre atores da comunidade e do espaço inter-setorial, para fortalecer a participação nas questões sociais, num encontro e diálogo de saberes interculturais. O social e o cuidado na APS são desafios intensificados em tempos de austeridade. Reafirma-se, assim, a dimensão social na produção do cuidado.

No âmbito da formação em saúde, cabe refletir sobre as reais necessidades da população e dos territórios adscritos na APS, principalmente considerando os princípios norteadores do SUS, onde a equidade cobra

papel relevante, de maneira que é premente sua efetivação tanto na qualificação profissional como na atenção à saúde das populações mais vulneráveis, que necessitam de maior apoio dos gestores locais, regionais e do governo federal, assim como dos profissionais de saúde que atuam no território. Mais ainda, em tempos pandêmicos e no futuro mais próximo, que já mostram as sequelas e desafios que se deve enfrentar na pós-pandemia e nas diversas esferas da sociedade, que expõem cruelmente as desigualdades sociais, econômicas, culturais, políticas e de direitos dos cidadãos e cidadãs.

## Referências

- ABRAMO, L. Racial Inequalities as a Structuring Axis of Social Inequality in Latin America and the Afro-Descendant Population. In: VOMMARO, P.; BAISSOTTI, P. (ed.). *Persistence and Emergencies of Inequalities in Latin America: a Multidimensional Approach*. São Paulo: Springer, 2022. p. 167-184.
- ALMEIDA FILHO, N. Desigualdades em saúde segundo condições de vida: análise da produção científica na América Latina e Caribe e bibliografia anotada. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Pesquisa em Saúde Pública Documentos Técnicos*, 19. Washington, D.C.: OPAS, 1999. p. 153-153.
- ALMEIDA FILHO, N. Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, Buenos Aires, v. 16, p. 1-34, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2751/es/>. Acesso em: 13 maio 2021.
- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2022
- BENZA, G.; KESSLER, G. The Impact of the Pandemic on Latin America: Social Setbacks and Rising Inequalities. In: VOMMARO, P.; BAISSOTTI, P. (ed.). *Persistence and Emergencies of Inequalities in Latin America: a Multidimensional Approach*. São Paulo: Springer, 2022. p. 33-49.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206, p. 1-4, 22 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 245, p. 1-3, 19 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 154, n. 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_mais\\_medicos\\_dois\\_anos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_reorientacao\\_profissional\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf). Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 1 set. 2022.

CALVINO, I. *Seis propostas para o próximo milênio*. São Paulo: Cia. das Letras, 1990.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/kKH6BLCbVfMXrMk8vHLzT9S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 set. 2022.



COSTA, A. F. Desigualdades sociais e pandemia. In: CARMO, R. M. C.; TAVARES, I.; CÂNDIDO, A. F. (org.). *Um olhar sociológico sobre a crise Covid-19 em livro*. Lisboa: Observatório das Desigualdades, 2020. p. 4-16.

DEATON, A. *The great escape: health, wealth, and the origins of inequality*. Nova Jérsei: Princeton University Press, 2013.

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. C. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. *Revista del CESLA*, Varsóvia, n. 29, p. 11-28, 2022. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3899278-sociedades-em-risco-e-os-m%C3%BAltiplos-fatores-que-fragilizam-rela%C3%A7%C3%B5es-sociais-em-tempos-de-pandemia](https://redib.org/Record/oai_articulo3899278-sociedades-em-risco-e-os-m%C3%BAltiplos-fatores-que-fragilizam-rela%C3%A7%C3%B5es-sociais-em-tempos-de-pandemia). Acesso em: 11 maio 2022.

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Violências, injustiças e sofrimento humano: o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche. *Cadernos IHU (Unisinos)*, São Leopoldo, v. 18, p. 1-28, 2020. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/605331-violencias-injusticias-e-sofrimento-humano-o-impacto-das-desigualdades-latino-americanas>. Acesso em: 11 maio 2022.

FEITOSA, L. G.; LAGO, E. C.; FEITOSA, I. M. Contexto organizacional e implementação de políticas públicas de saúde mental sob a perspectiva do quadrilátero da formação. In: PEREIRA, S. L.; ROSA, L. C. dos S.; SILVA, E. K. B. da et al. (org.). *A Política de Saúde Mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina: EdUFPI, 2017. p. 191-212. Disponível em: [https://www.ufpi.br/arquivos\\_download/arquivos/EDUFPI/A\\_POL%C3%8DTICA\\_DE\\_SA%C3%9ADE\\_MENTAL\\_NO\\_PIAU%C3%8D\\_SOB\\_A\\_%C3%89GIDE\\_DA\\_RAPS.pdf](https://www.ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/A_POL%C3%8DTICA_DE_SA%C3%9ADE_MENTAL_NO_PIAU%C3%8D_SOB_A_%C3%89GIDE_DA_RAPS.pdf). Acesso em: 11 maio 2022.

FEO ISTÚRIZ, O.; RODRIGUES, A. M.; SAAVEDRA, F. et al. *Crisis Civilizatoria: impactos sobre la Salud y la Vida*. Santo Domingo: FLACSO: IDEP Salud, 2020. Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20201106101258/VI-Dossier-GT-SISS-2020.pdf>. Acesso em: 16 maio 2022.

GUILAM, M. C. R.; TEIXEIRA, C. P.; MACHADO, M. F. A. S. et al. Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde): uma experiência de formação em rede. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 24, p. 1-15, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jicse/a/JHBXSLpx4Y9zzkfTvXtXXwx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2022.

HADDAD, A. E.; CYRINO, E. G.; BATISTA, N. A. Pró-Ensino na Saúde: pesquisas sobre formação docente e os processos de ensino e trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na reorientação da formação profissional na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, p. 1305-1307, 2018. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Cgb3KPyc59sGVndCgbT7Tgb/?lang=pt#:~:text=O%20Pr%C3%B3%2Densino%20buscou%20valorizar,SUS%2C%20a%20presen%C3%A7a%20de%20uma>. Acesso em: 16 maio 2022.

HOUSE, J. S. Social support and social structure. *Sociological Forum*, New York, v. 2, n. 1, p. 135-146, 1987.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101760.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

KODAMA, K.; PIMENTA, T. S. Condições de vida e vulnerabilidades nas epidemias: do cólera no século 19 à Covid-19. *Fiocruz*, Rio de Janeiro, 19 maio 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1794-condicoes-de-vida-e-vulnerabilidades-nas-epidemias-do-colera-no-seculo-19-a-covid-19.html>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MARMOT, M. *The Health Gap: the challenges of an unequal world*. New York: Bloomsbury, 2015.

MATIAS, M. C.; VERDI, M.; FINKER, M. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 115-127, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Vf7mMLjNkMSKj6mnmj9xgdSf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P. *et al.* (org.). *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MIRANDA, S. S.; GUIMARÃES, J. M. de M.; FRANÇA, J. R. *et al.* Impactos sociais e econômicos da COVID-19. In: BARRA-NETO, M.; BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. F. *Construção do Conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. Salvador: Edufba, 2020. v. 2, p. 2-29. Disponível em: [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/27/vol2\\_cap26\\_Impactos%20sociais%20e%20econ%C3%B4micos%20da%20COVID-19.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/32942/27/vol2_cap26_Impactos%20sociais%20e%20econ%C3%B4micos%20da%20COVID-19.pdf). Acesso em: 30 ago. 2022.

MONTES, R.; FARIZA, I. Pobreza extrema na América Latina será a mais alta em 20 anos por causa do coronavírus. *El País*, Santiago, 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/economia/2021-03-04/pobreza-extrema-na-america-latina-sera-a-mais-alta-em-20-anos-por-causa-do-coronavirus.html>. Acesso em: 30 ago. 2022.

MORIN, E. *Um festival de incerteza*. Paris: Ed. Gallimard, 2020. Não paginado. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/599773-um-festival-de-incerteza-artigo-de-edgar-morin>. Acesso em: 18 ago. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. *Balço Preliminar das Economias da América Latina e do Caribe, 2021*. Resumo executivo, Santiago: Nações Unidas, 2022. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47852/S2100699\\_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47852/S2100699_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 15 ago. 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. *Estudio Económico de América Latina y el Caribe Dinámica laboral y políticas de empleo para una recuperación sostenible e inclusiva más allá de la crisis del COVID-19*. Santiago: CEPAL, 2021a. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47192/58/S2100608\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47192/58/S2100608_es.pdf) Acesso em: 12 maio 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. Santiago: CEPAL, 2021b. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf). Acesso em: 11 maio 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. *O Paradoxo da Recuperação na América Latina e no Caribe: crescimento com persistentes problemas estruturais: desigualdade, pobreza, pouco investimento e baixa produtividade*. Santiago: CEPAL, 2021c. Disponível em: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/47043/S2100379\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/47043/S2100379_es.pdf). Acesso em: 12 maio 2022.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Painel: a autonomia da mulher e a economia do cuidado no marco de uma recuperação transformadora e sustentável com igualdade. *CEPAL*, Santiago, 2021d. Disponível em: <https://www.cepal.org/en/events/panel-womens-autonomy-and-care-economy-framework-transformative-and-sustainable-recovery>. Acesso em: 10 nov. 2021.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. *Panorama Social de América Latina*, 2020. Santiago: CEPAL, 2021e. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46687/8/S2100150_es.pdf). Acesso em: 15 maio 2022.

NU BRASIL. América foi o continente mais afetado pela pandemia de COVID-19, com mais de 850 mil mortes. *NU Brasil*, Brasília, DF, 4 jan. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/106842-america-foi-o-continente-mais-afetado-pela-pandemia-de-covid-19-com-mais-de-850-mil-mortes>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde nas Américas*. Panorama da Região das Américas no contexto da pandemia de COVID-19, Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56473/OPASEIHHHA220024\\_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56473/OPASEIHHHA220024_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Acesso em: 1 dez. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde nas Américas+*: panorama regional e perfis de países. Washington, D.C.: OPAS, 2012. Disponível em: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=list&format=html&layout=default&slug=sa-2012-capitulos-pais-23&Itemid=231&lang=pt](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=list&format=html&layout=default&slug=sa-2012-capitulos-pais-23&Itemid=231&lang=pt). Acesso em: 5 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde nas Américas+*: resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34323/9789275719671\\_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34323/9789275719671_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y). Acesso em: 12 maio 2022.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. C. B. *Condições de vida e situação de saúde*. São Paulo: Abrasco, 1997. p. 7-30.

REIS, V. Nota Abrasco sobre a saída dos médicos cubanos do Mais Médicos. *Abrasco*, Rio de Janeiro, 18 nov. 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/nota-abrasco-sobre-saida-dos-medicos-cubanos-do-programa-mais-medicos-para-o-brasil/38190/>. Acesso em: 28 ago. 2022.

RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7QS7C3Kk5kZNB7pb8TXfNHg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SANTOS, B. de S. Coronavírus: Tudo o que é sólido desmancha no ar. *Blog da Boitempo*, São Paulo, 2 abr. 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/02/coronavirus-tudo-o-que-e-solido-desmancha-no-ar/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SANTOS, J. V. SUS é mais do que uma política de saúde pública. Entrevista especial com Jairnilson Paim. *IHU (Unisinos)*, São Leopoldo, 11 ago. 2018. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/581727-sus-e-mais-do-que-uma-politica-de-saude-publica-entrevista-especial-com-jairnilson-paim>. Acesso em: 28 ago. 2022.

SANTOS, S. S.; ARAÚJO, L. J.; JOAZEIRO, E. M. Desigualdade social, formação profissional e trabalho coletivo da e na saúde: dilemas da atualidade. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 1315-1325, 2019. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/1103>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SILVA, L.; PAIM, J.; COSTA, M. Desigualdades na mortalidade por estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-197, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/d9nd3ScfFvpGGWMywSQ8Npt/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SILVA, V. O.; RIOS, D. R. S.; SOARES, C. L. M. *et al.* O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 489-502, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PpJrNmXKLvs9XsfTDMbhQ3j/?lang=pt>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SOARES, C. L. M.; TEIXEIRA, C. F.; RIOS, D. R. S. *et al.* O Programa Mais Médicos na produção científica brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 98-118, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3583>. Acesso em: 5 ago. 2022.

TEIXEIRA, C. P.; SANTOS, D. V. D.; RAMOS, A. A. M. *et al.* Mestrado Profissional em Saúde da Família: práticas e reflexões para o Sistema Único de Saúde. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 24, p. 5-9, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/36176>. Acesso em: 5 ago. 2022.

TONETO, R.; RIBAS, T.; CARVALHO, L. *Dos pobres para os paupérrimos ou dos mais ricos para os mais pobres?*. O impacto sobre a desigualdade de diferentes formas de expansão das transferências de renda no Brasil. São Paulo: MADE: USP, 2021. n. 8, p. 1-6. Disponível em: [https://fpabramo.org.br/observabr/wp-content/uploads/sites/9/2021/02/2-Toneto\\_Carvalho\\_NPE008\\_2021\\_0215.pdf](https://fpabramo.org.br/observabr/wp-content/uploads/sites/9/2021/02/2-Toneto_Carvalho_NPE008_2021_0215.pdf). Acesso em: 13 maio 2022.

CAPÍTULO 2

## DESIGUALDADES SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE conquistas, retrocessos e desafios

CARMEN FONTES TEIXEIRA

JAMILLI SILVA SANTOS

### Introdução

*A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos.*

*[...] Só conseguimos perceber a existência de um direito a ter direitos (e isto significa viver numa estrutura onde se é julgado pelas ações e opiniões) e de um direito de pertencer a algum tipo de comunidade organizada, quando surgiram milhões de pessoas que haviam perdido esses direitos e não podiam recuperá-los devido à nova situação política global.*

Hannah Arendt (2012, p. 403).

O estudo e a reflexão sobre o tema “desigualdades sociais” atravessa a história da filosofia e das ciências humanas, podendo-se identificar, alguns textos “clássicos”, a exemplo do ensaio de Rousseau sobre “As origens das desigualdades entre os homens” (2017). No campo da saúde, é com o aparecimento da Medicina Social, durante os séculos XVIII e XIX, que surgem investigações sistemáticas sobre as relações entre condições de vida e indicadores de morbimortalidade, a exemplo do estudo de Villermé, em 1828 na França, que mostrou a associação entre as taxas de mortalidade e as condições de vida das diferentes classes sociais, tomando como indicador das diferenças, a distribuição da população pelos bairros de Paris. (ROSEN, 1979)

O trabalho monumental de Engels sobre *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* (2010), por sua vez, tornou-se um marco inspirador dos estudos pioneiros que tratavam de relacionar processos sociais vinculados à organização econômica e social do capitalismo industrial à deterioração das condições de trabalho, habitação e saúde da população empregada na manufatura e na grande indústria emergente, em um período em que o proletariado ainda não havia conquistado os mínimos direitos trabalhistas, como a definição das jornadas de trabalho, o trabalho da mulher e das crianças, os direitos a férias, aposentadorias, licenças e benefícios, que constituíram, progressivamente, as conquistas que configuram o sistema de seguridade social, organizado, inicialmente na Alemanha de Bismarck.

No Brasil, país marcado, em toda a sua história, pela enorme desigualdade nas condições de vida, trabalho e saúde da população, o estudo desse tema encontra-se na gênese e no processo de constituição do campo da Saúde Coletiva (VIEIRA-DA-SILVA, 2018), porquanto, inspirado nesses estudos pioneiros, o tema das desigualdades sociais foi incluído na agenda da pesquisa epidemiológica, especialmente a dos pesquisadores que se inseriram na corrente de pensamento da Epidemiologia Social latino-americana, a exemplo de Ana Maria Tambellini, Carlos Monteiro, Hésio Cordeiro, Jairnilson Paim, Maurício Barreto, Moises Goldbaum e vários outros.

Tais estudos contribuíram para o desenvolvimento da vertente crítica e militante da Saúde Coletiva, vinculada organicamente ao movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (PAIM, 2008, 2018a), a qual, como sabemos, foi responsável pela elaboração do documento “A questão democrática na área da Saúde” (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 1979), um marco no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, foram sendo formuladas e implementadas várias políticas e estratégias voltadas ao enfrentamento da problemática da desigualdade social no acesso a ações e serviços de saúde, inspiradas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade que conformam o arcabouço jurídico-político do SUS.

Como pesquisadoras da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, e especificamente por conta do trabalho que a equipe do



Observatório de Análise Política em Saúde<sup>1</sup> vem desenvolvendo há mais de 8 anos, monitorando o processo de formulação e implementação de várias dessas políticas no âmbito do SUS, nos propomos, neste capítulo, a apontar algumas dessas políticas, destacando o *contexto* em que foram formuladas, os principais *resultados* alcançados e os *problemas e desafios* enfrentados na conjuntura mais recente. Assim, tratamos inicialmente de destacar as políticas universalistas voltadas para a expansão da cobertura de ações e serviços de saúde, subsidiárias do reconhecimento do direito à saúde como um direito de cidadania e, em seguida, apontamos algumas políticas de promoção da equidade em saúde, voltadas aos grupos sociais específicos, conquistadas em função da ação política de movimentos sociais que incluíram suas demandas na agenda do Estado.

Após isso, discutimos, brevemente, os retrocessos que vêm se verificando nos últimos anos, a partir das crises – econômica, política e institucional – do período mais recente (2016-2022), agravadas pela pandemia da covid-19 e pelo desmonte do SUS no contexto de fortalecimento do projeto ultra neoliberal, autoritário e conservador, finalizando com algumas reflexões sobre os desafios atuais tendo em vista a luta pela democracia, pela reconstrução do SUS e pela retomada da RSB.

## Democracia, direito à saúde e movimentos sociais

Para entendermos a importância das políticas e estratégias implementadas no âmbito do SUS no enfrentamento das desigualdades sociais, é importante resgatar que o projeto original da RSB não se limitava à criação do SUS, senão que incorporava uma concepção ampliada de saúde, enfatizando suas determinações sociais, e propunha a “democratização da saúde”, em suas múltiplas dimensões, de estado vital, serviços e saber. Ou seja, tinha no seu *horizonte utópico* a mudança da situação de saúde da população brasileira, a partir da redução das desigualdades sociais e da melhoria das condições de vida dos diversos grupos, ideal a ser alcançado na medida em que a sociedade e o Estado reconhecessem o *direito à saúde* como um direito social, a ser garantido mediante

---

1 Ver: [www.analisepoliticaemsaude.org](http://www.analisepoliticaemsaude.org).

políticas econômicas e sociais que promovessem a “igualdade de oportunidades”, para que todos pudessem viver uma vida plena, tendo suas necessidades, inclusive as necessidades de saúde, atendidas, sem discriminação de classe, gênero, raça/etnia, ou quaisquer outros preconceitos que limitem o acesso universal, integral e equitativo a ações e serviços de saúde. Além disso a “utopia concreta” da RSB contemplava (e contempla), a democratização do conhecimento, da informação e do saber sobre a saúde, daí a ênfase que se dava, na época, à educação popular (na perspectiva freiriana), e também à democratização da participação social no processo de decisão acerca das políticas e programas de saúde, isto é, a ampliação e diversificação dos sujeitos políticos incluídos nas instâncias decisórias do Estado.

Desse modo, o projeto original da RSB tinha como finalidade o enfrentamento das desigualdades sociais em suas diversas formas, tanto no âmbito *econômico, social e epidemiológico*, quanto no âmbito *político*, visando contribuir para a superação da sub-representação das maiorias (mulheres, negros, pobres etc.) no processo político e nas instâncias decisórias do Estado (democracia representativa + democracia direta), através da ênfase dada à participação social através de conselhos e conferências de saúde, quanto no âmbito sociocultural, pelo estímulo à formação de uma “consciência sanitária” que incorpore a compreensão da saúde enquanto “modo de vida” (ALMEIDA FILHO, 2011), apontando, portanto, para uma reforma que não se limitaria à reorganização do sistema de saúde, significando uma verdadeira “reforma intelectual e moral”, uma “reforma cultural” na saúde e na sociedade.

Como sabemos, a mobilização em torno da RSB desaguou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e se expressou no texto constitucional (BRASIL, 1988), não sem resistências das forças (ainda) hegemônicas do setor Saúde, vinculadas ao capital empresarial (empresas de saúde), industrial (multinacionais de medicamentos e equipamentos) e financeiro (planos e seguros privados de saúde), que conseguiram impor limitações ao texto, inclusive mantendo o setor privado como “complementar” ao SUS. Ora, estamos trazendo tudo isso de volta para lembrar que *o processo da RSB não se completou*, enfrentando avanços e retrocessos ao longo dos últimos 46 anos – de 1976, ano da criação do Centro Brasileiro de

Estudos de Saúde (CEBES), até 2022 –, nas diversas conjunturas que se sucederam, desde a luta contra a ditadura nos anos 1970, passando pela “transição democrática”, no período pré-constituente, e nos diversos governos eleitos democraticamente a partir de 1989 (Collor/Itamar, FHC, Lula, Dilma).

Nesse percurso, a questão das *desigualdades sociais* permaneceu como um referente empírico fundamental para a elaboração e implementação de políticas públicas, tanto políticas mais amplas de “combate à pobreza”, que impactaram as condições de vida e saúde da população, quanto políticas elaboradas e implementadas no âmbito do SUS, ou seja, políticas e estratégias voltadas para garantir a *universalidade* do acesso a ações e serviços de saúde, e políticas específicas voltadas à *promoção da equidade* em saúde, na medida em que tomam como população-alvo, grupos portadores de necessidades especiais e/ou grupos vulnerabilizados em função de suas condições de vida, trabalho, educação, habitação etc.

Cabe ressaltar, inclusive, que o processo de formulação e implementação dessas políticas nasceu no bojo de *movimentos sociais* (GOHN, 2004) seja como no caso do SUS, o Movimento pela RSB, composto por organizações da sociedade civil, notadamente da área de saúde, seja no bojo de outros movimentos, definidos em função de sua composição e projeto sociopolítico, a exemplo do movimento feminista, dos movimentos negros, do movimento indígena, dos movimentos dos trabalhadores rurais sem-terra etc.

Desse modo, entendemos que o enfrentamento das desigualdades sociais, em suas múltiplas expressões no mundo do trabalho e na vida cotidiana, tem sido, também, um mote para a organização de movimentos sociais contemporâneos, que extrapolam as formas de organização sindical, associações profissionais, e partidos políticos, com as quais se estabelecem “frentes”, “redes”, e outras formas de organização e vocalização política de demandas muitas vezes fluidas e episódicas, diante de problemas concretos a serem enfrentados, como, por exemplo, a pandemia da covid-19.

## SUS: políticas de inclusão social e promoção da equidade em saúde

O SUS é expressão de uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais. Ainda que respaldado no conjunto de princípios e diretrizes adotados na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e nas Leis nº 8080/90 e 8142/90,

a análise da experiência acumulada revela uma tendência à diversificação das estratégias utilizadas pelos dirigentes do sistema em cada conjuntura, realizando um ajuste das propostas às possibilidades de ação e dos constrangimentos decorrentes da permanente negociação com os diversos atores políticos envolvidos, sejam os que atuam internamente ao sistema, a exemplo dos gestores, profissionais e trabalhadores de saúde, sejam os que pressionam o sistema desde fora, atuando para que as decisões adotadas atendam aos seus interesses, demandas e necessidades, a exemplo das pressões exercidas pelos fornecedores de insumos, pelos prestadores de serviços ao SUS, pelas empresas médicas contratadas e conveniadas, pelas corporações profissionais vinculadas ao processo de reprodução ampliada do modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico. (TEIXEIRA et al., 2023)

Com isso, o SUS se situa em uma arena permanente de conflitos, enfrentamentos, negociações, pactos, com os quais se tenta, no mais das vezes, administrar crises e introduzir reformas em aspectos parciais de sua estrutura organizacional e político-gerencial, algumas das quais caminham na direção da “imagem-objetivo” pretendida no marco jurídico constitucional e outras se afastam dessa imagem, quando não a desfiguram. Nessa perspectiva, alguns trabalhos apontam a distância entre o “SUS democrático” vinculado ao projeto da RSB, o “SUS formal”, desenhado na Constituição Federal e nas Leis nº 8080 e 8142, o “SUS para pobres”, expressando políticas focalizadas em saúde segundo influências

de organismos internacionais, e o “SUS real”, espaço de conflito e enfrentamento entre concepções e projetos políticos distintos com relação ao papel do Estado e à sua responsabilidade pela garantia do direito à saúde (cidadania plena, regulada ou invertida). (PAIM, 2011, 2018b)

O importante a destacar para os objetivos desse capítulo é que, em meio aos conflitos e negociações que ocorreram no âmbito do SUS ao longo de 30 anos (1988-2018), foram formuladas políticas e estratégias de expansão de cobertura dos serviços que contribuíram para a inclusão de milhões de pessoas ao sistema, especialmente no acesso às ações e serviços básicos. Nesse sentido, cabe ressaltar a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, na esteira da ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), programa focalizado criado no contexto da epidemia de cólera no início dos anos 1990, que veio, posteriormente a se transformar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997), implementada, entre 1997 e 2016, que resultou na ampliação da cobertura da atenção básica em todo o território nacional com universalização dessa cobertura em municípios de pequeno porte, processo associado à própria descentralização do sistema de saúde via municipalização. (AQUINO et al., 2014; PINTO et al., 2019)

A expansão sustentada da cobertura populacional da ESF<sup>2</sup> contribuiu para o crescimento exponencial da produção de serviços básicos, a exemplo das ações coletivas de promoção e vigilância da saúde, com destaque para a realização das campanhas de vacinação, acompanhamento pré-natal e monitoramento do crescimento e desenvolvimento de crianças, bem como o acompanhamento e assistência à população portadora de hipertensão arterial e diabetes, além do encaminhamento de pacientes aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico no âmbito da atenção ambulatorial e hospitalar. (PINTO et al., 2019)

Cabe destacar, inclusive, a incorporação da atenção à Saúde Bucal (SB) no PSF, principalmente a partir de 2003, com o “Brasil Sorridente”, que promoveu uma expressiva ampliação da oferta de ações de atenção primária e especializada, com a implantação dos Centros de Especiali-

---

2 O número de Equipes de Saúde da Família implantadas passou de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017, e a cobertura populacional saltou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões). (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

dades Odontológicas (CEO) e outras ações de SB.<sup>3</sup> (LIMA, 2022) Nesse aspecto, inclusive, trata-se de um avanço extraordinário, na medida em que a atenção odontológica pública era extremamente limitada no período anterior ao SUS, sendo incluída na agenda política da saúde no governo Lula I, apresentando uma expansão significativa de equipes e serviços até 2018. (LIMA, 2022)

Assim, é possível inferir que a presença de equipes multiprofissionais de Saúde da Família contribuiu para a melhoria das condições de saúde das populações adstritas, ainda que não se possa afirmar que este processo tenha produzido a mudança do modelo de atenção, porquanto um dos resultados indesejados tem sido o aumento da demanda por serviços de média e alta complexidade, que reproduzem o modelo médico-assistencial hegemônico. (MEDINA et al., 2018)

Nesse sentido, é importante registrar que, paralelamente aos esforços para a expansão da atenção básica segundo o modelo construído no âmbito da ESF, pressões políticas decorrentes da crise que se expressou nas jornadas de 2013, conduziram o governo federal a investir na criação do Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013a), com apoio da cooperação internacional. A implantação deste programa, apesar de ter significado um aumento significativo da cobertura de atenção básica, principalmente nos pequenos municípios e em áreas periféricas das grandes cidades (RIOS; TEIXEIRA, 2018; SOARES et al., 2022), de certo modo reforçou a percepção da população acerca da centralidade do profissional e da clínica médica na prestação de serviços de saúde, diversamente do que se pretendeu com a ESF, centrada na atenção integral, valorizando a promoção da saúde e a possibilidade de articulação da atenção básica com as ações de vigilância em saúde.

Além dessas políticas universalistas, cabe destacar a formulação e implantação de políticas e programas voltados ao atendimento das necessidades de subgrupos da população ou para enfrentar problemas específicos de saúde, a exemplo da Política de Saúde do Trabalhador que

---

3 Em 2003 havia 6.170 equipes, chegando a 26.712 em 2018, em 5.012 municípios. O número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) aumentou de 100, em 2004, para 1.139 em 2018. A cobertura populacional de Saúde Bucal (SB) na Atenção Básica (AB) salta de 20,5% para 42,2% no mesmo período. (LIMA, 2022)

inclui ações de prevenção de riscos e agravos vinculados aos processos e condições de trabalho em diversos setores da economia, de forma articulada às políticas de emprego, assistência social e meio ambiente, e às ações da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), composta pelos Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador e por milhares de serviços sentinelas, capazes de diagnosticar, tratar e registrar os agravos à saúde relacionados ao trabalho. (BRASIL, 2012)

Também cabe destacar os avanços na área de atenção integral à saúde da mulher, objeto de grande mobilização do movimento feminista<sup>4</sup> desde os anos 1970, quando foi lançado o Programa Materno-infantil, redefinido a partir da formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>5</sup> e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (GÓES, 2018; SILVEIRA; PAIM; ADRIÃO, 2019) Segundo o documento, esta política,

incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidade. (BRASIL, 2004, p. 5)

- 
- 4 A história dos movimentos feministas no Brasil revela a amplitude de lutas e conquistas por trabalho digno (licença-maternidade e salários equiparados), por direitos políticos, pelo direito das mulheres à autonomia e integridade de seus corpos, pelo direito ao aborto e pelos direitos sexuais e reprodutivos, pela proteção da vida das mulheres e contra o estupro, contra a violência doméstica e o assédio sexual/moral, e contra todas as outras formas de discriminação, subordinação e opressão. (PINTO, 2003)
  - 5 O PAISM contempla melhoria da qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério, visando a redução da mortalidade materna, e ações voltadas à prevenção do câncer de mama e de útero, bem como a assistência a mulheres vítimas de violência doméstica e sexual. (OSIS, 1998)

Mais recentemente foi formulada a Política de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH) voltada para o enfrentamento dos fatores de risco e da ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população masculina. Há, entretanto, que se registrar a incipiência dessa política, limitada, na prática, às ações de rastreamento do câncer de próstata, por meio da campanha intitulada “Novembro Azul”. (SOUSA et al., 2021)

Seguindo a lógica de elaboração de políticas segundo “ciclo de vida”, alguns programas que já existiam antes do SUS foram “refuncionalizados” no âmbito do Ministério da Saúde (MS), a exemplo do Programa de Saúde da Criança e do Programa de Saúde do Adolescente e do Jovem. A Política de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, por sua vez, foi instituída em 2006, com o objetivo de preservar a autonomia e a independência funcional dessas pessoas, através de ações de diversos setores, como os da educação, previdência e assistência social, desenvolvimento urbano, justiça e direitos humanos, além da saúde.

Tão importante quanto as políticas “universalistas”, que recortam a população segundo critérios binários relativos ao sexo (mulheres/homens) ou de acordo com a idade/ciclo de vida (criança/adolescente/idoso), têm sido as políticas formuladas e implementadas a partir da incorporação de demandas dos movimentos sociais organizados em função da defesa dos direitos de grupos populacionais vulnerabilizados, a exemplo da população negra, indígenas, LGBTQIA+, portadores de deficiência, usuários de serviços de atenção à saúde mental etc.

Nessa perspectiva, cabe destacar o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2008), que alcançou grandes conquistas com a aprovação da Lei nº 10.216, intitulada Lei Paulo Delgado, em 2001, que assegura a proteção e os direitos das pessoas com distúrbios mentais e desencadeou a implantação da Rede de Atenção Psicossocial, constituída por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e outros dispositivos voltados a garantir a desinstitucionalização dos pacientes internados no modelo asilar tradicional e a redução do número de leitos psiquiátricos (MOTA, 2022), colocando em discussão a forma como a sociedade encara a problemática da saúde mental e do uso de drogas no país.



Do mesmo modo, a grande mobilização dos movimentos negros<sup>6</sup> contra o racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), o preconceito e a discriminação étnico-racial têm produzido um conjunto de conquistas pela garantia dos direitos humanos, políticos e sociais dessas populações, a exemplo do Programa Nacional de Direitos Humanos e do Estatuto da Igualdade Racial. No campo da saúde, em particular, conquistaram a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2006, com o objetivo de combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no SUS, bem como promover a equidade em saúde da população negra.<sup>7</sup> (ARAÚJO; TEIXEIRA, 2016; BRASIL, 2009; WERNECK, 2016)

A mobilização das populações indígenas,<sup>8</sup> por sua vez, tem gerado o reconhecimento da importância da formulação de uma política de saúde voltada para estes grupos, o que ocorreu, finalmente, em 2002, com a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), e o desenvolvimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas<sup>9</sup> (DSEIs), unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).

Em outro registro, porém igualmente importante, o MS criou, desde 1991, o programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência,

- 
- 6 Os movimentos negros brasileiros constituem uma diversidade de sujeitos, organizações e entidades políticas, sindicais, culturais, associativas, assistenciais e religiosas que se forjaram na luta contra o racismo e as diversas formas de opressão a ele relacionadas. (ALBERTI; PEREIRA, 2004; DOMINGUES, 2007)
  - 7 A PNSIPN (BRASIL, 2007) visa: (a) ampliar o acesso da população negra aos serviços de saúde; (b) incluir o tema étnico-racial nos processos de educação dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social; (c) combater situações de abuso, exploração e violência; (d) garantir a utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas; e (e) identificar as necessidades de saúde da população negra para o planejamento de ações.
  - 8 Os povos originários sofrem, há séculos, opressão, perseguição e massacres. A mobilização política desses grupos começou na década de 1970 visando um crescente protagonismo na definição de prioridades e formas de atuação em defesa de seus interesses e de sua visão de mundo. (ESPERIDIÃO et al., 2023)
  - 9 No Brasil, há 34 DSEIs divididos por critérios territoriais, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, não obedecendo os limites dos estados. Sua estrutura conta com unidades básicas de saúde indígenas, polos-base e Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI).

com o objetivo de promover a redução da incidência de deficiência no país e garantir a atenção integral a tal população na rede de serviços do SUS. (BRASIL, 2008) Formalizando, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Em 2011, o governo federal lançou o Programa Viver sem Limite, que engloba ações de educação, saúde, inclusão social e acessibilidade das pessoas com deficiência, persistindo, no entanto, a escassez de serviços para apoiar tais pessoas. (GERALDO; ANDRADE, 2022)

Em 2003, os Ministérios da Saúde e da Justiça adotaram o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (BRASIL, 2003) e, 11 anos depois, em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). (BRASIL, 2014) O plano previa que os presídios deveriam dispor de equipes de saúde próprias. A política ampliou as ações para além dos presídios, inserindo as pessoas custodiadas em delegacias policiais, cadeias públicas e colônias agrícolas ou industriais, assim como para trabalhadores em serviços penais, familiares de pessoas presas. Embora a sua formulação tenha sido um avanço, é preciso reconhecer que a implantação da PNAISP é incipiente na maioria dos estados. (SIMAS et al., 2021)

Somente em 2010, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, fruto de um longo processo de luta política dos movimentos LGBTQIA+<sup>10</sup> que contempla uma série de ações de proteção e assistência à saúde desses grupos. (BRASIL, 2010; FREITAS, 2020; MACEDO, 2019)

Finalmente, cabe referir a intensa mobilização do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST),<sup>11</sup> que tem produzido um conjunto de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em

---

10 Os movimentos LGBTQIA+ lutam pelo reconhecimento da diversidade sexual e pela promoção dos interesses dos indivíduos que não se enquadram na heteronormatividade dominante com relação às questões de gênero, ou seja, a dicotomia homem e mulher. (ESPERIDIÃO et al., 2023)

11 O MST encontra-se organizado em 25 estados brasileiros, com uma base formada por núcleos (compostos por 500 famílias), brigadas (grupo de até 500 famílias), direção regional, direção estadual e direção nacional, setores e coletivos, responsáveis pela formulação e implementação de propostas alternativas às políticas governamentais convencionais. (ESPERIDIÃO et al., 2023)

seus territórios e elaborado diversas propostas e estratégias de luta pela garantia do direito universal à saúde no Brasil, a exemplo da inserção em conselhos e conferências de saúde e a participação na formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. (BARROS; BARROS, 2021; BRASIL, 2013b; TEIXEIRA, 2018)

## **Crise atual e desafios para a reconstrução do SUS: democracia sempre!**

Os problemas e desafios à consolidação do SUS aprofundaram-se em virtude das crises econômica e política desencadeadas em 2014, do afastamento da presidente Dilma e do resultado das eleições presidenciais de 2018, em que se elegeu o candidato da extrema-direita. (PAIM, 2019; TEIXEIRA; PAIM, 2018) Nesse período, observou-se um processo acelerado de desmonte de políticas e programas de saúde, consequente ao subfinanciamento e desfinanciamento do SUS, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, a intensificação da privatização da gestão, a precarização do trabalho e a drástica redução dos investimentos em infraestrutura, ciência e tecnologia, formação e qualificação de pessoal e, especificamente, as opções políticas com relação à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB),<sup>12</sup> ao financiamento<sup>13</sup> e organização da Atenção Básica e o desmonte do PMM.<sup>14</sup>

---

12 A “nova” PNAB, aprovada em 2017, permite a composição de equipes com distintas cargas horárias de médicos e enfermeiros e flexibiliza o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em cada área, mudanças que fortalecem o retorno da atenção básica aos moldes tradicionais. (MELO et al., 2018)

13 O MS com o aval do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), modificou a estrutura de financiamento da atenção básica no país mediante a criação do Previnhe Brasil (BRASIL, 2019a), que traz a lógica da focalização para as ações de atenção básica e reintroduz a lógica da produtividade na Atenção Básica (AB). (MASSUDA et al., 2022)

14 A forte resistência da elite da categoria médica ao PMM contribuiu decisivamente para o desmonte desse programa no atual governo federal, que lançou, em substituição, o Programa Médicos para o Brasil. (BRASIL, 2019b) Este programa traz embutido a proposta de criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), alvo de críticas por parte da rede de pesquisadores sobre Atenção Primária

A partir do ano 2020, somou-se a essas crises, a pandemia da covid-19, cuja evolução foi marcada por conflitos e divergências intergovernamentais, face à opção do governo federal pela estratégia institucional de disseminação do vírus da covid-19 (CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO, 2021), ao esforço de governadores e prefeitos para implementar medidas de contenção, e às tensões com o poder legislativo e judiciário. Com isso, apesar do SUS ter apresentado uma resposta significativa à pandemia, verificou-se um excesso de casos e óbitos e um agravamento das iniquidades sociais na medida em que a pandemia afetou mais intensamente as populações vulneráveis, atingidas pelo desemprego, queda dos níveis de renda e precariedade das condições de vida.<sup>15</sup> (FREITAS; PEREIRA; MACHADO, 2022; LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020; SHIMIZU et al., 2021)

Face a esta situação, as entidades do movimento da RSB reagiram, promovendo a realização de diversas ações, que culminaram com a organização da Frente pela Vida, reunindo, paulatinamente, centenas de entidades científicas e profissionais e organizações da sociedade civil. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA et al., 2020; RIZZOTO, COSTA; LOBATO, 2020) Esta frente tem se destacado na elaboração de documentos, a exemplo do *Plano Nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19* (2020), que apresenta um conjunto de proposições para o enfrentamento da pandemia e dos seus efeitos sobre as condições de vida e saúde da população, mantendo-se atuante até o momento, em defesa da democracia e do SUS.

Nessa perspectiva, tem se multiplicado, nos últimos meses, os debates em torno dos obstáculos e desafios do SUS, indicando-se que o caminho fundamental para sua consolidação é a ampla mobilização popular, envolvendo os mais diversos setores da sociedade civil que atuam a favor

---

de Saúde (APS) no Brasil. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2022; MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020)

15 Um dado que evidencia os efeitos desse processo é o retorno do país ao mapa da fome, com cerca de 125 milhões de brasileiros convivendo, atualmente, com a insegurança alimentar, dos quais 33 milhões passam fome diariamente. (REDE PENSSAN, 2021)

dos direitos de cidadania e se opõem à mercantilização da saúde.<sup>16</sup> Paim (2019, 2021) aponta a necessidade de organização de coalizões políticas em defesa dos sistemas universais e públicos, defende a atuação no parlamento e judiciário, promovendo a articulação de novos e múltiplos atores, como lideranças partidárias, institucionais, sindicais e de movimentos sociais diversos (mulheres, LGBTQIA+, negras(os), indígenas, sem-terra, sem-teto, ambientalistas, jovens, trabalhadoras(es) etc.), considerando que essa mobilização revitaliza a via sociocomunitária da RSB, enquanto a atuação no Judiciário, a princípio não prevista pela RSB, pode ser uma alternativa complementar para garantir o respeito à Constituição e às leis da saúde. Souza e demais autores (2019) destacam ainda a necessidade de articulação das forças democráticas tendo em vista a formulação de um projeto de desenvolvimento nacional soberano, inclusivo, sustentável e a defesa da democracia em todos os níveis e espaços de convivência social.

## Comentários finais

Para finalizar essa breve reflexão cabe reiterar que esperamos que, com a mudança do cenário político a partir das eleições desse ano, tenhamos, de novo, gestores e equipes técnicas nas instituições de saúde, principalmente ao nível federal, comprometidos com a defesa da RSB e do SUS, e que consigamos formar uma bancada parlamentar comprometida com a defesa das políticas públicas de saúde, educação e ciência e tecnologia. Nesse sentido, cabe reiterar a pauta da *saúde e desigualdades*, da prioridade da atenção aos grupos vulneráveis, considerando marcadores de raça, gênero, etnia, condições socioeconômicas, e do desenvolvimento do complexo econômico e industrial de saúde, como componente da sustentabilidade científico-tecnológica do SUS.

---

16 Cabe destacar que apesar da redução das críticas e ataques ao SUS durante a pandemia de covid-19 (BOUSQUAT et al., 2021), mesmo com a crise econômica, aumentou a venda de planos de saúde, porquanto a superlotação dos serviços do SUS durante a pandemia, assustou as pessoas que sacrificaram outros gastos para comprar planos de saúde, na expectativa de que com isso teriam uma maior garantia de acesso a serviços. Em 2021, foram vendidos 1,3 milhão de novos planos. Ver em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/contratacao-de-planos-de-saude-cresce-em-12-meses>.

Para isso, é fundamental lutar pela superação do subfinanciamento, com a revogação imediata da Emenda Constitucional nº 95 e ampliação do volume de recursos destinados à recompor a infraestrutura dos serviços públicos, especialmente a rede básica, a valorizar a força de trabalho em saúde, principalmente o pessoal de enfermagem, tão duramente afetado durante a pandemia, e fortalecer as ações de promoção e vigilância em saúde, ao tempo em que se recupere e intensifique as ações e serviços de saúde voltados ao atendimento da demanda reprimida no contexto da pandemia, especialmente as doenças e situações crônicas, inclusive os problemas de saúde mental.

Ademais, é desejável que avancemos com o processo de democratização da saúde, alargando os espaços de participação social, através da articulação com antigos e novos movimentos sociais. O SUS que desejamos é um SUS “vivo”, antenado com as reivindicações e demandas dos diversos grupos e dos movimentos sociais organizados... um espaço aberto à participação de representantes da sociedade civil, desperta e dinâmica, que reagiu durante a pandemia: mulheres, indígenas, população negra e quilombola, movimentos das favelas, jovens empreendedores e ativistas de direitos humanos. O SUS que ultrapasse a formalização dos conselhos de saúde, que se abra a assembleias populares, a oficinas e rodas de conversa no território dos bairros e comunidades, no chão das fábricas e nas estações de metrô. Que a saúde seja cada vez mais tema de debate nas rádios comunitárias, nas escolas públicas e privadas, nos corredores das universidades; que a pauta da saúde ultrapasse doença e morte, e se discuta amor e sexo, drogas, poesia, violência e resistência, feminismo e machismo, que enfrente o racismo institucional e a homofobia que, todavia, persistem em nossas unidades de saúde, defendendo assim, a liberdade de ser, de pensar, de agir, estimulando a responsabilidade de criar, contribuir, de cada um encontrar seu lugar em uma sociedade plural, multiétnica, multicultural e radicalmente democrática.

## Referências

ALBERTI, V.; PEREIRA, A. A. *História do movimento negro no Brasil: constituição de acervo de entrevistas de história oral*. Rio de Janeiro: CPDOC, 2004.

- ALMEIDA FILHO, N. *O que é saúde?*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ALMEIDA, S. L. *O que é racismo estrutural?*. Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- AMARANTE, P. Saúde Mental, Desinstitucionalização e Novas Estratégias de Cuidado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. et al. (org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-760.
- AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; NUNES, C. A.; SOUSA, M. F. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 353-371.
- ARAÚJO, M. V. R.; TEIXEIRA, C. F. As organizações do Movimento Negro e o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2006-2014). In: TEIXEIRA, C. F. (comp.). *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações*. Salvador: Edufba, 2016. p. 187-225.
- ARENDE, H. *Origens do totalitarismo: antissemitismo, imperialismo, totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA REDE UNIDA. et al. *Plano Nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19*. [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: [https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19\\_v3\\_01\\_12\\_20.pdf](https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf). Acesso em: 12 ago. 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco*. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. Rio de Janeiro: Abrasco, 2022.
- BARROS, L. D. V. B. *Análise política da saúde no MST: problemas, práticas e projeto*. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.
- BARROS, L. D. V.; TEIXEIRA, C. F. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra e saúde do campo: revisão integrativa do estado da arte. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 394-406, 2018. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V7mhFKwSN9ygZ9g84zyDHds/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.
- BOUSQUAT, A.; AKERMAN, M.; MENDES, A. et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, São Paulo, v. 1, n. 128, p. 13-26, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 24 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 150, n. 206, p. 1-4, 22 out. 2013a. Disponível em: <https://bit.ly/2JJVtOZ>. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 245, p. 1-3, 19 dez. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 jan. 2014. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html). Acesso em: 11 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Justiça. *Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003*. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf). Acesso em: 12 ago. 2022.



BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf). Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em: 27 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde integral das populações do Campo e da Floresta*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/politica-nacional-saude-integral-populacoes-campo-floresta>. Acesso em: 29 ago. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2019b.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. A questão democrática na área da saúde. *CEBES*, [Rio de Janeiro], p. 11-13, 1979. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes\\_Saúde-e-Democracia.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf). Acesso: 4 out. 2015.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DE DIREITO SANITÁRIO. *A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19*. São Paulo: Cepedisa, 2021. Disponível em: [https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021\\_v3.pdf](https://cepedisa.org.br/wp-content/uploads/2021/06/CEPEDISA-USP-Linha-do-Tempo-Maio-2021_v3.pdf). Acesso em: 30 ago. 2022.

DOMINGUES, P. Movimento negro brasileiro: alguns apontamentos históricos. *Tempo*, Niterói, v.12, n. 23, p. 100-122, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tem/a/yCLBRQ5s6VTN6ngRXQy4Hqn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.

ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2010.

ESPERIDIÃO, M. A.; TEMOTEO-DA-SILVA, B.; BARROS, L. D. V. *et al.* Participação e Controle social do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Med Book, 2023. No prelo.

FREITAS, C. M.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia de Covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. In: MACHADO, C. V.; PEREIRA, A. M. M.; FREITAS, C. M. (ed.). *Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022. p. 295-322.

FREITAS, C. M. *Política de saúde para a população LGBT: reflexões e aproximações da gênese no Estado da Bahia*. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto Multidisciplinar de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, 2020.

GERALDO, J. P. B.; ANDRADE, S. M. O. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. *Research, Society and Development*, Itabora, v. 11, n. 6, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29082>. Acesso em: 30 ago. 2022.

GÓES, E. F. *Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional*. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOHN, M. G. *Teorias dos movimentos sociais*. Paradigmas clássicos e contemporâneos. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2004.

LIMA, A. M. F. S. *A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: análise sócio-histórica de 2003 a 2018*. Salvador. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185220>. Acesso em: 11 ago. 2022.

MACEDO, G. G. *A construção da Política nacional de saúde integral da população LGBT no Brasil*. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

MASSUDA, A.; MALIK, A. M.; LOTTA, G. *et al.* Brazil's Primary Health Care Financing: Case Study. Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care. *Working Paper*, Williamstown, n. 1, p. 1-58, 2022. Disponível em: [https://easp.fgv.br/sites/easp.fgv.br/files/u793/brazilprimaryhealthcarefinancing\\_casestudy\\_1.pdf](https://easp.fgv.br/sites/easp.fgv.br/files/u793/brazilprimaryhealthcarefinancing_casestudy_1.pdf). Acesso em: 30 ago. 2022.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A. L. Q.; NUNES, C. A. A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. *Atenção primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 453-492.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 38-51, 2018. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0038.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. B.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2020.

MOTA, A. A. *Análise da implementação da política nacional de saúde mental no período 2001-2018: fatos, debates e controvérsias*. 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

OSIS, M. J. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998. Supl. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jj6GcQvLRp9ygHFTTFbMZVS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 set. 2020.

PAIM, J. S. A Covid-19, a atualidade da reforma sanitária e as possibilidades do SUS. In: SANTOS, A. O.; LOPES, L. T. (org.). *Reflexões e futuro*. Brasília, DF: CONASS, 2021. p. 310-324.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. In: VIEIRA-DASILVA, L. M. *O Campo da Saúde coletiva*. Gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018a. p. 191-221.

PAIM, J. S. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 15-28, 2019. Número 5 especial. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nsp5/15-28/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PAIM, J. S. SUS: Desafios e Perspectivas. Consensus. *Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde*, Brasília, DF, v. 1, p. 33-36, 2011.

PINTO, C. R. J. *Uma História do Feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINTO, I. C. M.; SANTOS, T. B. S.; SOARES, C. L. M. et al. Níveis de atenção, produção de serviços e cobertura do SUS. In: PAIM, J. S. (org.). *SUS – Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber*. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 189-216.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJfT6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

REDE PENSSAN. *Insegurança Alimentar e Covid-19 no Brasil*. VIGISAN: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Rede Penssan: Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar, 2021. Disponível em: [https://olheparaafome.com.br/VIGISAN\\_Inseguranca\\_alimentar.pdf](https://olheparaafome.com.br/VIGISAN_Inseguranca_alimentar.pdf). Acesso em: 10 jun. 2022.

- RIOS, D. R. S.; TEIXEIRA, C. F. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 794-808, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/7QS7C3Kk5kZNb7pb8TXfNHg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M.; LOBATO, L. V. C. A esperança impulsiona, alimenta, move e fortalece a utopia. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 937-946, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K8T7nqTnzZLXRP4GswTvHP/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROUSSEAU, J. J. *A origem da desigualdade entre os homens*. São Paulo: Penguin: Companhia das Letras, 2017.
- SHIMIZU, H. E.; LIMA, L. D.; CARVALHO, A. L. B. *et al.* Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.45, n. 131, p. 945-957, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQQH8WkzCtYBqXsVcFs4dZc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- SILVEIRA, P. S.; PAIM, J. S.; ADRIÃO, K. G. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 276-291, 2019. Número 8 especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7xXBBQJzhD5jffSPN6fhJZh/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.
- SIMAS, L.; SÁNCHEZ, A.; VENTURA, M. *et al.* Análise crítica do modelo de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 39-55, 2021. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/746>. Acesso em: 10 ago. 2022.
- SOARES, C. L. M.; TEIXEIRA, C. F.; RIOS, D. R. S. *et al.* O Programa Mais Médicos na produção científica brasileira: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 46, n. 1, p. 98-118, 2022. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3583>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SOUSA, A. R.; OLIVEIRA, J. A.; ALMEIDA, M. S. *et al.* Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: desafios vivenciados por enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2022.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018. Número 2 especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S.; SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Sistema Único de Saúde (SUS) – a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J. S. (org.). *Saúde Coletiva – teoria e prática*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. No prelo.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *O Campo da Saúde coletiva*. Gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

WERNECK, J. Racismo Institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2022.

CAPÍTULO 3

## A CRISE DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

CARLOS HENRIQUE ASSUNÇÃO PAIVA

CATALINA KISS

LUIZ ANTÔNIO TEIXEIRA

### Introdução

O advento da pandemia da covid-19 imprimiu maior visibilidade a pautas históricas da saúde pública, como o papel da cooperação interinstitucional para as campanhas de vacinação; a utilização de substâncias não reconhecidas pelas instâncias científicas; as tensões entre global, nacional e local no enfrentamento de emergências sanitárias e também, especialmente no caso brasileiro, as tensões entre as burocracias públicas e diferentes instâncias de poder. O contexto epidêmico, deste modo, representou mais um ponto de crise para a estrutura institucional e conceitual da saúde global, já alvo de revisões críticas nas últimas décadas. O resultado desse processo, ainda em curso, é um forte questionamento quanto à dinâmica multilateral da saúde e às próprias estruturas nacionais a ela ligadas. (BIEHL; PETRYNA, 2013; COUSINS et al., 2021; CUETO, 2015)

Nesse contexto, os sistemas de vigilância em saúde foram profundamente tensionados, seja pela demanda por respostas coordenadas à crise sanitária provocada pelo novo coronavírus, seja pela produção de

dados e modelos úteis ao planejamento das respostas necessárias. Para identificar, monitorar e estabelecer medidas de enfrentamento no combate às doenças emergentes, reemergentes e desconhecidas, fortemente relacionadas à circulação de pessoas, animais e objetos, é fundamental a existência de sistemas de inteligência epidemiológica bem estruturados.<sup>1</sup> No Brasil, a trajetória institucional da vigilância em saúde remete à própria organização da Saúde Pública, em um movimento ligado às iniciativas relativas ao fluxo portuário nas cidades economicamente mais ativas, no início do século XX, até a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no final dos anos 1990, um marco de inflexão nessa trajetória. Nesse percurso, a gradual criação de instituições e grupos profissionais dedicados à produção de dados, ao planejamento em saúde e a intervenções epidemiológicas ampliaram o sistema de vigilância no país, ao mesmo tempo em que procedimentos internacionais se consolidavam para a padronização dos mecanismos de inteligência epidemiológica, caso dos Regulamentos Sanitários Internacionais (RSI). (ALMEIDA; LORENZO, 2016; CUETO, 2015)

Nos últimos tempos, especialmente no contexto do governo de Jair Bolsonaro, o sistema de vigilância em saúde no Brasil tem atravessado mudanças significativas em sua atuação e gestão. Em parte, por conta de um processo mais amplo de desregulação e de redução do aparato estatal associado a um desmonte dos serviços de saúde pública. De outra parte, devido às contradições e tensões entre os posicionamentos políticos da administração federal e as diretrizes técnicas fornecidas pelas instituições de saúde. Um elemento que evidencia essa contraposição é a rotatividade de ministros da saúde em um momento de grave crise sanitária – quatro ministros entre março de 2020 e março de 2021 – e a sucessão de posicionamentos antagônicos entre o ministério e outras instituições de saúde. Adicionalmente, convém chamar a atenção para a atuação do presidente da república na condução da resposta estatal, publicamente defendendo uma agenda contrária à das instituições de saúde pública e, no âmbito político, intervindo no funcionamento de

---

1 Segundo Waldman (1998), inteligência epidemiológica é a aplicação plena da epidemiologia na Saúde Pública, considerando uma reorganização dos serviços de saúde nas dimensões multifatoriais e geopolíticas.



setores em que a presença regulatória do Estado se faz necessária, como na vigilância em saúde.

À luz destas questões, este texto discute a resposta do governo brasileiro à pandemia da covid-19, especificamente as ações referentes à vigilância em saúde e à inteligência epidemiológica. Chamamos a atenção para o tensionamento entre as diretrizes políticas do governo de Jair Bolsonaro e a condução das ações de vigilância por meio de um conjunto de grupos institucionais articulados pelo Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE). Consideramos que o enfrentamento da pandemia da covid-19 no país, no que se refere às ações de vigilância, nos seus termos gerais, se definiu a partir das tensões entre instituições de saúde – tradicionais e recém-criadas – e as forças políticas e econômicas mais vinculadas ao governo Bolsonaro. Consideramos, ainda, o papel de diferentes burocracias técnicas – nos termos de Mintzberg (1995), “burocracias profissionais” – como atores decisivos para a construção das ações e políticas de enfrentamento da pandemia pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

## **A vigilância em saúde e as respostas a emergências sanitárias no Brasil**

Ainda que as primeiras ações de monitoramento e vigilância, em sua longa história no país, remontem ao século XIX, a criação de um sistema de vigilância epidemiológica, com feições modernas, só ocorreria a partir da segunda metade do século XX, quando somos capazes de observar um razoável consenso entre especialistas a respeito da necessidade de estruturas de coleta e produção de dados epidemiológicos regulares e confiáveis para o planejamento das ações e políticas de saúde. (PAIM, 1975) Para além das conhecidas limitações dos serviços de estatísticas vitais e de pessoal técnico para elaboração de estudos epidemiológicos, se registrava, ainda, certa resistência por parte de médicos em realizar a notificação de doenças, mesmo aquelas listadas para notificação compulsória pela autoridade sanitária. (BARBOSA, 1967) Este cenário de problemas tornou-se mais claro a partir da epidemia de meningite,

entre 1971 e 1974, crise sanitária que contou, ainda, com ações do regime ditatorial no sentido de ocultar a realidade social e sanitária brasileira. (BARATA, 1988) Em 1973, como consequência da epidemia de meningite, mas também da campanha de erradicação da varíola, foi criado o Plano Nacional de Imunizações (PNI), que visava controlar diversas doenças transmissíveis, como a tuberculose, o sarampo e a poliomielite. O debate em torno da necessidade de reforço da vigilância epidemiológica passaria a ganhar ainda mais importância. (BENCHIMOL, 2001)

Por intermédio do Decreto nº 78.231, de agosto de 1976, o governo federal dispôs sobre a organização tanto do PNI quanto das ações de vigilância epidemiológica no país. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica foi dividido em quatro níveis institucionais: na esfera federal, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde, vinculada ao Ministério da Saúde; no âmbito regional, os serviços mantidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde; em âmbito microrregional, quando a atuação das secretarias fosse dividida em sub-regiões ou microrregiões; e, por fim, as próprias Unidades de Vigilância Epidemiológica. (BRASIL, 1976) Os primeiros anos de vigência do sistema de vigilância foram caracterizados por dificuldades operacionais, em parte ligadas aos próprios desafios relacionados à implantação do Sistema Nacional de Saúde. (TORRES, 2020) Em termos gerais, considerava-se que ele era demasiado fragmentado e sem efetiva capacidade institucional para fazer frente às demandas de um sistema de saúde moderno. Os problemas se expressavam na forma de limitações quanto aos recursos humanos e à capacidade de monitoramento e produção de dados. (CASTIEL, 1986)

Em que pesem os desafios conhecidos, a retomada da democracia, a partir de 1985, ofereceria um ambiente político mais favorável para o fortalecimento institucional do sistema de vigilância no país, sobretudo na redução da influência dos interesses comerciais sobre a Secretaria de Vigilância em Saúde.<sup>2</sup> Na esteira da democratização, a implantação do

---

2 No entanto, é importante salientar que a chegada de Fernando Collor ao poder, em 1990, e a agenda da reforma administrativa do Estado, imprimiram certo retrocesso na capacidade regulatória do Estado brasileiro. Segundo Eric Rosas (1994, p. 62), secretário de vigilância sanitária, o sistema viveria o retorno do “[...] grande e ineficiente cartório, de novo um balcão de negócios, onde a pressão de grupos políticos ou empresariais

SUS, a partir de 1990, introduziria mudanças importantes no sistema de vigilância e em sua organização. Em termos institucionais, o arcabouço em torno do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica conformaria o domínio de atuação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Já a antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, conformaria o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que tem como pilar a Anvisa, criada em 1999.

A criação da Anvisa é um capítulo fundamental do processo de fortalecimento institucional da vigilância em saúde no país. A partir dela, sem dúvida, as ações nesse campo, conduzidas pelo estado, passaram a se posicionar mais claramente na defesa dos direitos do consumidor e na promoção das condições de saúde dos brasileiros. (OLIVEIRA; CRUZ, 2015) De todo modo, como ressaltam alguns autores, a herança de fragmentação existente dos sistemas de vigilância continuaria a pesar como um problema na vigência do SUS e de sua agência de vigilância sanitária. (AITH, 2019; AITH; DALLARI, 2009)

Ao mesmo tempo, impulsionado pelo ideário da saúde global emergente na década de 1990 e pela relevância atribuída às métricas epidemiológicas no planejamento das ações e políticas de saúde, vimos crescer a importância dos instrumentos padronizados de vigilância no setor. (ADAMS, 2016) Dessa forma, ainda que sob desafios, a atuação do sistema nacional de vigilância brasileiro acercava-se cada vez mais de parâmetros internacionais guiados pelo processo de padronização no campo da saúde.

Em 2005, as recomendações do RSI foram aprovadas na 58<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, tonando-se a principal referência dos sistemas de saúde para o monitoramento e controle de epidemias e pandemias no mundo. (MENUCCI, 2006) Segundo Daniel Menucci (2006), um dos conceitos mais relevantes do RSI foi o da Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) que, no cenário brasileiro, se relacionou com a conversão da Secretaria de Vigilância em Saúde em principal responsável pela estruturação de um sistema de inteligência

---

eram determinantes para liberação de produtos”, bem como, o desmantelamento da fiscalização nos portos, aeroportos e fronteiras através da redução de processos e do quadro de técnicos. (CARMO, PENNA; OLIVEIRA, 2008)

epidemiológica como referência central no monitoramento das ações e no enfrentamento das emergências de Saúde Pública. Em 2006, como parte do mesmo processo, foi criado o Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde (CIEVS), com o objetivo de conformar um sistema de tecnologia própria em todo o território brasileiro, conhecido como a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS). (BRASIL, 2016; CARMO; PENNA; OLIVEIRA, 2008)

Em maio de 2009, após a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitir um alerta de ESPII devido ao surto epidêmico do vírus da influenza A (H1N1), também conhecido como “gripe suína”, a Secretaria de Vigilância em Saúde elaborou o primeiro plano de preparação para o enfrentamento de uma pandemia no país, articulando as referências do RSI. (MATOS, 2011) Em julho do mesmo ano, o Congresso Nacional reconheceu as normas do RSI por meio do Decreto Legislativo nº 395. (DIÁRIO DO SENADO FEDERAL, 2009)

A partir deste período, em situações de risco sanitário iminente, o Grupo Executivo Interministerial (GEI), constituído por representantes de vários ministérios, tornava-se estratégico para tomada de decisões que dessem partida às políticas intersetoriais em todo o território nacional. Nesse sentido, a experiência do enfrentamento à epidemia causada pelo vírus H1N1 marcou a primeira organização de um GEI dessa natureza sob coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde. Gerson Penna, então secretário de vigilância, e José Gomes Temporão, ministro da saúde, reforçaram, à época, o papel institucional do grupo executivo para a tomada de decisões, capacitações, treinamentos e na aplicação do Plano de Emergência. As ações tomadas pelo GEI estavam alinhadas com as normas e a agenda internacional por intermédio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (COUTO, 2009)

Um ano após o enfrentamento da gripe suína seria formalizado por meio de um decreto, de dezembro de 2010, o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPII), que teria relevante papel no enfrentamento do surto de microcefalia provocado pelo vírus da zika, em 2015. Naquele contexto, a Secretaria de Vigilância em Saúde produziu boletins epide-

miológicos periódicos, respondia pelas ações e os “próximos passos” do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia.<sup>3</sup>

A experiência bem-sucedida da Secretaria de Vigilância no enfrentamento da microcefalia deu origem ao COE. (BRASIL, 2015) A este caberia a gestão em todo o território nacional da resposta a emergências em saúde pública. O COE, portanto, passaria a ser acionado em todas as emergências que impactariam na prestação de serviços de saúde, inclusive nos eventuais desastres naturais. (SILVA et al., 2020) Nos primeiros meses de 2020, contudo, um evento sanitário global dramático, não só testaria o sistema de vigilância em suas recentes transformações históricas, mas introduziria importantes mudanças e tensões em sua gestão.

## A resposta governamental brasileira à pandemia da covid-19

A partir de 2013, o país passou a registrar crises institucionais e políticas mais sistêmicas, um fenômeno que se fez acompanhar por um progressivo fortalecimento de pautas associadas à extrema-direita populista e à projetos de enfraquecimento do aparato estatal segundo a perspectiva neoliberal. (SANTOS; FELDMANN, 2021) Após o *impeachment* de Dilma Rousseff, em 2016, as orientações neoliberais se tornaram pauta principal dos governos de Michel Temer e de Jair Bolsonaro. Adicionalmente, num processo de radicalização em direção a um governo populista de extrema-direita, a administração de Bolsonaro trouxe, ainda, uma importante presença de militares – da ativa e da reserva – para o aparelho de estado.

Quando se estabeleceu a crise sanitária<sup>4</sup> provocada pelo novo coronavírus, no início de 2020, o cenário político brasileiro já apresentava

---

3 Segundo Garcia (2016, p. 1), “a rápida resposta à emergência em saúde pública – com a investigação dos casos e fatores associados, a notificação às autoridades sanitárias internacionais e o desencadeamento das ações de vigilância, prevenção e assistência à saúde de forma articulada –, em menos de dois meses após a detecção do surto de microcefalia, foi possível somente devido à operação de um sistema de vigilância eficiente no âmbito do SUS no Brasil”.

4 A Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pelo novo coronavírus teve início na cidade de Wuhan, na China, levando o governo chinês a decretar quarentena em consequência do índice de propagação e do número de casos. Em fins de janeiro de 2020,

grande incerteza institucional e, ao mesmo tempo, havia espaço estreito para ações articuladas entre os três poderes da administração federal e entre o governo central e as outras esferas da federação. Após a declaração de Emergência Sanitária da OMS, o governo federal publicou o Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro, criando o GEI-ESPIL. A conformação de um grupo interministerial e da equipe do Centro de Operações (COE-nCoV) sinalizava, de início, que o governo seguiria as mesmas práticas institucionais que haviam levado o país para o grau de resposta no enfrentamento da zika em 2016.

O Ministério da Saúde reconheceu a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional no dia 3 de fevereiro por intermédio de uma portaria, publicando as primeiras medidas de enfrentamento encaminhadas pelo COE-nCoV. (BRASIL, 2020e) A Lei nº 13.979, publicada três dias depois, sinalizava para uma convergência de ações entre governo e Congresso Nacional, e reforçava as medidas de enfrentamento sugeridas pelo Ministério da Saúde. No entanto, uma outra ação do Poder Executivo, no mesmo dia, apontaria para mudanças significativas para a resposta brasileira. O presidente e o ministro da economia publicaram a Medida Provisória nº 921, solicitando o crédito extraordinário para o Ministério da Defesa no valor de R\$ 11.287.803,00, destinando recursos para as medidas de enfrentamento ao novo coronavírus. A partir daí, seremos testemunhas de um crescente protagonismo do Ministério da Defesa em detrimento do planejamento de ações sugeridas pela saúde.

É importante salientar que o Ministério da Defesa trazia uma perspectiva distinta daquela mobilizada pela burocracia do Ministério da Saúde, uma vez que tinha uma posição em favor da massificação do uso da hidroxicloroquina no tratamento da doença. Tal orientação política se distanciava das diretrizes técnicas, embasadas em evidências científicas elaboradas por diversas sociedades médicas – como a Sociedade

---

18 países registraram o aumento do número de casos de covid-19 e a OMS emitiu uma declaração de emergência sanitária e, segundo às normas do RSI, os sistemas de saúde deveriam estabelecer as medidas de enfrentamento para a nova doença. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020) Segundo a OMS, era importante que os Estados passassem a seguir às recomendações do Comitê de Emergência do RSI para impedir a propagação do vírus e garantir uma resposta adequada, baseada nas melhores evidências científicas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020)

Brasileira de Infectologia, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e a Sociedade Brasileira de Imunologia – e, também, contrariava as instâncias de participação social do SUS, visto que o Conselho Nacional de Saúde se posicionou de forma contrária ao uso da hidroxicloroquina como terapêutica para a covid-19.

Não é coincidência que a partir desse momento, por volta de março de 2020, as tensões entre a agenda da saúde global e o contexto nacional, bem como, no plano interno, entre o Executivo Federal e os órgãos técnicos da saúde, tornaram-se mais visíveis, principalmente com a negação do próprio presidente quanto à gravidade da nova doença. Em pronunciamento à população no dia 24 de março, duas semanas após a declaração da pandemia da covid-19 pela OMS, Bolsonaro negou o impacto da doença e iniciou uma estratégia discursiva central à resposta do governo federal, elaborando uma falsa simetria entre saúde e economia.

Desta forma, o governo Bolsonaro colocava em risco os processos de articulação institucional instituídos, a duras penas, tanto ao nível nacional como internacional. Os objetivos do GEI-ESPIL, sem a condução do governo federal, tornavam-se, na prática, cada vez mais limitados. (BRASIL, 2010, 2020b) Assim, a desarticulação com os movimentos sociais e o permanente ataque às demais instituições democráticas produziram visíveis consequências para a desorganização institucional da resposta brasileira à pandemia. (SHIMIZU et al., 2021) A este respeito, convém lembrar que o Decreto nº 10.277, de 16 de março, ainda na gestão do ministro Mandetta, criou o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da covid-19, sem qualquer menção ao RSI. Desta forma, retirava-se o protagonismo do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o transferia para o ministro-chefe da Casa Civil da presidência da república.

Em termos formais, seremos testemunhas da existência de três grupos atuando no enfrentamento da pandemia: o GEI-ESPIL, o COE-nCoV e o novo Comitê de Crise sob coordenação da Casa Civil. A divisão institucional para o enfrentamento da pandemia no interior do governo não deixou de ser observada e questionada pelo plenário do Tribunal de Contas da União (TCU), uma vez que este órgão não encontrou

nenhuma evidência de propósitos nesta organização. (BRASIL, 2020h) Para completar o quadro de incertezas, em 16 de abril, Mandetta deixa o ministério, abrindo caminho para a intensificação da crise institucional, quando sequer os informes diários sobre a evolução da pandemia produzidos pelo Centro de Operações tinham lugar na rotina governamental.

## O sistema de vigilância sob o comando dos militares

À medida que se intensificava a inserção das Forças Armadas, principalmente do Exército, no governo Bolsonaro, sobretudo na articulação com outros poderes da república e na condução de políticas públicas, a pandemia da covid-19 se agravava no país. Nesta inserção, duas figuras foram relevantes, os generais da ativa Eduardo Pazuello e Walter Braga Netto. O primeiro ocupou o posto de ministro da saúde entre maio e setembro de 2020 de forma interina e, desse momento até março de 2021, passou a titular da pasta; o segundo, chefou a Casa Civil da presidência entre fevereiro de 2020 e março de 2021, quando foi alçado ao cargo de ministro da defesa.

A crescente presença de militares no Ministério da Saúde foi considerada como “o escândalo da desinstituição da autoridade sanitária do SUS [...]” (SANTOS; GUIMARÃES, 2020, p. 74) por atores e instituições do campo da saúde. A relação por vezes conflituosa entre setores técnicos do Ministério da Saúde e grupos politicamente mais associados à presidência da república ficou patente no curso da pandemia. A constituição de canais de comunicação distintos sobre a pandemia gerou importante embaraço institucional, em que alguns órgãos do governo federal, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), endereçavam à população informações que eram criticadas e combatidas pelos canais mais circunscritos ao presidente, como a Secretaria de Comunicação da presidência.

A disputa política entorno da produção de informação sobre a doença somada à um processo generalizado de formação de “Comitês de Crise”, entre as mais diferentes instituições públicas e privadas, constituiu a marca governamental na pandemia, produzindo fortes abalos nos pilares do sistema de vigilância em saúde. (OLIVEIRA, 2020)



No dia 24 de junho, o TCU questiona a ausência de um sistema de gestão da pandemia. No período, a média de mortes estava “oficialmente” em mil brasileiros por dia. Os ministros do TCU alertavam à Casa Civil da presidência da república:

[...] a ausência de diretriz estratégica clara de enfrentamento à Covid-19, com a respectiva gestão de riscos, bem como a ausência de um plano de comunicação coordenado e abrangente, pode comprometer os gastos e os resultados do enfrentamento à pandemia e impedir uma efetiva coordenação política e articulação entre órgãos e entidades, federais e subnacionais [...]. (BRASIL, 2020f, p. 172)

Em dezembro de 2020, ocorreu um dos mais graves capítulos da crise sanitária no país. Neste mês, na cidade de Manaus, a falta de suprimento de cilindros de oxigênio levou várias pessoas à morte por asfixia relacionada à covid-19, evidenciando, mais uma vez, os imensos problemas da resposta governamental à pandemia. Esta situação dramática repercutiu fortemente na imprensa nacional e internacional, se relacionando também com a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado Federal, cujo objetivo foi investigar a gestão do governo federal durante a pandemia.

Entre a crise de Manaus e o início da CPI, em abril de 2021, mais uma troca de comando no Ministério da Saúde apontava para outros alinhamentos políticos no governo federal. O ex-presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCI), Marcello Queiroga, assumia a pasta da saúde, enquanto Braga Netto passava da Casa Civil para a Defesa. Essas trocas se contextualizavam no ambiente de pressões políticas e sociais acerca de uma gestão de crise sanitária considerada inadequada.

Em que pese o afastamento de Braga Netto da Casa Civil, o Comitê de Crise se manteve ativo, como constatado nos relatórios do TCU. Já Queiroga, ao assumir formalmente o comando do enfrentamento da pandemia, criou a Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à covid-19 (Secovid), ligada diretamente ao seu gabinete. Apesar da relativa autonomia de ação de frações da burocracia da saúde, que não permitiu que

a sanha desorganizadora do governo federal fosse mais radical, a histórica fragmentação dos sistemas de vigilância não só deixava de seguir o fluxo de enfrentamento das últimas décadas, como entraria num perigoso cenário de refluxo institucional.

## Considerações finais

Procuramos mostrar que a resposta do governo brasileiro à pandemia de covid-19, no gerenciamento do sistema de vigilância em saúde e de inteligência epidemiológica, foi marcada por problemas estruturais e conjunturais. Nesse contexto, os aparatos e ações no campo da vigilância em saúde foram tensionados tanto no âmbito internacional quanto em termos nacionais. Antes que a pandemia da covid-19 se fizesse presente, diferentes analistas já haviam identificado deficiências estruturais nos sistemas de vigilância epidemiológica dos países: limitada integração intersetorial, acesso restrito a lideranças do governo, sistemas de informação incipientes, e a ausência de autonomia para fazer as notificações à OMS. (PACKER et al., 2021) No contexto nacional de emergência de um governo de extrema-direita, a situação se agravou sensivelmente. A instabilidade na condução governamental dos sistemas de vigilância, marca do governo Bolsonaro no enfrentamento da crise sanitária, repercutiu em um conflito sem precedentes entre a burocracia técnica e as instâncias políticas do governo.

## Referências

ADAMS, V. "Evidence-based global public health". In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. *When People Come First: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 5-90.

ADAMS, V. *Metrics: what counts in global health*. Durham: Duke University Press, 2016.

AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em Saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 10, n. 2 p. 94-125, 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165>. Acesso em: 23 jun. 2022.

AITH, F. Emergências em Saúde Pública em estados Democráticos. *Revista Direito sanitário*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/169636>. Acesso em: 23 jun. 2022.

ALMEIDA, S. S.; LORENZO, C. F. G. A cooperação Sul-Sul em saúde, segundo organismos internacionais, sob a perspectiva da bioética crítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.40, n. 109, p. 175-186, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/y3KfgBFkPpQzqz7S3TX34bC/?lang=pt>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BARATA, R. C. B. Epidemia de doença meningocócica, 1970/1977: aparecimento e disseminação do processo epidêmico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 22, v. 1, p. 16-24, 1988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gysvPK39ccWcTVJNLKVKZzB/?lang=pt>. Acesso em: 23 jun. 2022.

BARBOSA, V. O problema dos dados de estatística vital. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 177-187, 1967. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Q3N7r8b8gTDQMcsxwLGK7vN/?lang=pt>. Acesso em: 2 jul. 2022.

BENCHIMOL, J. (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BIEHL, J.; PETRYNA, A. Critical Global Health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (ed.). *When People Come First: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013. p. 1-20.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Decreto Legislativo nº 66, de 2009 (nº 27/2007, na Câmara dos Deputados)*, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, aprovado pela 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005, com vistas na sua entrada em vigor no Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2009.

BRASIL. Decreto nº 10.211, de 30 de janeiro de 2020. Dispõe sobre o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional – GEI-ESPII. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 21-A, p. 1, 30 jan. 2020a. Edição extra.

BRASIL. Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19 *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 51-C, p. 1, 16 mar. 2020b. Edição extra.

BRASIL. Decreto nº 12.459, 6 de dezembro de 2010. Institui o Grupo Executivo Interministerial de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional (GEI-ESPIN), e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 147, n. 233, 7 dez. 2010.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 ago. 1976.

BRASIL. Medida Provisória nº 921, de 7 de fevereiro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Defesa, no valor de R\$ 11.287.803,00, para os fins que especifica. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n.28, p. 1, 10 fev. 2020c.

BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, seção 1, n. 27, p. 1, 7 fev. 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, seção 1, p. 1, 4 fev. 2020e. Edição Extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Plano de operação do ponto focal nacional para o Regulamento Sanitário Internacional*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portaria interministerial nº 238, de 4 de junho de 2020. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 8º do Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, das portarias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 14, 8 jun. 2020f.

BRASIL. Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 215, p. 51, 12 nov. 2015.

BRASIL. Resolução nº 13, de 19 de outubro de 2020. Resolução nº 13, 19 de outubro de 2020. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 201, p. 4-5, 20 out. 2020g.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Ata nº 23, de 24 de junho de 2020. [Refere-se a Plenária do dia 7 de julho de 2020]. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, seção 1, n. 128, p. 172, 7 jul. 2020h.

CARMO, E. H.; PENNA G.; OLIVEIRA, W. K. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estudos Avançados*, São Paulo, n. 22, v. 64, p. 19-32, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/TdDMvxtcgRt8PGL5WNSjZ8d/?lang=pt#:~:text=Esse%20conceito%2oque%2oest%C3%A1%2osendo,doen%C3%A7as%2ode%20notifica%C3%A7%C3%A3o%2oimediate%2oe>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CASTIEL, L. O epidemiologista e os serviços de saúde coletiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 17-23, 1989. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/GSjfTWVSH3RLZyMvZyYySCK/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2022.

COUSINS, T.; PENTENCOST, M.; ALVERGNE, A. *et al.* The changing climates of global health. *BMJ Global Health*, London, v. 6, p. 1-6. 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/3/e005442>. Acesso em: 15 maio 2022.

COUTO, R. Brasil reforça a prevenção. *Correio Braziliense*, Brasília, DF, p. 1-18, 2009.

CUETO, M. *Saúde global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DIÁRIO DO SENADO FEDERAL. Brasília, DF: ano 64, n. 25, 2009.

GARCIA, L. P. A epidemia de microcefalia e o Sistema Único de Saúde do Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Desafios do Desenvolvimento*, Brasília, DF, ano 12, n. 85, 2016. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3210&catid=29&Itemid=34](https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3210&catid=29&Itemid=34). Acesso em: 15 jun. 2022.

MATOS, V. *A saúde do viajante na visão de três atores: gestores da saúde pública, gestores do turismo e o turista*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MENUCCI, D. L. O regulamento sanitário internacional (2005) e a vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 54-87, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/79968>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, 2015.

OLIVEIRA, T. L. Quando as doenças viram números: as estatísticas da Covid-19. In: SÁ, D. M.; SANGLARD, G.; HOCHMAN, G. *et al.* (org.). *Diário da Pandemia: o olhar dos historiadores*. São Paulo: HUCITEC, 2020. p. 308-319.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. OPAS, [Brasília, DF], 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 11 out. 2021.

PACKER, C.; HALABI, S. F.; HOLLMEYER, H. *et al.* A survey of International Health Regulations National Focal Points experiences in carrying out their functions. *Global Health*, New York, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00675-7>. Acesso em: 25 jul. 2022.

PAIM, J. S. Indicadores de Saúde no Brasil: Relações com Variáveis Econômicas e Sociais. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 39-73, 1975.

ROSAS, E. J. A vigilância sanitária em crise: um depoimento. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 59-64, 1994. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-152262>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SANTOS, F. L. B.; FELDMANN, D. *O médico e o monstro: uma leitura do progressismo latino-americano e seus opostos*. São Paulo: Elefante, 2021.

SANTOS, R. T.; GUIMARÃES, J. R. Democracia sem sentimento de república: o SUS nos tempos da Covid-19. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 73-87, 2020. Número 4 especial. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-152262>. Acesso em: 20 jun. 2022.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, L. D.; CARVALHO, A. L. B. *et al.* Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, p. 945-957, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MQQH8WkzCtYBqXsVcFs4dZc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SILVA, E. L.; RESENDE, R. M. S.; FRUTOSO, R. L. *et al.* Emergência em saúde pública por inundações: a atuação do Ministério da Saúde em ocorrências no Brasil de 2004 a 2017. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 176-187, 2020. Número 2 especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/V6wstSRGvr66tPGJvVwwp6Jr/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2022.

TORRES, C. R. *O processo de construção do Sistema Nacional de Saúde: tradição e inovação na política de saúde brasileira (1940-1980)*. 2020. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Covid-19 Strategic Preparedness and Response Plan*. Operational planning guidelines to support country preparedness and response. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unctguidelines.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.





CAPÍTULO 4

## **VIOLÊNCIAS, INJUSTIÇAS E SOFRIMENTO HUMANO** o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche<sup>1</sup>

LINA FARIA

RAFAEL ANDRÉS PATINO

### **Introdução**

As condições de vida na região das Américas, que demarcam as zonas do capitalismo periférico,<sup>2</sup> são profundamente associadas às desigualdades sociais e a seus correlatos, que se explicitam por crescentes ondas de violência, graus elevadíssimos de injustiça social e sofrimento humano.

A primeira parte do presente estudo irá descortinar um painel produzido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em relatórios oficiais para os anos compreendidos entre 2012 e 2020. A documentação revela um cenário que exige a compreensão de seus elementos mais críticos e uma visão integradora dos fenômenos sociais em questão, enfatizando não somente sua complexidade, mas, em especial, a precariedade das estruturas econômicas, políticas, sociais e sanitárias que originam tais fenômenos.

---

1 Artigo publicado em *Cadernos IHU ideias*, São Leopoldo, ano 18, n. 308, v. 18, 2020.

2 Sobre definição de capitalismo periférico, ver: Schwarz (2000).

A segunda parte trará um desafio igualmente ambicioso, de recorte sobretudo interpretativo e do qual procuraremos dar conta em um esforço, ou delineamento, apenas preliminar. Para esse fim, iremos recorrer às análises, interpretações e narrativas de caráter sociopsicológico e filosófico de pensadores hoje em dia considerados clássicos, a exemplo de Ignacio Martín-Baró, Paul Ricoeur e Friedrich Nietzsche, no que tange às discussões sobre os conceitos e fenômenos alinhados na primeira parte. A temática das realidades que se entrelaçam, de violência, injustiça e sofrimento, será examinada em primeiro plano. Na abordagem do jesuíta, pensador e psicólogo social espanhol Ignacio Martín-Baró (1942-1989), o conceito de violência é discutido a partir de uma perspectiva psicossocial; na obra do pensador e filósofo francês Paul Ricoeur (1913-2005), o conceito de justiça é interpretado como desdobramento da fenomenologia hermenêutica e do pensamento da alteridade; e na produção filosófica e de crítica cultural do alemão Friedrich Nietzsche (1844-1900), o conceito de sofrimento é submetido a uma “hermenêutica da suspeita”, que o situa como uma etapa necessária ao processo de crescimento humano.

## **Relatórios da OPAS/OMS sobre as desigualdades na região das Américas**

O estudo se abre com um painel de corte demográfico-sanitário, produzido pela OPAS e pela OMS. Uma premissa norteadora desta primeira parte é a proximidade ou entrelaçamento entre dimensões socioeconômicas e de saúde, de um lado, e os rumos tomados por situações e processos iníquos que originam e reproduzem, por outro lado, um quadro de desigualdades, injustiça social e sofrimento humano. Trabalhar com o fenômeno das desigualdades nos remete ao estudo de territórios, memórias, narrativas, subjetividades e condições objetivas de vida, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. As desigualdades refletem situações de injustiça e favorecem condições de vida indignas e desumanas.

Tem havido avanços e retrocessos. Entre os primeiros, o Relatório da Organização Pan-Americana da Saúde sobre as Américas, em 2012,

comemorava as conquistas alcançadas nas últimas décadas em vários países dessa região. Entre as conquistas, o aumento da expectativa de vida entre os anos 1980 e 2011, além da diminuição na proporção de pessoas desnutridas, com taxas de desnutrição infantil menores e baixas taxas de mortalidade entre crianças com menos de cinco anos. Mas, apesar das expectativas positivas, o relatório indicava que as desigualdades socioespaciais e as iniquidades (especialmente no tocante ao acesso aos serviços de saúde) persistiam na região, e que os indicadores positivos, de certa forma, mascaravam diferenças inquietantes de país para país. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012)

Ainda de acordo com o relatório, as iniquidades e desigualdades sociais são também evidentes quando se observam baixos níveis de escolaridade e de renda, que refletem também em taxas crescentes de violência, uma vez que os fatores estruturais das condições de vida operam em vários níveis para gerar violências, injustiças e processos de exclusão. Cabe ressaltar que, nas Américas, a violência se concentra muitas vezes nas áreas mais pobres e marginalizadas das grandes cidades: Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro (Brasil), Bogotá (Colômbia), Cidade do México (México) e Santiago (Chile). Além disso, a violência ocorre com mais frequência nos locais em que riqueza e pobreza extrema se aproximam – como acontece em áreas urbanas no Brasil, Colômbia, México e Venezuela. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012)

## **Desigualdades sociais no Brasil**

No capítulo sobre o Brasil, o Relatório da OPAS de 2012 lembra que o país experimentou, entre 2000 e 2014, um crescimento econômico significativo, com a criação de 10 milhões de empregos formais e por meio dos programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, que, ainda segundo o documento, ajudou a melhorar as condições de vida nas áreas pobres. O relatório mostra também a redução da mortalidade de crianças com menos de cinco anos, como resultado de campanhas de

vacinação. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012)

O relatório menciona os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que reconhecem a saúde como parte de uma política social de Estado, a importância do acesso universal e igualitário à saúde, além da formação de uma rede regionalizada e hierárquica que presta serviços sob a responsabilidade compartilhada entre os níveis de governo. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012) O SUS vinha garantindo, com recursos públicos, o acesso a serviços e tecnologias em saúde para toda a população. Desde final dos anos 1990, o Brasil vinha diminuindo as desigualdades sociais, ampliando a cobertura de assistência e implementando políticas de inclusão social que levaram à redução da pobreza e à melhoria gradual da situação de saúde.

Diz ainda o relatório que a América Latina, em especial o Brasil, tem sido o continente que mais incentivou a diminuição da desigualdade, da pobreza e da miséria, desde o início do século, promovendo direitos sociais da grande massa da população. As mudanças ocorridas entre os anos de 2000 e 2014 melhoraram consideravelmente a situação social do continente, considerado o mais desigual do mundo. Contudo, a negligência e a escassez são ainda palavras de ordem no continente. As ações de algum impacto não se traduziram na diminuição da violência; entre 2008 e 2014 as taxas de homicídios aumentaram (IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016), em particular nas áreas mais pobres e marginalizadas das grandes cidades, locais em que a riqueza e a pobreza extrema se aproximam. As disparidades econômicas, sociais e demográficas, especialmente nas periferias das grandes cidades latino-americanas, atingem principalmente os jovens pretos, vítimas dessa tragédia urbana, levando-os à adesão à criminalidade e ao tráfico de drogas. (GLAZER, 1975; SCHRAIBER, 2014)

O Atlas da Violência de 2019, que apresenta uma análise dos municípios brasileiros, demonstra como os homicídios nas regiões Norte e Nordeste do país estão associados a conflitos entre facções. O estudo revela diferenças entre as condições de desenvolvimento humano nos diversos municípios brasileiros, identifica uma heterogeneidade na prevalência da

violência letal e chama atenção para o aumento das violências nas periferias. (IPEA, 2019) O Atlas da Violência de 2020 revelou que o risco de ser vítima de violência por raça, cor e/ou gênero é maior entre homens negros (74%) e mulheres negras (64,4%). (IPEA, 2020)

## Os impactos das desigualdades sociais na saúde

Se as primeiras décadas no pós-2000 assistiram a algum avanço no combate à pobreza, à miséria, à violência, à fome e à mortalidade infantil, no quadro sanitário persistem dados de enormes disparidades. O Relatório de 2017 “Saúde nas Américas+”, que abrange os anos de 2012 a 2017, discute as condições, os determinantes e as tendências da saúde na região das Américas. De acordo com o relatório, atingiram-se vários objetivos de desenvolvimento previstos na última década e, nesse contexto, a América Latina e o Caribe fizeram avanços importantes contra a pobreza, a miséria, a violência, a fome e a mortalidade infantil. Por outro lado, a redução do impacto das doenças não transmissíveis assim como a menor incidência de certas doenças transmissíveis, como a tuberculose e a aids, não logrou superar o cenário de disparidades regionais e dificuldades de acesso da população aos serviços e sistemas de saúde. (CAMPELLO et al., 2018; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017)

A pandemia da covid-19 (SARS-CoV-2) tem demonstrado cabalmente tais limitações, das quais o financiamento desigual e fragmentado da saúde sobressai como um ponto crítico. Ainda hoje, vários países na região das Américas têm esse mesmo problema nos seus sistemas de saúde e não conseguem responder, equitativamente, no atendimento da sua população durante a pandemia do SARS-CoV-2.

No Brasil, a pandemia atingiu o país no meio de uma agenda política de reformas centrada na austeridade fiscal e na redução do papel do Estado na economia, que vem aumentando o desemprego e aprofundando a crise sanitária no país. Essa agenda de austeridade, segundo Almeida Filho, em entrevista à *IHU on-line*, “desfinanciou” o SUS e fragilizou a estrutura de proteção social em um contexto de aumento da pobreza e das

desigualdades sociais de toda ordem, desigualdades de gênero, de raça/etnia, de classe social, territoriais. (ALMEIDA FILHO, 2020)

Segundo Campello e demais autores (2018), há múltiplas situações de privação de direitos, diante da ausência de políticas públicas, que produzem desigualdades sociais. Estas se traduzem no difícil acesso à educação pública de qualidade, ao abastecimento d'água, à saúde e saneamento, à energia, à moradia e bens de consumo elementares. São dimensões da desigualdade que se tornam mais graves nas periferias. Gohn (2019) por sua vez destaca a importância da participação da sociedade civil na tomada de decisões sobre agendas decisórias e na construção de caminhos que apontem para uma nova realidade social, que modifiquem esse quadro de privações de direitos.

No tocante à saúde, a OPAS lançou recentemente o relatório *Sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade* [...] (2019). O relatório propõe metas prioritárias para reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. É criada a Comissão sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas que assume o papel de apresentar recomendações para se atingir equidade em saúde, mediante o desenvolvimento de ações coordenadas entre governos locais, regionais e nacionais, organizações transnacionais e sociedade civil, para abordar, em conjunto, os condicionantes ou, em última análise, os determinantes sociais da saúde. Reitera-se que a distribuição desigual de serviços e bens de saúde, mesmo quando ocorrem melhorias sociais, impacta o conjunto das populações marginalizadas. O Relatório de 2019 aponta para substanciais desigualdades na saúde dentro de cada país, das quais são vítimas de injustiça social, principalmente, a população periférica, os povos indígenas e afrodescendentes, privados do acesso a direitos em condições de igualdade jurídica. (HONNETH, 2010)

Neste mesmo ano a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) alertou, no relatório *Panorama Social da América Latina 2019* (2019), para retrocessos nos esforços para a redução da pobreza e da desigualdade na região, com riscos para o desenvolvimento social e político. Segundo o relatório, a previsão é que o número de pobres e miseráveis chegue a quase 191 milhões ao final de 2019 – 6 milhões a mais do que em 2018, especialmente em função da situação da Venezuela e do Brasil.

Como parte das reflexões do sociólogo Nathan Glazer (1975), o relatório constata a urgência na reconstrução de estado de bem-estar social, baseado em direitos e igualdade, que deem a seus cidadãos acesso a sistemas integrais e universais de proteção social e a bens públicos essenciais, como saúde e educação de qualidade, moradia e transporte. (NAÇÕES UNIDAS, 2019) Para Glazer, faz-se necessário resgatar a necessidade imperiosa de os governos impulsionarem e fortalecerem oportunidades e condições de trabalho para a população desassistida.

Ainda na linha do bem-estar social, a OPAS lança, em 2020, o relatório *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas* (2020), com dados sobre contaminação e letalidade em diferentes países. Os Estados Unidos lideravam o número de casos confirmados e de mortes pela covid-19 com cerca de 54% de casos, e o Brasil com 23%, também em toda a região. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2020)

Populações que têm sido afetadas historicamente pelas desigualdades sociais, como consequência da ausência de políticas públicas em educação básica e saneamento para garantir água de qualidade, promover condições dignas de moradia e oferta de trabalho, além de outros fatores sociais favoráveis à saúde, têm sido mais afetadas pela covid-19, a exemplo das populações indígenas, quilombolas e as comunidades ribeirinhas. O relatório indica como ponto crítico a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em função das barreiras geográficas, da discriminação e estigma que sofrem esses grupos mais vulneráveis.

O Brasil registra altas taxas de incidência da covid-19 entre os povos indígenas, que sentem o impacto do avanço agressivo da pandemia. Outros grupos vulneráveis, como os idosos, também são muito afetados. O relatório da OPAS/OMS<sup>3</sup> registra mais de 80% de mortes nesta faixa etária em países da região. De certa forma por decorrência da obrigatoriedade do isolamento social, o relatório chama a atenção para o

---

3 Ver: *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas* (2020).

aumento da violência doméstica durante a pandemia, que atinge também mulheres e crianças.

## Um olhar interpretativo sobre os conceitos

Os dados exigem um olhar crítico e interpretativo. As violências, as injustiças e o sofrimento humano são generalizados na região das Américas e estão, portanto, intrinsecamente relacionados às desigualdades e iniquidades sociais. A violência não é um fato marginal nas relações interpessoais; cresce com as desigualdades e a injustiça social, e é reforçada por esses fatores. O pensador Ignacio Martín-Baró (1999) lembrava suas múltiplas consequências: sofrimento, dor, desesperança. Esse contexto, ao decompor a estrutura individual e social, potencializa as iniquidades, a pobreza e as desigualdades sociais.

Como frutos de processos históricos, sociais, econômicos e culturais complexos e dinâmicos, as manifestações das violências, das injustiças sociais e do sofrimento humano na vida cotidiana são muitas vezes naturalizadas, como uma resposta normal das pessoas aos seus problemas. Essas manifestações fazem parte de processos que fragilizam as relações humanas.

Em razão de constituir conceito amplo e complexo, a desigualdade social afeta países e coletividades de modos diferenciados, levando-se em consideração os aspectos estruturais e conjunturais; está em jogo uma pluricausalidade. Determinar as causas e consequências não é uma tarefa fácil, uma vez que não se pode dissociar a pluricausalidade de elementos teórico-práticos, como sofrimento e injustiça, exclusão social e pobreza, de outros elementos de caráter simbólico ou identitário, como autonomia e conscientização. (FARIA; CASTRO SANTOS, 2020)

Em todas as sociedades, as situações de desigualdades, violência, injustiça e sofrimento tendem a variar entre os grupos sociais. São temas que vêm sendo discutidos há décadas pela literatura, nacional e internacional, e por organizações internacionais, como a OPAS e a OMS. Muito já foi escrito na história, linguística, literatura, antropologia, filosofia para mostrar que toda a narrativa sobre esses temas é apropriada pelos sujeitos com base em suas próprias experiências e subjetividades.



Outro termo considerado como categoria importante nas análises que buscam relacionar desigualdades com violências, injustiças, sofrimento, iniquidades e direitos sociais é o conceito de exclusão social. (PATINO; FARIA, 2019) As sociedades são violentas e injustas porque aceitam a exclusão e transformam as diferenças em desigualdades sociais, que reforçam a relação desigual entre ricos e pobres, brancos e negros, homens e mulheres. (CHAUÍ, 2018) O outro jamais é reconhecido como sujeito com direitos, “jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade”. Este é, na visão filosófica de Paul Ricoeur (1991), um dos problemas que marcam os tempos modernos, e não apenas em sociedades subdesenvolvidas, nas quais os excluídos dos direitos sociais tornam-se alvos mais imediatos da violência.

Impressiona como análises de décadas atrás continuam atuais quando se abordam temas como exclusão e iniquidade. Paulo Freire, em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, cuja primeira edição é de 1996, fala de uma “ideologia fatalista e imobilizante”, base de um discurso neoliberal, que reforça iniquidades e injustiças. Do ponto de vista dessa ideologia, a realidade não pode ser mudada; os “condenados da terra” (lembrando Frantz Fanon, 1968), os excluídos, serão sempre “os esfarrapados do mundo”, diz Freire (2019, p. 16). Do ponto de vista da ética social, é totalmente condenável a exploração do ser humano em todas as esferas da vida; a ética condena o cinismo do discurso mentiroso; a ética condena comportamentos imorais e perversos. (BOK, 1999)

A persistência de indivíduos e/ou grupos em situação de exclusão social e pobreza, em países na região das Américas, contribui com índices elevados de vulnerabilidade social e difícil acesso a serviços e equipamentos públicos, aos bens materiais e imateriais, e a oportunidades que permitam às pessoas a reprodução da vida em condições sociais dignas. Essas desigualdades sociais, econômicas e no exercício da cidadania, afetam ainda a saúde mental daqueles submetidos às práticas de exclusão social. O acesso à educação e saúde, trabalho e renda, habitação e transporte, cultura e lazer, meio ambiente sustentável e redes de suporte social favorece a redução das iniquidades nesses territórios.

## Um ponto de inflexão no debate

No presente texto busca-se, neste ponto, realizar uma inflexão, sobrepondo à descrição sociológica, reiterada nas páginas iniciais, uma breve discussão sobre conceitos de base psicológica e filosófica, discutidos pelos pensadores Ignacio Martín-Baró, Paul Ricoeur e Friedrich Nietzsche, como ponto de partida para entender as explicações mais frequentes para a violência, a injustiça e o sofrimento humanos. Para tal, tomam-se como referência importante os trabalhos do psicólogo social Ignacio Martín-Baró, que define o conceito de violência a partir de uma perspectiva psicossocial; Paul Ricoeur, que discute o conceito de justiça na perspectiva da fenomenologia hermenêutica; e Friedrich Nietzsche, que analisa o conceito de sofrimento na perspectiva da perda e da tragédia do existir.

### Ignacio Martín-Baró: o conceito de violência sob uma perspectiva psicossocial

Quais seriam os instrumentos, mecanismos e processos para a redução da violência nas comunidades? Como os sujeitos constroem sentidos e significados a respeito do que é ou não violento? Há necessidade de considerar-se as interpretações e formas pelas quais os sujeitos constroem sentidos, significados e subjetividades a respeito do que é ou não violento.

A perspectiva psicossocial no estudo da violência como fenômeno complexo permite analisar “como [esta] surge e se configura na junção entre a pessoa e a sociedade, nesse momento constitutivo do humano em que forças sociais se materializam através dos indivíduos e os grupos”. (MARTÍN-BARÓ, 1999, p. 365)

Martín-Baró, assassinado por milícias em El Salvador, exerce seguramente grande influência no questionamento das diferentes dimensões e conseqüências psicossociais da violência. Discute-se brevemente sua definição de violência, assim como as análises sobre suas diferentes dimensões constitutivas, seus efeitos psicossociais e os problemas específicos criados em um contexto de generalização da violência em momentos de guerra. O autor descreve elementos contextuais e teóricos que

foram determinantes nas elaborações do conceito da violência, tomando como ponto de partida o cenário da guerra civil em El Salvador.

Segundo sua perspectiva, existiria uma confusão sobre o termo violência, tanto no seu uso cotidiano como na sua utilização pelos cientistas sociais. Etimologicamente, a palavra violência deriva do latim *vis*, que significa força. Tradicionalmente, na psicologia há um debate a respeito da diferença entre agressão e violência. Para Martín-Baró (1999) o conceito de violência é mais amplo do que o conceito de agressão, já que a agressão seria apenas uma de suas formas, aquela em que a violência se aplica intencionalmente para ferir ou causar dano.

Por este motivo, para Martín-Baró (1999, p. 366) é possível reconhecer a existência da violência estrutural ou institucional; entretanto, não haveria agressão estrutural, pois é “[...] difícil provar que uma estrutura social tenha a intenção de fazer dano”.

Por outro lado, a psicologia, de modo geral, possui um entendimento diferente a respeito dessa diferença conceitual: enquanto a violência é valorada negativamente, a agressão é considerada parte integrante do psiquismo humano, sendo a violência geralmente julgada como uma forma nociva de agressão. Nessa última versão, a compreensão se inverte porque o conceito de agressão torna-se mais abrangente que o de violência. (DOMÈNECH; IÑIGUEZ-RUEDA, 2002)

Nas teorias da psicologia social contemporânea, a agressão e a violência têm um caráter relacional: isto é, manifestam-se contra alguém e são executadas por alguém. Desta forma, um ato agressivo se localiza em contextos de interações intersubjetivas (interpessoais ou intergrupais), possui uma dimensão intencional que causa um dano e, finalmente, é acima de tudo, um comportamento antinormativo. (DOMÈNECH; IÑIGUEZ-RUEDA, 2002) No entanto, esta definição de violência como ato antinormativo corre o risco de esconder formas de violência institucionalizadas ou aceitas pelo ordenamento jurídico de uma determinada sociedade, como, por exemplo, a violência policial, que frequentemente afeta mais os grupos populacionais vulneráveis às desigualdades sociais, entre eles, pobres, negros e jovens.

Uma perspectiva da psicologia social que se poderia denominar de latino-americana introduz a questão pelo sentido ou significado do ato,

ao entender que a “[...] compreensão [da violência] exige valorar a significação do fato ao nível de seu autor (pessoa ou grupo), como no contexto do marco social no qual se produz”. (MARTÍN-BARÓ, 1999, p. 368)

Esta opção implica que as ações possuem “um sentido nem sempre discernível desde fora, cujas raízes e consequências têm que ser buscadas nas estruturas históricas de uma sociedade”. (MARTÍN-BARÓ, 1999, p. 369) Sob esta perspectiva, os estudos sobre violência devem considerar a forma como sujeitos ou comunidades constroem sentidos e significados a respeito do que é ou não violento. O que é considerado violência em uma determinada cultura não necessariamente é valorado da mesma forma em outro lugar. Daí a importância da perspectiva psicossocial no estudo da violência como fenômeno complexo. Este enfoque permite analisar “como [esta] surge e se configura na junção entre a pessoa e a sociedade, nesse momento constitutivo do humano, quando forças sociais se materializam através dos indivíduos e dos grupos”. (MARTÍN-BARÓ, 1999, p. 365) Práticas associadas às desigualdades sociais podem ser interpretadas como atos que ferem a dignidade dos sujeitos ao colocá-los em uma posição de subalternidade. Por esse motivo, a violação de direitos ou a discriminação podem ser entendidas como ações violentas.

Segundo a visão de Martín-Baró (1999), há três pressupostos básicos sobre a violência. Em primeiro lugar, ela existe sob múltiplas formas que devem ser diferenciadas, a exemplo dos fenômenos distintos da violência estrutural, institucional e interpessoal. Por outro lado, a violência tem uma dimensão histórica, por isso deve ser entendida dentro do contexto social em que se produz. Finalmente, os atos de violência social possuem um peso autônomo que os dinamiza, podendo gerar uma “espiral de violência”.

Em diálogo com esses pressupostos, a psicologia social crítica entende que os estudos sobre violência devem tentar compreender os recursos interpretativos usados pelos sujeitos para “significar” a violência; tais estudos “[...] se interessam pelas explicações que os membros de uma comunidade utilizam para defini-la, isto é, se interessarão pelos discursos em torno da agressão e da violência”. (DOMÈNECH; IÑIGUEZ-RUEDA, 2002, p. 9)

As considerações feitas até o momento também reconhecem a importância da atribuição de significado para a compreensão dos danos e consequências subjetivas e intersubjetivas associadas às experiências de violência.

A partir destas considerações teóricas é possível pensar como certas formas de menosprezo, próprias das desigualdades sociais, afetam e podem ser interpretadas pelos sujeitos como uma forma de violência intencional. Apoiados na teoria do reconhecimento intersubjetivo de Axel Honneth (2010), entendemos que a privação de direitos, a discriminação e a marginalização que caracterizam as dinâmicas das desigualdades sociais podem ser interpretadas pelos sujeitos como acontecimentos que os menosprezam em um aspecto essencial de sua integridade pessoal de forma intencional, constituindo delitos morais. Essa experiência subjetiva de menosprezo é interpretada como uma injustiça moral e gera um dano na relação do sujeito consigo mesmo e com os outros. É dentro desta lógica que podem ser interpretadas as consequências subjetivas não só da agressão física, mas também das distintas formas de violência institucional ou estrutural, que reproduzem as dinâmicas de dominação e manutenção das desigualdades sociais.

Enfim, a gramática das desigualdades sociais precisa ser compreendida nas consequências subjetivas e de sofrimento que suas dinâmicas produzem. O sofrimento faz parte integrante da experiência humana e não é necessariamente patológico (como tem sido considerado por algumas abordagens), mas torna-se patológico quando começa a impedir de viver. Por isso, o sofrimento procedente do social, associado a desigualdades sociais e práticas de exclusão pode derivar em uma síndrome de autoexclusão, caracterizado por inibição do pensamento e das emoções, comportamentos violentos, perda do autocuidado e rompimento dos vínculos sociais. (FURTOS, 2007) Por esse motivo a saúde mental está diretamente relacionada com os pactos e as políticas públicas sociais de cada sociedade. Uma sociedade mais igualitária é uma sociedade que respeita a dignidade dos seus membros, cuidando de não produzir políticas orientadas a reproduzir delitos morais e sentimentos de injustiça.

## Injustiça e indignação segundo Paul Ricoeur: o sujeito injustiçado

Se partirmos das reflexões sobre as “fronteiras de tensão” entre campos ou territórios constitutivos das ciências humanas, da história e da filosofia com base no pensamento de Paul Ricoeur, não há como enunciarmos uma “natureza” humana bruta, de tal forma que sejamos capazes de enunciar verdades válidas para todos, em todos os momentos e circunstâncias. Devemos contar, então, com condicionamentos ou mediações que nos fazem ser de tal maneira e não de outra. Neste cenário, Paul Ricoeur (1985) não identifica o sujeito como uma substância, dotado de uma consciência capaz de singularizá-lo diante do Outro. Além de enfrentar as aporias sobre o tempo, ele faz um enxerto hermenêutico na fenomenologia. Ao inscrever a interpretação em um processo histórico de produção de significados, reconhece o lugar central da linguagem como discurso e a imagem do homem como um “cogito ferido” – atravessado e constituído pela alteridade diante de si mesmo e pela alteridade de si diante de outros. O sofrimento é parte irredutível desta natureza humana, identificada por Ricoeur (1985) em relação ao “cogito ferido”. O homem jamais seria transparente a si mesmo, ele é estranho a si e só pode se conhecer por meio de múltiplas mediações, atravessadas pelo tempo. Não se apresenta, nesse sentido, como o “cogito exaltado” de Descartes, diante de tais mediações. (DOUEK, 2011; RICOEUR, 1985)

O “sujeito” em Ricoeur reflete o movimento dialético, no tempo histórico, entre “idem” e “ipse”, entre a *identité-mêmeté* e a *identité-ipséité*. A identidade “idem” supõe, como Ricoeur explica em *O si-mesmo como um outro* (1991), uma permanência no tempo, uma estabilidade de traços, afetividades, condutas. Opõe-se à identidade “ipse”, às mudanças, ao cambiante, ao variável. Assim, abrem-se possibilidades para outras modalidades de “identidade não idêntica”. A narrativa permite designar ou articular, no relato biográfico, a “parte movediça”, em mutação, à parte “estável”, mesma, de modo a compor a identidade pessoal. Aqui reside, em sua amplitude, a perspectiva ética da construção identitária. (TRUC, 2005)

Essas reflexões também contribuíram para as suas discussões sobre justiça, injustiça e alteridade, presentes em suas obras *O Justo* (1995) e *O Justo 2* (2001). O que interessa a Ricoeur quando realiza seu estudo sobre o “justo” é compreender seu lugar na ética, ou seja, tanto do ponto de vista da teleologia quanto da deontologia. Sob o primeiro aspecto, o justo aparece sob a égide do “bom”, em que “marca a extensão das relações interpessoais nas instituições”; quanto ao segundo, se apresenta como o “legal”, no “sistema judiciário conferindo à lei coerência e direito de coerção”. (RICOEUR, 1991, p. 231)

As injustiças sociais são tão antigas quanto a humanidade, e vêm ampliando suas formas de manifestação nos dias atuais. Segundo Ricoeur (1991), é pela incapacidade do homem de escapar totalmente ao mal que afeta o exercício das liberdades humanas, que se cometem injustiças. Pela incapacidade de agir com ética, de se enxergar a si mesmo e ao outro, respeitando os símbolos e valores que estruturam nossa compreensão das relações sociais no campo da alteridade. A justiça se configura quando o indivíduo reconhece a si mesmo como alguém que busca equidade e pratica justiça nas relações humanas, crucial para que haja harmonia na convivência social. (ROSSETTI, 2015)

Em *O si-mesmo como um outro* (1991), Ricoeur está em busca de uma hermenêutica do si e realiza um movimento reflexivo e dialético sobre a consciência e o sujeito, com base em leituras de Marx, Freud e Nietzsche. Ricoeur atribui duas categorias ao sujeito: “sujeito falível” (a falibilidade humana pode levar o homem a cometer injustiças) e o “sujeito capaz” (autor de suas ações e responsável pelos seus atos). Sua análise aborda a multiplicidade possível das relações sociais e o efeito sobre a identidade, como dimensão mutável no sujeito. Essas mudanças ocorrem ao longo do percurso da vida, articulam-se às narrativas, uma vez que é na narrativa que a dialética entre a *identité-mêmeté* e a *identité-ipsité* se expande na constituição/construção da(s) identidade(s).

Sua reflexão sobre justiça inscreve-se em seus estudos sobre a ética e a filosofia política. Em *O Justo* (1995) Ricoeur inicia sua discussão partindo do conceito de injustiça, considerando-o introdutório ao conceito de justiça, uma vez que, segundo o autor, todos nós vivenciamos experiências de injustiças feitas a nós próprios e, também, com outros

indivíduos ou grupos sociais. Os desdobramentos da injustiça – dores, sofrimentos, indignações e violências – são recuperados por Ricoeur para discutir as duas categorias de sujeito. (ROSSETTI, 2015)

Os trabalhos de Paul Ricoeur se destacam por suas análises complexas e buscam apresentar respostas possíveis para aproximações interpretativas sobre conceitos diversos. Para o autor, o “justo”, como valor subjetivo e humano, é entendido como extensão das ações do sujeito, enquanto o valor da justiça é compreendido como indissociável da relação com o sujeito. O justo surge no sujeito, diz Ricoeur (1995, 2001), mas não é exclusividade dele – alteridade, responsabilidade e ação prudente são elementos que compõem o universo do homem justo. Neste sentido, o justo é antes de tudo o esforço humano em agir de forma correta e ética com Si mesmo e com o Outro. “[...] O bem que se busca há de ser inseparável do bem do outro, sob pena de nada mais ser que um egoísmo repreensível, que rebaixa o sujeito o impedindo de atingir o plano moral”. (VILLELA-PETIT, 2013, p. 171)

Tais análises e considerações de Paul Ricoeur foram acolhidas por parte da comunidade intelectual e permitiram lançar a semente para transformação de sociedades mais solidárias, justas e humanas. Falar sobre justiça e/ou injustiça sob o enfoque ricoeuriano significa pensar os conceitos de acordo com o modo hermenêutico de compreender-se a Si mesmo e ao Outro, partindo de reflexões mais profundas das condições que conformam a identidade dos indivíduos. Em outras palavras, pensar o Outro é constitutivo da consciência de Si e dos valores que se aprende a respeitar. A experiência da justiça/injustiça em Ricoeur, segundo Villela-Petit (2013, p. 170), “[...] requer uma reflexão apurada, ou até mesmo em certos casos um conhecimento vivo da violência sofrida pelas vítimas, quando o que está em pauta é uma gritante injustiça social”.

Paul Ricoeur (1995, 2001) referirá que a concepção de justiça será sempre o reflexo de um desejo de vivência coletiva, ou seja, de uma cooperação social mais estreita. Deste modo, será mediante seus estudos que Ricoeur exprimirá a ambiguidade do conceito de justiça, quer quanto às intenções individuais, quer quanto aos vínculos cooperativos. De certo modo, tal forma de justiça, porque destinada a congregar contributos



sociais muito distintos, não deixa de constituir a fonte da qual podem derivar os conflitos humanos. (FERREIRA, 2017)

Em *O si-mesmo como um outro* (1991), Ricoeur transita também por temas como autonomia, solicitude, justiça, respeito e vulnerabilidade. Tendo em vista uma maior humanização da justiça, a compreensão do conceito de justiça em Ricoeur à luz da vulnerabilidade e da exclusão deverá levar em conta tanto a violência que coexiste nas relações diretamente sociais, quanto nos conflitos políticos, econômicos, culturais presentes nas sociedades. A concepção ricoeuriana de justiça tenta conciliar a dimensão ética da norma, que orienta a vida em sociedade, em conjunto com a dimensão da justiça, que orienta os indivíduos a agirem de forma justa consigo mesmos e com os outros. O princípio da orientação dos comportamentos humanos deveria, deste modo, se pautar na premissa defensável de que indivíduo e coletivo poderiam ser orientados pela virtude da justiça. (ROSSETTI, 2015)

Ricoeur fala de uma “ordem simbólica” que definiria os poderes da comunidade e do Estado sobre o indivíduo, por meio de mecanismos de controle e legitimação destinados a prevenir a vulnerabilidade, a exclusão e a dominação. Essa ordem simbólica governaria as relações entre os indivíduos, por meio da mediação entre instituições e normas que garantiriam o exercício da justiça distributiva e corrigiriam as desigualdades. (BOUBLIL, 2015) Importante destacar que Ricoeur (2001) se refere à desigualdade entre os homens como desigualdades de chances e oportunidades, sejam elas por razões culturais ou sociais; desigualdades que se manifestam também no domínio da linguagem, do discurso, do sentido e da narrativa. Em diálogo com o pensamento filosófico de Eric Weil (2012) em torno da violência (Weil acreditava que pessoas deveriam dispor da razão e da linguagem razoável para “humanizar o humano”), Ricoeur (2001) argumenta que a impossibilidade de falar, a impossibilidade daquela linguagem da razão – narrar, discorrer, se exprimir e se justificar – é o que fragiliza as relações humanas, tornando-as injustas para determinados indivíduos ou grupos, que historicamente são excluídos de direitos sociais. “A violência fala”. Daí a importante pergunta de Ricoeur (2001 apud VILLELA-PETIT, 2013, p. 175) “o direito todo não repousa ele sobre o ganho que obtém a palavra sobre a violência?”.

Segundo Ricoeur (2001), somente pela relação mais equânime com o outro em comunidade é possível fortalecer a justiça social. No fundo, Ricoeur expressa a ideia de que o desejo de uma “paz comunitária” ou “ordem simbólica” justa só pode ser integralmente realizado quando lhe estiver implícito um juízo de cidadania prudente e criativo, direcionado para a constituição de novas formas de conduta, próximas de um “ideal de vida feliz”. Nesta medida, será somente pela superação das ações individualistas e pela ideia de solicitude que se afirmará a noção de justiça e o acolhimento necessário aos indivíduos vulneráveis.

### **Friedrich Nietzsche: o conceito de sofrimento e sua dimensão trágica**

Sufrimento é um conceito que se estende por diversas definições na filosofia, na psicologia, na antropologia, no direito, na história, nas artes. A etimologia da palavra é uma variante do latim *sufferre* que significa “aguentar”, “sofrer”, sentir dor física, psíquica e emocional. (BARBOSA, 2006) De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, sofrimento é todo ato ou efeito de sofrer dor física, moral, ética, além de amargura, angústia, medo, ansiedade, desespero, revolta, solidão, que podem promover uma condição de profunda tristeza. Linguisticamente, a palavra é sinônimo de padecimento e significa o mesmo que “o ato ou efeito de sofrer”, experimentar suportar e tolerar dores físicas ou morais. (COSTA; MELO, 1995)

Importante reconhecer que o sofrimento não se apresenta da mesma forma para todos os indivíduos. Diferentes culturas possuem concepções, percepções, vivências, experiências e perspectivas teóricas variadas acerca do sofrimento. São múltiplas as definições do conceito e diante dessa multiplicidade de narrativas e sentidos, o sofrimento surge associado a eventos tais como doença, desemprego, perda, finitude, fome, dor, frio, falta de sentido, violência. Segundo Ceccarelli (2005), diferentes contextos históricos, sociais ou políticos percebem e tratam o sofrimento também diferentemente.

Marques (2017) afirma que reconhecer a dimensão coletiva do sofrimento possibilita entender a forma como afeta as dinâmicas sociais no interior de uma determinada comunidade, daí a importância em classificá-lo, estudá-lo e tratá-lo. As pessoas sofrem porque percebem a sua finitude, a sua doença, a sua dor. As pessoas sofrem porque vivenciam violências, injustiças e desigualdades. O sofrimento, neste caso, incorpora uma dimensão não apenas psicológica, mas também de significado existencial.

Os temas da doença, do sofrimento e da dor não estiveram alheios ao pensamento do filósofo Friedrich Nietzsche. Mas brotaram, sobretudo, de suas críticas à negação (que considerava pessimista) da Igreja Católica a tudo que o cristianismo considera falho no ser humano, como a fraqueza, a mentira, a raiva, a inveja. Sua reflexão sobre o sofrimento estaria, também, associada ao próprio padecimento vivenciado por sua saúde frágil. Foi na percepção de suas agonias, angústias, dores e de sua fragilidade perante a doença, que o pensamento filosófico de Nietzsche ganhou contornos. Foi através da experiência da doença que Nietzsche mobilizou suas forças de defesa para superar suas dores psíquicas e físicas. (THOMASS, 2019)

Diferentemente de Ricoeur (1991), que entende o sofrimento e a dor na dimensão corporal ou linguística, ou seja, as manifestações que têm lugar em órgãos específicos do corpo ou no corpo como um todo, na percepção de Nietzsche, o sofrimento não é um sintoma, nem uma patologia, mas uma experiência humana complexa, uma vivência abstrata e subjetiva pessoal, difícil de definir objetivamente.

Torna-se então imperativo compreender os recursos interpretativos e subjetivos usados pelos sujeitos para significar o sofrimento, que é definido subjetivamente em termos da própria pessoa, segundo os seus valores, as suas vivências, suas emoções, seu contexto e as suas crenças. Quais as explicações que os indivíduos utilizam para definir a palavra sofrimento? Como nosso pensamento transforma nossas percepções sobre conceitos como sofrimento, justiça e violência? O sofrimento dá ao indivíduo a experiência e a compreensão de si mesmo e do outro? Para Nietzsche (2005) o sofrimento é considerado “instrumento” eficaz na construção de sua filosofia e compreensão do si mesmo.

Partindo da “obstinada e obsessiva reflexão sobre o sentido do sofrimento e, também, da dor em Nietzsche” (WEBER; CHICARELLI, 2013, p. 3), suas interpretações apresentam uma explicação polarizada, homem/sofrimento. Existiriam então dois tipos de sofredores, os que sofrem de *abundância de vida* e os que sofrem de *empobrecimento de vida*. Esses últimos “[...] que buscam silêncio, quietude, mar liso, redenção de si mediante à arte e ao conhecimento, ou à embriaguez, ao entorpecimento, à convulsão, à loucura”. (NIETZSCHE, 2012, p. 272) Os primeiros, os que sofrem por abundância de vida, são sujeitos entre valores éticos, sociais e morais. Para este grupo, o sofrimento é um estímulo para se tornar mais forte. Já os que sofrem por pobreza de vida, precisam suportá-la, embora não tenham vitalidade, pois estão sempre necessitando de força ou energia vital. Esse grupo de sofredores constitui a maioria. (WEBER; CHICARELLI, 2013)

Em *Além do bem e do mal* (2005, p. 196), Nietzsche afirma que “o sofrimento profundo enobrecer”. O homem quer entender suas vivências, não se recusa em reconhecer que o sofrimento existe e que precisa ser compreendido, vivenciado e enfrentado. (THOMASS, 2019) O sofrimento em Nietzsche ensinaria que a dor não constitui motivo de desânimo perante as incertezas da vida e que a “libertação espiritual” do autor se deu, em grande parte, por entender que a dor e o sofrimento devem ser entendidos como inerentes à existência humana. (NIETZSCHE, 2005; THOMASS, 2019; WEBER; CHICARELLI, 2013)

Se o sofrimento poderia ser correlacionado à dor, à solidão, à tristeza, Nietzsche se debruçou mais atentamente ao tema por outro ângulo, correlacionando os conceitos “vida” e “prazer”; “bem” e “mal”. Acreditava que todos os tipos de sofrimento, infortúnios e fracassos deveriam ser entendidos como desafios a serem superados ao longo da vida. A vida não existe sem o sofrimento, são fundamentais esforços diários e constantes para superá-lo. (NIETZSCHE, 2005)

Existe, por certo, uma tendência natural das pessoas de evitar o sofrimento. Mas isso não significa não vivenciar o sofrimento; se o homem perceber sentido no sofrimento ele aceitará sofrer, diz Nietzsche (2005). O desafio é incontornável, pois sofrer atinge a integridade das pessoas e não se esgota na dimensão física, mas irradia-se para as dimensões

cognitivas, mentais, emocionais e espirituais. Diferentemente dos animais, que não refletem sobre sua existência, seus sofrimentos e suas dores, o homem percebe que a capacidade de experimentar o prazer é condicionada à capacidade de suportar o sofrimento, o medo e as dores. (THOMASS, 2019)

Para Nietzsche (2005), os aprendizados, as experiências e a profundidade da compreensão de nós mesmos são possíveis justamente porque as pessoas vivenciam o sofrimento. Isso não significa dizer, contudo, que se deve buscar o sofrimento deliberadamente, mas entender que o sofrimento transforma as condutas e ações humanas. Ninguém quer sentir dor, diz Nietzsche (2005, 2012), mas a sensação do prazer e da felicidade que se faz anteciper pela experiência do sofrimento. Portanto, a saúde, na concepção de Nietzsche, apresenta-se ao sofredor como um estímulo que deve ser superado.

Nietzsche resgata o olhar trágico sobre a vida. A felicidade acontece para os que são corajosos e enfrentam os seus sofrimentos. Faz críticas ao cristianismo, que seria responsável por “criar um sofrimento contra o sofrimento” ao afirmar que a vida só deixa de ser sofrimento quando remetida para o além, extinguindo, nesta medida, o próprio sofrimento humano. Para Nietzsche (2001, p. 24),

[...] o que revolta no sofrimento não é o sofrimento em si, mas a sua falta de sentido: mas nem para o cristão, que interpretou o sofrimento introduzindo-lhe todo um mecanismo secreto de salvação, nem para o ingênuo das eras antigas, que explicava todo sofrimento em consideração a espectadores ou a seus causadores, existia tal sofrimento sem sentido.

Como filósofo, Nietzsche entendia que era necessário aprender a agir diante do sofrimento, das dores, das injustiças, das doenças, das violências, de forma a aliviá-los, reconhecendo as vulnerabilidades, fragilidades e limites da humanidade. O sofrimento passa a ser visto não como algo que paralisa as ações, mas como um impulso para a percepção dos

limites de nossa existência e da possibilidade de procurar outros modos de pensar e agir. (NIETZSCHE, 1998; SOUSA, 2014)

## Conclusão

De nossas reflexões e análises resulta a proximidade bastante clara entre o pensamento de Martín-Baró e as considerações, especialmente filosóficas, de Paul Ricoeur. Na mesma medida em que se aproximam, por meio do entendimento do que seria um sujeito ferido, agredido, injustiçado, ou seja, o sujeito que tem consciência acerca de si mesmo e de suas ações e práticas sociais, mas que tem consciência das inúmeras maneiras de habitar o mundo e torná-lo mais habitável; do mesmo modo se afastam as considerações de Ricoeur e de Martín-Baró da visão filosófica de Nietzsche, ao reabilitarem o cogito “destronado” por sua visão de mundo e de si próprio. (DOUEK, 2011) Suas dores, mazelas e sua subjetividade, ao tempo em que projetam um cogito visceralmente fragilizado, destoam da percepção de Ricoeur e Martín-Baró, que resgatam a unidade que se estabelece, em cada ação e em cada gesto, entre o sujeito e o mundo.

Para Ricoeur e, de certa forma, também para Martín-Baró, o sujeito encontra um meio de apreender-se como uma singularidade em meio à multiplicidade que caracteriza sua identidade pessoal. O sujeito compreende que sua existência não se restringe aos limites individuais, sendo antes caracterizada por um trabalho interminável de apropriação das alteridades, de sua relação multifacetada com o mundo. Esta relação, quando o cogito se reduz ou é tragicamente obscurecido diante do mundo, é a percepção maior de Nietzsche.

Finalmente, embora a reprodução das desigualdades sociais, nas sociedades brasileira e latino-americanas, seja uma forma de manutenção das formas de dominação e das relações de poder e submissão tradicionais, as experiências de injustiça social, as feridas morais e o sofrimento derivado do social podem, em alguns casos, constituir agente mobilizador de lutas e movimentos sociais pelos direitos e reco-

nhecimento de alteridades submetidas a práticas de exclusão e violência sistemática nas distintas sociedades.

## Agradecimentos

Os autores agradecem ao prof. Luiz Antonio de Castro Santos por inúmeras sugestões editoriais.

## Referências

- ALMEIDA FILHO, N. Vacina não é bala de prata, pandemia exige ações complexas para superar a covid-19. [Entrevista cedida a] João Vitor Santos. *Instituto Humanitas Unisinos*, São Leopoldo, 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/602215-vacina-nao-e-bala-de-prata-pandemia-exige-acoes-complexas-para-superar-a-quarentena-entrevista-especial-com-naomar-de-almeida-filho>. Acesso em: 16 set. 2020.
- BARBOSA, A. Sofrimento. In: BARBOSA, A.; NETO, I. *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. p. 397-417.
- BOK, S. M. *Lying: moral choice in public and private life*. Boston: Vintage, 1999.
- BOUBLIL, É. Instaurer la “juste distance”. Autonomie, justice et vulnérabilité dans la pensée de Paul Ricœur. *Archives Husserl de Paris*, Paris, v. 6, n. 2, p. 13-31, 2015. Disponível em: <https://ricoeur.pitt.edu/ojs/index.php/ricoeur/article/download/311/151#:~:text=%E2%80%9CInstaurer%20la%20juste%20distance%2C%E2%80%9D,m%C3%Aame%20de%20l%27action%20politique>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- CAMPELLO, T.; GENTILI, P.; RODRIGUES, M. *et al.* Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 54-66, 2018. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe3/0103-1104-sdeb-42-spe03-0054.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2020.
- CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmK5qrc9BB5ZksDdRKFK6pj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2020.
- COSTA, J. A.; MELO, A. S. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 7. ed. Porto: Porto Ed., 1995.

DOMÈNECH, M.; IÑIGUEZ-RUEDA, L. La construcción social de la violencia. *Athenea digital*, Barcelona, n. 2, p. 1-10, 2002. Disponível em: <http://atheneadigital.net/article/viewFile/n2-domenech-iniguez/54-pdf-es>. Acesso em: 25 set. 2020.

DOUEK, S. *Paul Ricoeur e Emmanuel Lévinas: um elegante desacordo*. São Paulo: Loyola, 2011.

ESCRITOS de Marilena Chauil| Sobre a violência. São Paulo: Grupo Autêntica, 2018. 1 vídeo (9 min). Publicado no canal Grupo Autêntica. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=RoYvaTEOijQ>. Acesso em: 20 maio 2020.

FANON, F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1968.

FARIA, L.; CASTRO-SANTOS, L. A. Violência e vulnerabilidade social: prática política e prevenção diante de riscos em saúde. In: FARIA, L. *Violências e suas configurações: vulnerabilidades, injustiças e desigualdades sociais*. São Paulo: HUCITEC, 2020. p. 27-48.

FERREIRA, L. M. S. M. *Paul Ricoeur: da hermenêutica do mal aos fundamentos da justiça*. 2017. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/36663>. Acesso em: 13 mar. 2020.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 59. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2019.

FURTOS, J. Psiquiatria y Sociedad. Sufrir sin desaparecer. In: RODRÍGUES, A. (org.). *La Salud mental frente al cambio social*. Bogotá: Editorial Kimpres, 2007. p. 23-41.

GAGNEBIN, J. *Lembrar, escrever, esquecer*. São Paulo: Ed. 34, 2006.

GLAZER, N. Reflections: reform work, not welfare. *The public interest*, [s. l.], v. 40, p. 3-10, 1975.

GOHN, M. G. Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Cadernos CRH*, Salvador, v. 32, n. 85, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/Lc4THRCyDjMdgWmHHJhpdzb/?lang=pt#:~:text=Faz%2Dse%20um%20resgate%20do,sociais%20como%20de%20institui%C3%A7%C3%B5es%20estatais>. Acesso em: 18 set. 2020.

HONNETH, A. *Reconocimiento y Menosprecio*. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social. Buenos Aires: Katz, 2010.



IPEA. Atlas da Violência. Brasília, DF: Ipea, 2020. Infográfico. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/8132-atlas-da-violencia-2020-infografico.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

IPEA. Atlas da Violência. Retrato dos municípios brasileiros, 2019. Brasília, DF: IPEA, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/21/atlas-da-violencia-dos-municipios-brasileiros-2019>. Acesso em: 16 mar. 2020.

IPEA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Atlas da Violência*. Brasília, DF: Ipea, 2016. Disponível em: [https://forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP\\_Atlas\\_violencia\\_2016.pdf](https://forumseguranca.org.br/storage/publicacoes/FBSP_Atlas_violencia_2016.pdf). Acesso em: 16 set. 2020.

MARQUES, M. A. *Solitude e sofrimento em pessoas maiores de 80 anos*. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem na Especialidade de Enfermagem Avançada) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2017.

MARTÍN-BARÓ, I. *Acción e ideología psicología social desde Centroamérica*. El Salvador: UCA Editores, 1999.

NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *Panorama Social da América Latina 2019*. Santiago: Nações Unidas, 2019. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45090/1/S1900909\\_pt.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45090/1/S1900909_pt.pdf). Acesso em: 18 ago. 2020.

NIETZSCHE, F. W. *A Gaia Ciência*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

NIETZSCHE, F. W. *Além do bem e do mal*. Prelúdio a uma filosofia do futuro. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

NIETZSCHE, F. W. *Além do bem e do mal*. Prelúdio a uma filosofia do futuro. Curitiba: Hemus, 2005.

NIETZSCHE, F. W. *Genealogia da moral: uma polêmica*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

NIETZSCHE, F. W. *Para a genealogia da moral*. Rio de Janeiro: Scipione, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPAS, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Resumo do panorama regional e perfil do Brasil*. Washington, D.C.: OPAS, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países*. Washington, D.C.: OPAS, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Sociedades justas: equidade em saúde e vida com dignidade*. Relatório da Comissão da Organização Pan-Americana da Saúde sobre Equidade e Desigualdades em Saúde nas Américas. Washington, D.C.: OPAS, 2019.

ORTEGA MARTINEZ, F. El trauma social como campo de estudios. *In: ORTEGA MARTINEZ, F. (org.). Trauma, cultura e história: reflexiones interdisciplinarias para el nuevo milenio*. Bogotá: Universidad Nacional, 2011. p. 17-62.

PATINO, R.; FARIA, L. Práticas de exclusão social: reflexões teórico-epistemológicas em torno de um campo de estudos. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, Medellín, v. 10, p. 426-444, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/traces/2173#:~:text=La%20od%C3%A9sillusion%20narrative%20met%20le,la%20om%C3%AAmet%C3%A9%20que%20Pierre%20Bourdieu>. Acesso em: 13 mar. 2020.

RICOEUR, P. *Le Juste 1*. Paris: Éditions Esprit, 1995.

RICOEUR, P. Autonomie et vulnérabilité. *In: RICOEUR, P. Le juste 2*. Paris: Éditions Esprit, 2001. p. 297.

RICOEUR, P. *O si-mesmo como um outro*. Campinas: Papirus, 1991.

RICOEUR, P. *Temps et récit. III*. Paris: Seuil, 1985.

ROSSETTI, R. *Justiça em Paul Ricoeur*. Uma hermenêutica do homem justo. São Paulo: LiberArts, 2015.

SCHRAIBER, L. B. Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saúde e sociedade*, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 727-732, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5pYnQkfYpSg6hX56xDFMjKb/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SCHWARZ, R. *Um mestre na periferia do capitalismo: Machado de Assis*. São Paulo: Ed. 34, 2000.

SOUSA, M. A. Nietzsche. *Viver intensamente, tornar-se o que se é*. São Paulo: Paulus, 2014.

THOMASS, B. *Afirmar-se com Nietzsche*. Rio de Janeiro: Vozes Nobilis, 2019.

TRUC, G. Une désillusion narrative? De Bourdieu à Ricoeur en sociologie, *Tracés. Revue de Sciences humaines*, [s. l.], v. 8, p. 47-67, 2005. Disponível em: <https://journals.openedition.org/traces/2173#:~:text=La%20d%C3%A9sillusion%20narrative%20met%20le,la%20m%C3%A9t%C3%A9%20que%20Pierre%20Bourdieu>. Acesso em: 18 set. 2020.

VILLELA-PETIT, M. da P. “O justo e o legal na reflexão de Paul Ricoeur”. *Prometeus*, São Cristóvão, v. 6, n. 12, p. 169-183, 2013. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/prometeus/article/viewFile/1028/1124>. Acesso em: 20 jan. 2020.

WEBER, J. F.; CHICARELLI, M. Sofrimento enquanto empobrecimento ou abundância de vida. *Revista DWWE*, [s. l.], p. 1-24, 2013. Disponível em: <http://revistas.dwwe.com.br/index.php/NH/article/view/29/14>. Acesso em: 20 out. 2020.

WEIL, E. *Lógica da filosofia*. São Paulo: É Realizações, 2012.



## CAPÍTULO 5

# A EXPERIÊNCIA DE APOIO EM SAÚDE MENTAL PARA EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROCESSO EDUCATIVO

SABRINA STEFANELLO

DEIVISSON VIANNA DANTAS DO SANTOS

## Introdução

*Quem vive sabe, mesmo sem saber que sabe.*

Lispector (2013, p. 68).

Tem sido bastante difundida, para a população em geral, em variadas mídias a mensagem sobre o aumento do sofrimento mental, diagnósticos de ansiedade e depressão. Tudo isso, teve maior destaque com a pandemia do novo coronavírus. Ao mesmo tempo que não é novidade no meio científico o grande estigma que circunda a saúde mental. (DE BARROS; PINTO; JORGE, 2010; LOCH et al., 2011; THORNICROFT et al., 2009) Sendo que tal estigma pode ser reforçado pelos próprios trabalhadores na área da saúde. (HENDERSON et al., 2014; LOCH et al., 2011)

Além de todos os malefícios psicológicos advindos dessa prática, sabe-se que a saúde física de pessoas com problemas mentais também é mais negligenciada. Revascularização de coronárias (DRUSS et al., 2000), hospitalizações por diabetes (SULLIVAN et al., 2006) e exames clínicos básicos, como aferição da pressão arterial (ROBERTS et al., 2007), são todos realizados em menor quantidade neste grupo.

Destacando que esta divisão entre mental ou psíquico e físico é meramente didática, para facilitar a compreensão.

Ao se considerar tal cenário cabe especial olhar à atenção básica em saúde, que de simples não tem nada. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o local privilegiado que visa garantir o cuidado integral de modo contínuo das famílias em seu território de abrangência. Concomitante a isso, se tem cada vez mais reconhecida e incentivada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a importância dos cuidados em saúde mental voltados para proteger e promover direitos humanos, incluindo um papel central na oferta de cuidado de base comunitária.

O Plano de Ação da Organização Mundial da Saúde de 2013-2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), que foi rediscutido em 2019 e estendido até 2030, introduz a noção de *recovery* e a valorização de estratégias comunitárias. *Recovery* seria um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais no funcionamento cotidiano, deixa de relacionar-se à ausência de sintomas e passa a priorizar a qual participativa pode ser a vida de um indivíduo na comunidade, não obstante a doença (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015); além disso, não fica centrado no modelo médico de tratamento. Pelo contrário: aborda geração de renda, oportunidades educacionais, habitação e serviços sociais, bem como determinantes sociais em saúde. (SAXENA; FUNK; CHISHOLM, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021)

No ano de 2021 uma nova cartilha da OMS, intitulada *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches Geneva* (2021) foi divulgada. Nela se encontram diversas ações baseadas no *recovery* e no tratamento comunitário. Repare que existem termos muito relevantes para a Atenção Primária em Saúde (APS): comunidade, centrado na pessoa e direitos. Com tais referenciais como norte, é esperado que a atenção básica consiga, cada vez mais, entender e lidar com as diferentes dimensões de sofrimento que chegam às suas portas.

A saúde mental do paradigma comunitário dialoga diretamente com os princípios de cuidado da atenção básica. Relaciona-se com a compreensão dos contextos das pessoas, mais do que com os seus diagnós-

ticos. Procura-se articular com ações territoriais e comunitárias, mais do que o fetiche com psicofármacos da moda e/ou da vez. Compreende que as ações sejam realizadas em rede e por diversos profissionais, ao invés de acreditar na existência de um único local capaz de prover todo o cuidado em saúde. Este é o paradigma territorial, comunitário, em rede e centrado na pessoa, tanto da atenção psicossocial como da atenção básica. (DESVIAT, 2018) Organizar os atendimentos em saúde desse modo, mais próximo dos lugares onde os indivíduos habitam, é mais eficaz para o manejo dos problemas de saúde, inclusive problemas mentais. (CORREIA, 2011)

Apesar disso, desde 2015 até a data da escrita deste texto (2022), vivenciamos um momento de estagnação desta rede – e mesmo retrocesso. Presenciamos, hoje, o congelamento dos repasses financeiros para a rede territorial – que não recebem reajustes desde 2011 – e a redução do percentual do orçamento da saúde destinado às políticas de saúde mental. Enquanto isso, temos aumento do financiamento para unidades de internação asilares e comunidades terapêuticas deslocadas da lógica da rede de saúde. (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020)

O relato a seguir é um registro que tem como intuito trazer esperança e possibilidades, que as pessoas possam exercer a criatividade partindo de uma base concreta como exemplo, indicando que é possível interferir em algumas práticas, incluindo o processo formativo. Não exclusivo para alunos de graduações ou especializações em saúde, mas envolvendo os profissionais que atuam cotidianamente na atenção básica. Este relato não visa resolver os inúmeros problemas históricos que existem em nossa sociedade e influenciam nos serviços de saúde. Mudaremos os nomes e locais onde a experiência ocorreu, pois acreditamos que o mais importante é a sua descrição e a reflexão em torno dos arranjos organizacionais e práticas da experiência.

## **Relato da experiência**

No ano de 2007, trabalhava em um distrito de saúde de uma região periférica de uma grande cidade brasileira. O distrito contava com uma população aproximada de 200 mil habitantes, com uma alta dependência do

Sistema Único de Saúde (SUS), tendo 12 UBS e cerca de 40 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta mesma região contava com uma rede de serviços razoáveis de apoio às unidades, com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um ambulatório de especialidades e uma unidade de pronto atendimento. Além disso, contava com profissionais que atuavam como apoio da gestão para questões de saúde mental. Neste ano, estes profissionais de apoio fizeram um levantamento interessante.

Em cada reunião de pelo menos uma equipe das suas UBS, do distrito em questão, foi lançada a pergunta: – O que vocês querem de apoio dos profissionais de saúde mental? Provendo discussão nessas reuniões e compilando o que foi respondido pelos profissionais. As respostas que surgiram foram as seguintes:

- que participem de nossa reunião de equipe;
- que discutam os casos juntos conosco e que nos escutem;
- que façam visitas domiciliares conjuntas;
- que tirem dúvidas em relação aos psicofármacos;
- que nos supervisionem, nos ajudem com o manejo dos grupos que já fazemos e nos ajudem com novos grupos;
- que atendam junto conosco nos casos em que temos dúvidas;
- que tenhamos acesso fácil a esses profissionais;
- que tragam os pacientes da “saúde mental” para a nossa clientela.

## Organizando a Estratégia de Apoio

Com tais resultados como guia, se iniciou uma organização de apoio em saúde mental para uma destas UBS. Iremos nos concentrar na reorganização de uma destas UBS, deste distrito. UBS Andorinha estava localizada em uma região ainda mais periférica da cidade, contando com uma população de cerca de 20 mil pessoas e aproximadamente 95% delas dependiam do SUS para obter cuidados em saúde. Essa UBS funcionava das 7 horas às 19 horas, de segunda à sexta e sua região de abrangência



era dividida entre 4 equipes de ESF. O acolhimento das pessoas e suas demandas funcionava diariamente nos mesmos horários de abertura da UBS e era realizado especificamente por cada uma das equipes, com sala própria identificada por cor. Aconteciam reuniões semanais com todas essas equipes. Desde o ano de 2002 esta UBS tinha um núcleo de Saúde Coletiva, mantendo também um colegiado gestor com representantes da comunidade. As equipes não estiveram completas durante todo o período do relato, um dos desafios foi justamente a troca dos profissionais, ainda assim, boa parte deles permaneceu a mesma. Fora do que seria o esperado em uma equipe de saúde da família, existia também o apoio de pediatra e ginecologista.

Inicialmente havia somente uma psiquiatra para fazer esse apoio em saúde mental, autora deste capítulo. Porém, um pouco mais à frente foi possível contar com a ajuda de uma terapeuta ocupacional com experiência de trabalho na rede de atenção psicossocial. As preocupações iniciais foram privilegiar uma organização, um modo de trabalhar que auxiliasse nas demandas dos profissionais, mas com enorme cuidado para não criar um ambulatório em paralelo ao funcionamento da UBS. Porque se algo do tipo acontecesse, as trocas entre os diferentes profissionais ficariam comprometidas e seria mantida uma lógica tradicional ambulatorial do especialista.

Somado a isso, para conseguir garantir boa parte dos pedidos dos profissionais da atenção primária, foi necessário ter uma certa flexibilidade de horários. Para isso foi acordado com a gestão da UBS trocas em horários pré-definidos de modo que pudessem ser realizadas visitas conjuntas ou algum atendimento fora do horário previsto. Com essa possibilidade de flexibilidade, foi possível combinar com os profissionais atuando como apoio uma maior abertura justamente para garantir visitas conjuntas, auxílio com os grupos, inclusive com seleção e indicação de material didático às equipes.

Cada unidade de saúde deste distrito criou seu arranjo próprio entre os profissionais de saúde mental e os profissionais oriundos da equipe de ESF. Algumas unidades estabeleceram que haveria mais atendimentos conjuntos, outras pediram ajuda para que os profissionais de saúde mental auxiliassem no manejo dos regulares grupos de hipertensão da

unidade, enquanto em outras o arranjo de apoio foi feito através de discussão de casos nas reuniões de equipe e na participação em visitas domiciliares de casos complexos. Este aspecto contrasta com o que muitas vezes é propagado: que só existe uma forma de realizar o apoio de saúde mental na atenção básica. O que aprendemos nesta experiência foi o contrário. O apoio deve ser organizado, de acordo com a demanda da equipe e das características do território.

Voltando a UBS Andorinha...

## **Acolhendo o estigma**

Logo nos primeiros meses se percebeu que os pedidos de ajuda dos profissionais eram voltados para a compreensão e condução de casos e situações complexas, não necessariamente graves. Um desses casos foi o da sra. Isis (nome fictício), ela era uma pessoa conhecida na rede de saúde, sua má fama, entre os profissionais da saúde, como pessoa difícil, “psiquiátrica” e “não aderente ao tratamento” chegou antes dela. Era possível perceber o receio e medo em atendê-la, estampado nos olhos das pessoas, antes mesmo de conhecê-la. Acontece que a sra. Isis foi morar com uma irmã que vivia no território de abrangência da UBS descrita aqui e, com isso, começou a aparecer quase toda a semana no acolhimento. Dependendo do profissional que a acolhia o desespero era maior ou menor, quando o desespero ficava intenso, ela era incluída na agenda do médico da equipe naquele mesmo dia. Além disso, tiveram algumas tentativas de encaminhamento dela para o CAPS de referência. O problema é que a sra. Isis não queria ir ao CAPS e acabava sempre retornando à UBS.

À medida que a equipe se deparou com essa situação, foi acionada a ajuda da psiquiatra e marcado um atendimento conjunto com o médico da equipe que garantiria os cuidados da sra. Isis. Os atendimentos conjuntos eram realizados tendo o médico da equipe de referência como o condutor da entrevista e do atendimento, a psiquiatra reforçava isso à pessoa que estava sendo atendida, dizendo que ele era o responsável, mas se colocava como alguém para auxiliar na compreensão da situação.

Em um primeiro atendimento, foi possível perceber que a sra. Isis não conseguia descrever bem o que estava sentindo, parecia ter um pensamento bastante voltado para coisas concretas e um pouco de dificuldade com abstrações. Dentro de seu relato contou ter momentos em que ficava muito nervosa, chegando a quebrar coisas, mostrou uma cicatriz antiga no antebraço, que segundo ela foi resultado de um soco em uma janela de vidro. Falou um tanto de coisas que fez nos momentos de descontrole, particularmente quando o atendimento se encaminhava para o final, deixando o médico de olhos arregalados e um tanto desnorreado, sem que fosse possível caracterizar um transtorno mental específico. Apesar de ter falado um tanto, ficou-se com a impressão que isso era somente um pedacinho, que ainda não a conhecíamos direito e ela não conseguiu nos contar uma história em ordem cronológica dentro do esperado nos modelos de anamnese aprendidos na graduação. Nos tranquilizamos, à medida que avançamos nas perguntas sobre esses momentos de maior descontrole não estarem acontecendo recentemente. Quando a sra. Isis se sentia mal procurava a UBS durante a semana e o pronto socorro nos finais de semana. Ficou explícito que ela não queria frequentar serviços especializados em saúde mental porque teve experiências desagradáveis, contudo não entrou muito nestes detalhes. Foi possível reforçar que a UBS era um local que ela deveria procurar ajuda sim, esclarecemos dúvidas sobre alguns dos medicamentos que ela estava utilizando e abordamos outras queixas clínicas com o intuito de oferecer um cuidado de fato integral. Por fim, deixamos marcada uma nova avaliação para garantir seu acompanhamento e indicando que uma única consulta ou atendimento não nos permite realmente conhecer alguém.

Com o tempo, se notou que a sra. Isis estava indo toda a segunda-feira cedo à UBS para o acolhimento, no qual ela contava que tinha passado mal no final de semana e tinha ido ao pronto-socorro. Contava que tinha sido medicada no pronto-socorro e mostrava as receitas com os medicamentos prescritos querendo saber se deveria tomá-los, comprovando o atendimento descrito. Outro aspecto curioso é que ela não ia ao pronto-socorro mais próximo de sua casa, ela ia em um que ficava exatamente do outro lado da cidade e como ela dependia do transporte

público, demoraria pelo menos 2 horas para chegar até lá. Mesmo se considerássemos que era o pronto-socorro de um hospital universitário, com boa reputação, era um grande empenho em um momento no qual ela não estava bem. Tais detalhes não passaram despercebidos.

Simultaneamente – se tentava conhecer melhor a sra. Isis – foi solicitada sua autorização para conversar com as pessoas de sua família, inclusive com aqueles que não residiam no mesmo território. Foi necessário ter uma certa flexibilidade para conhecer algumas destas pessoas fora de seus horários de trabalho, porque mesmo com a oferta de atestado ou declaração de comparecimento eles tinham muito medo de perder seus empregos. Esse trabalho de tentar ter um panorama melhor da sra. Isis e sua família foi um esforço coletivo da equipe, com algumas divisões de papéis e momentos de encontro para compartilhamento dos dados. Os profissionais de apoio em saúde mental auxiliaram, mas não fizeram nada sozinhos, inclusive para servirem de modelo aos profissionais envolvidos com o caso, para que eles pudessem ver como perguntar e como agir diante de uma situação complexa.

Por ter mais proximidade e contatos na rede de saúde mental, a psiquiatra telefonou ao pronto-socorro em que a sra. Isis ia nos finais de semana e perguntou se a conheciam e como eram os atendimentos, acabou descobrindo que ela realmente frequentava o local com frequência, após cada atendimento ela recebia as receitas e ficava a cargo da assistente social. Foi possível combinar que não dessem receitas de medicamentos para casa, que fizessem somente o necessário no pronto-socorro, ou que garantissem no máximo medicamentos até segunda-feira, dia que ela aparecia na UBS. Reforçando o papel do pronto-socorro como atendimentos de urgência/emergência, pois ela estava sendo atendida e acompanhada na UBS.

Aos poucos o cenário foi ficando melhor definido, descobriu-se que a sra. Isis tinha um filho, que ela amava e sentia muita falta, pois não tinha a guarda dele e não o via com a frequência que gostaria. Ela tinha sido casada e estava separada há algum tempo, ainda sentia grande afeto e carinho pelo ex-marido. Ela também se sentia inferior e um certo estorvo para a família porque não contribuía financeiramente, dependia dos cuidados dos irmãos e irmãs que faziam um rodízio, por isso as

mudanças de casas e territórios. Isso também parecia estar relacionado ao fato dela tentar, repetidamente, obter auxílio-doença do governo; parecia uma tentativa desesperada em obter algo.

Quando foi possível conversar com seu ex-marido o cenário ficou um pouco mais completo e otimista, ele parecia alguém sensível, genuinamente preocupado com a sra. Isis e que ainda tinha muito carinho por ela. Entretanto, estava com muito medo de perder seu emprego porque toda a vez que ela era atendida no pronto-socorro – aquele do outro lado da cidade – ele era chamado para buscá-la, tendo em vista que seu emprego era próximo.

Diante de todas essas informações e mais um tanto de conversas que aproximaram as pessoas no sentido de se conhecerem, foi possível construir possibilidades para aplacar o sofrimento da sra. Isis, e junto com ela pensar em ações que trouxessem melhor qualidade e dignidade para a sua vida. Com a colaboração do ex-marido foi possível organizar um encontro dela com o filho na própria UBS. Aos poucos ele e a família da sra. Isis organizaram uma rotina em que ela pôde ter contato e uma relação mais próxima com seu filho, mesmo que inicialmente tenha sido com mais alguém por perto. Parte do plano também foi identificar quais eram os desejos da sra. Isis e pensar em propostas viáveis, elaboradas junto com ela. Com a expertise e auxílio da agente comunitária de saúde ela pode se matricular em um curso de manicure que desejava, no próprio território em que estava vivendo. Ficou perceptível que a equipe não tinha mais medo ou receio da sra. Isis, ela tinha se tornado uma pessoa com muitas camadas e a compreensão de seu sofrimento ampliada.

Até que certo dia a equipe chegou para a dupla de apoio em saúde mental e disse que não precisava mais de ajuda com essa situação. Eles conheciam e entendiam de onde vinham as dores da sra. Isis, não tinham mais medo e sabiam que precisavam escutar o que ela tinha para contar quando chegasse ao acolhimento. Sinalizando, claramente, que o trabalho do apoio para este caso estava concluído, podendo e devendo ser direcionado para outros problemas e dificuldades vivenciados pelas equipes. Vale destacar que essa era a equipe que mais tinha dificuldade em lidar com situações complexas.

Aproveitando para sistematizar o que foi realizado, tomando como base o relato da sra. Isis, mas não somente ele, foi importante que a equipe de apoio em saúde mental atuasse da seguinte forma:

- auxiliasse nas conversas com famílias, mostrando como fazer, moderando e mediando conversas entre estes familiares;
- colaborasse na construção de rede, não somente com fluxos e direcionamentos, mas afetiva também, lançando mão de seus conhecimentos, contatos e tendo como premissa a concepção de que redes são feitas por pessoas;
- aprendesse com as equipes de saúde da família, abrindo espaço para conhecimentos que não estavam no âmbito da saúde mental, mas são imprescindíveis para garantia do cuidado integral, conhecimentos sobre o território e suas opções, valorizando todos os profissionais;
- trabalhasse colaborativamente, envolvendo a equipe da UBS e se envolvendo, garantindo trocas que permitissem que os profissionais se sentissem seguros em dar seguimento ao cuidado das pessoas;
- legitimasse as ações dos profissionais da atenção básica, sobretudo nas abordagens conjuntas.

## **A construção de uma forma de apoio, o apoio matricial**

Autores da Saúde Coletiva como Campos e Domiti (2007) que discutem matriciamento e Merhy (2000), e abordam a construção de redes vivas, são exemplos de bons autores que têm teorizado, detalhado e aprofundado vários destes aspectos mencionados na seção anterior. (BRASIL, 2013)

Conforme mencionado anteriormente no texto, essas situações mais complexas foram as primeiras a serem sinalizadas e para as quais as equipes solicitaram auxílio. À medida que elas foram sendo melhor compreendidas e manejadas, as equipes foram aprendendo com este processo e tornaram-se mais confiantes. Em seguida, foi possível identificar outras

pessoas que apresentavam problemas graves de saúde, porém tinham muita dificuldade em acessar a UBS.

À medida que os profissionais de saúde mental são absorvidos pela dinâmica de trabalho da ESF, outras demandas vão surgindo e sendo trazidas pela própria equipe. Este é um ponto importante e que deve ser assinalado. Se a demanda da população for direcionada diretamente aos profissionais de saúde mental, rapidamente uma relação ambulatorial isolada se estabelecia na UBS. Por isso, a gestão e a equipe perceberam que os “clientes” dos profissionais de saúde mental lotados em uma UBS deve ser sempre a ESF e não diretamente a população que a ESF acolhe. Este arranjo organizacional garante a criação de uma mútua dependência e o asseguramento do papel de profissionais de referência que a equipe de ESF deve ter. Por isso, que o conceito de apoio é acoplado ao conceito de equipe e profissional de referência, que deve ter no vínculo e na longitudinalidade uma das principais ferramentas de atuação na atenção básica. (CAMPOS; DOMITI, 2007)

Assim, outro problema que foi sinalizado pela gestão e pela equipe da UBS Andorinha foi a “pilha” de encaminhamentos de crianças para especialidades de neuropediatria e psiquiatria infantil, sendo que vários destes vinham diretamente das escolas e ficavam em uma fila virtual aguardando atendimento. A partir disso, começou uma discussão em equipe sobre como lidar com tal questão. A palavra circulou e não se chegou a uma solução, mas foram identificadas todas as escolas que estavam no território da UBS e ficou a pergunta: – Como atuar de modo que as escolas virem parceiras no cuidado em saúde?

Na reunião seguinte, o assunto foi retomado e começou um delineamento do que poderia ser realizado. Quem puxou o tema foi a terapeuta ocupacional, sugerindo uma ida a cada escola para que se conversasse sobre cada criança com solicitação de encaminhamento na própria escola, para começar uma aproximação e terem uma relação com as escolas. Essas visitas foram realizadas em dupla, a terapeuta ocupacional esteve presente em todas elas, os demais profissionais mudaram, pois, as escolas estavam em territórios de miniequipes diferentes. Neste primeiro contato, visando rever as necessidades dos encaminhamentos, foi considerado estratégico que alguma médica das equipes estivesse presente.

Assim, houve a colaboração de uma médica de família e comunidade em algumas visitas e da pediatra em outros momentos. Além de combinarem tudo, foi avisado a cada escola quais seriam as crianças em questão, do conjunto dos encaminhamentos, para que as trabalhadoras da escola pudessem acionar as professoras (a escrita ficará sempre no feminino por serem as trabalhadoras majoritariamente mulheres).

Nestas visitas iniciais a dupla da UBS foi recebida pelas diretoras e algumas professoras foram chamadas para contarem como estava a criança na escola. Após essa primeira rodada, passando por todas as crianças com encaminhamentos, se discutiu brevemente a situação de cada uma delas. Duas destas crianças preocuparam as profissionais da saúde, a conversa sobre elas se aprofundou e ambas foram rapidamente priorizadas, sendo uma delas encaminhada ao CAPS infantil, na mesma semana, e a outra à neuropediatria, sendo atendida no mesmo mês.

Após esses primeiros encontros foi possível combinar com cada escola um encontro mensal para a discussão de casos que julgassem pertinente, sendo que a equipe da escola escolhia uma situação com alguma criança que julgava necessário e a equipe da UBS fazia o mesmo. Nos encontros, as diretoras costumavam estar presentes e tentava-se manter uma certa estabilidade na dupla da UBS que ia à escola, com isso as pessoas foram se conhecendo e estabelecendo laços. Esses encontros eram cordiais, o ambiente simples e afetivo, porém acolhedor, com um cafezinho. As temáticas abordadas iniciaram com aspectos do desenvolvimento infantil, ensino, aprendizado, sofrimento, especialmente aquele associado à separação dos pais, apoio familiar e, aos poucos, foi possível falar das dificuldades e limitações da escola, assim como das fragilidades da UBS e suas próprias limitações. Na relação estabelecida entre as trabalhadoras da educação e as da saúde, ficou explícito que todas estavam preocupadas e comprometidas com a atenção às crianças, só que agora foi possível construir uma atuação colaborativa. As pessoas envolvidas saíram de uma postura culpabilizante do outro para uma postura mais compreensiva e propositiva.

Com o desenrolar dos encontros e discussão de casos na escola, o tema voltou à pauta da reunião de equipe. Foi reavaliada toda a organização e funcionamento das discussões na escola, entendido como positivo.



Os encaminhamentos diretos da escola para especialidades não aconteciam à revelia dos profissionais; quando era necessário uma avaliação e encaminhamentos, os próprios profissionais da UBS o faziam, mantendo diálogo com a escola.

Entretanto, se percebeu que era possível melhorar o trabalho para dentro da UBS. Uma medida que ficou pactuada, como consenso, foi que toda a vez que a queixa envolvendo alguma criança estivesse relacionada à “dificuldade escolar ou problemas para aprender”, independentemente de uma reclamação oftalmológica explícita, antes de qualquer outra avaliação seria verificada a acuidade visual com o teste de Snellen. (BRASIL, 2016) Para isso, dois enfermeiros prontamente se disponibilizaram, pois tinham experiência com o teste, e foi preparada uma sala com espaço suficiente para que o teste de Snellen fosse realizado corretamente, com tudo o que seria necessário de fácil acesso. A sala não era exclusiva para isso, mas era de fácil acesso a todos e continha tudo o que seria necessário.

Além disso, um enfermeiro, de uma das equipes, pediu ajuda para que as profissionais de apoio em saúde mental se revezassem e o ajudassem com as avaliações de algumas crianças, porque sentia uma certa insegurança. Esse apoio aconteceu, sendo que a maior dificuldade percebida foi relacionada a propiciar um ambiente que permitisse um atendimento infantil. Na hora do atendimento de uma criança, a sala era rapidamente alterada de modo que os profissionais ficassem mais próximos, na altura das crianças, com a possibilidade de a criança poder escolher algo que permitisse sua expressão, com opção de papel, lápis de cor, canetinhas coloridas, livros, jogos ou brincadeiras. Uma estratégia adotada foi pedir que os pais trouxessem alguns brinquedos preferidos das crianças. Bem como garantir privacidade às crianças e aos pais sempre que possível, de modo que ambos pudessem se expressar com maior liberdade. Percebeu-se também que foi importante desconstruir, em conjunto, a ideia de um encontro, uma única avaliação, como sendo suficiente para compreender o que acontece com a criança, abrindo espaço para um processo avaliativo.

Como resultado desta experiência notou-se que cabe também aos profissionais da saúde mental, na função de apoio:

- compreenderem os atributos essenciais e derivados da APS, de modo que possam auxiliar as equipes das UBS com o que se espera de sua atuação;
- estimularem as discussões de casos e planejamento do que será realizado;
- tentarem expandir as possibilidades de ações para não ficarem restritos aos enquadres tradicionais;
- proporem e auxiliarem na organização de ações no território;
- reavaliarem o que tem sido feito ao longo do tempo, os efeitos das intervenções e novas necessidades;
- lembrarem que a maior parte do sofrimento das pessoas está vinculado à desigualdade social, assim como são vulnerabilizadas pelos determinantes sociais à sua volta, sendo necessário reconhecer tais ligações. Explicações psicossociais são humanizantes, evitam a culpabilização das pessoas e permitem ampliar a atuação para além de um modelo biomédico (COSGROVE; KARTER, 2018; GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014);
- esforcem-se para que o apoio oferecido considere as múltiplas dimensões do cuidado, com olhar atento ao risco de “psiquiatria” e “psicologização”, reforçando o alerta de Dalla Vecchia e Martins (2009);
- evitem abordagens que reproduzam estigmatizações e concepções culpabilizantes do núcleo familiar, vide a expressão “família desestruturada”, frequente no cotidiano dos serviços, que se mantenha uma abertura para a complexidade e o dinamismo familiar;
- manterem-se vigilantes quanto ao risco de iatrogenia, considerarem a prevenção quaternária, reforçando o compromisso ético com “primeiro não lesar”.

Desta forma, estratégias de apoios construídas em conjunto com as equipes demonstram o potencial da atenção básica em saúde. É particularmente estimulante e recompensador quando as equipes, com

recursos suficientes, sentem-se confiantes e atuam de modo que uma pessoa trazida pela esposa, por exemplo, para parar de beber, consiga ter um atendimento rápido e integral, com estímulo para o que deseja e um acompanhamento respeitoso. Também é recompensador quando a cidadã com diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo é respeitada em suas escolhas porque quer continuar sendo uma boa faxineira. Estes são alguns curtos exemplos que adicionados ao que foi descrito anteriormente garantem um vislumbre das potencialidades que a atenção básica em saúde pode ser, especialmente no escopo da saúde mental, sendo que algumas já o são.

Assim, por mais que o apoiador matricial seja um especialista e que tenha um núcleo próprio de saber, deve ter em mente que o seu papel deve ser voltado para apoiar e potencializar os recursos das ESF, justamente para que não se constitua como um serviço à parte e que se utiliza da estrutura da atenção básica. Este conceito, garante uma plasticidade de ações, de estratégias, que são essenciais às demandas diversas e muitas vezes sem diagnósticos. O apoio matricial procura construir e propiciar não apenas um espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Busca ampliar as ações de saúde mental no território, prover um olhar ampliado e uma clínica mais contextual, que fuja do formato medicalizador e do diagnóstico psiquiátrico restrito.

## Referências

BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000100125&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100125&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 1 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. n. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8yjdjMRCQj/#:~:text=Apoio%2omatricial%2oe%20equipe%2ode%2orefer%C3%Aancia%2os%C3%A3o%2C%20ao%20mesmo%2otempo,entre%2odistintas%2oespecialidades%2oe%20profiss%C3%B5es>. Acesso em: 1 dez. 2022.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tj/?lang=pt>. Acesso em: 1 dez. 2022.

COSGROVE, L.; KARTER, J. M. The poison in the cure: Neoliberalism and contemporary movements in mental health. *Theory & Psychology*, Thousand Oaks v. 28, n. 5, p. 669-683, 2018. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0959354318796307?journalCode=tapa>. Acesso em: 1 dez. 2022.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/>. Acesso em: 1 dez. 2022.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 151-164, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ZYSXtv456nY9PbFv3NgfGQS/?lang=pt#:~:text=Esta%20%C3%Aarea%2otem%2ocontribui%C3%A7%C3%B5es%2oconceituais,e%20as%2ointerven%C3%A7%C3%B5es%2oinstitucionalistas%2oenquanto>. Acesso em: 15 ago. 2022.

DE BARROS, M. M. A.; PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Desafios e possibilidades na rede de atenção integral à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo dos usuários de um centro de atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 87, p. 744-753, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341768016>. Acesso em: 1 dez. 2022.

DESVIAT, M. *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva*. São Paulo: Zagodoni, 2018.

- DRUSS, B. G.; BRADFORD, D. W.; ROSENHECK, R. A. *et al.* Mental Disorders and Use of Cardiovascular Procedures After Myocardial Infarction. *JAMA*, Chicago, v. 283, n. 4, p. 506-511, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10659877/>. Acesso em: 1 dez. 2022.
- GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. T. O.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/Lz5jfWb83DWPs7prFwC4XXL/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.
- HENDERSON, C.; NOBLETT, J.; PARKER, H. *et al.* Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, [Oxford], v. 1, p. 467-482, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26361202/>. Acesso em: 1 dez. 2022.
- LISPECTOR, C. *As Palavras*. Rio de Janeiro: Rocco, 2013.
- LOCH, A. A.; HENGARTNER, M. P.; GUARNIEIRO, F. B. *et al.* O estigma atribuído pelos psiquiatras aos indivíduos com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 173-177, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/FjBBqFmL3tQdtYqT8z9fsHH/?lang=pt#:~:text=Psiquiatras%20brasileiros%20estigmatizam%20os%20indiv%3%ADduos,mesmo%20fen%C3%B4meno%2C%20o%20estigma37>. Acesso em: 1 dez. 2022.
- MERHY, E. E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2000.
- ROBERTS, L.; ROALFE, A.; WILSON, S. *et al.* Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Family Practice*, [Toronto], v. 24, p. 34-40, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17062587/>. Acesso em: 1 dez. 2022.
- SAXENA, S.; FUNK, M.; CHISHOLM, D. World Health Assembly adopts Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *The Lancet*, New York, v. 318, n. 8, p. 1970-1971, 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)61139-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61139-3/fulltext). Acesso em: 1 dez. 2022.
- SULLIVAN, G.; HAN, X.; MOORE, S. *et al.* Disparities in Hospitalization for Diabetes Among Persons With and Without Co-occurring Mental Disorders. *Psychiatric Services*, Washington, D.C., v. 57, n. 8, p. 1126-1131, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16870963/>. Acesso em: 1 dez. 2022.

THORNICROFT, G.; BROHAN, E.; ROSE, D. *et al.* Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, New York, v. 373, n. 9661, p. 408-415, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19162314/>. Acesso em: 1 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>. Acesso em: 1 dez. 2022.

CAPÍTULO 6

## DEMANDAS E RECURSOS DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

ELAINE NUNES PACHECO  
PAULA HAYASI PINHO  
HELENA MORAES CORTES  
FERNANDO RIBAS FEIJÓ

### Introdução

A partir da sua criação, com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser responsável também pela formação de profissionais para atuação na área da saúde. A ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) foi a estratégia preconizada pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), no âmbito do SUS, para uma mudança do modelo de atenção à saúde, o que implica a necessidade de formar mais profissionais para essa área, com a adequação dos programas de ensino para essa nova realidade. Nessa formação, para além das questões técnicas e da clínica generalista, precisa haver compromisso ético e político, responsabilidade social, entendimento da dinamicidade do sistema público de saúde e habilidade de trabalhar em equipe multidisciplinar. (SOUZA; FERREIRA, 2019; STEINBACH, 2015)

O modelo de educação também precisou se adaptar, abrindo maior espaço para um ensino que estimule a autonomia e para um processo de

aprendizagem centrado nos sujeitos, privilegiando as reflexões e o olhar crítico sobre as atividades práticas. Assim, houve maior espaço para os programas de residência, que preconizam a formação em serviço a partir do exercício cotidiano da profissão, com o auxílio de um profissional mais experiente na área, visando tanto à formação de profissionais como a qualificação dos serviços. (GIROTTI, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020)

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Medicina de Família e Comunidade são vinculados ao Ministério da Saúde e são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, constituindo-se como pós-graduação *lato sensu*. A carga horária total é de 5.760 horas, que devem ser divididas em 80% de atividades práticas ou teórico-práticas e 20% de atividades teóricas, com uma média de 60 horas semanais. Os programas também preveem a presença do preceptor no campo de prática, como um profissional especialista, responsável pelo acompanhamento dos residentes nas atividades práticas. (BRASIL, 2012, 2015) A organização dos residentes nos serviços pode adquirir diferentes formatos, com preceptor e residente dividindo uma mesma equipe, ou cada um assumindo uma equipe diferente, ou mesmo com os residentes assumindo a equipe como profissionais e o preceptor como volante no serviço. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2020)

Segundo a Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. (BRASIL, 2012, p. 6)

Outras funções também são previstas para o preceptor, como acompanhar o plano de atividades teórico-práticas, organizar escalas e férias, integrar os estudantes aos profissionais e equipes, participar de projetos de intervenção ou pesquisa condizentes com a qualificação dos serviços de saúde, identificar lacunas e dificuldades de aprendizagem dos



estudantes, realizar avaliações e elaborar relatórios sobre o desenvolvimento dos estudantes, além de participar da avaliação e implementação dos projetos pedagógicos dos programas de ensino. (BRASIL, 2012)

Dessa forma, observam-se múltiplas atribuições para o preceptor que são adaptadas de acordo com a diversidade dos cenários de prática e projetos de ensino, porém o que há de comum em documentos oficiais e na literatura acadêmica é o reconhecimento da função pedagógica do preceptor. (AUTONOMO et al., 2012) Espera-se que, além de ser um profissional competente no âmbito técnico-científico, apresente também habilidades de ensino, sendo responsável da instituição de ensino a que está vinculado capacitar-lhe para essa atividade. (SOUZA; FERREIRA, 2019) Assim, as responsabilidades e múltiplas atribuições do trabalho podem causar impactos na saúde mental dos preceptores.

Os estudos na área de saúde do trabalhador podem ser compreendidos por diferentes abordagens, das quais citam-se dois enfoques. Um deles concentra-se em compreender as doenças, suas causas e consequências relacionadas ao trabalho, assim como prevalência, incidência e fatores de risco, com vistas à prevenção dos agravos. Outra linha de estudos ocupa-se em avaliar a salubridade do trabalho, com foco na qualidade de vida e na promoção da saúde, modificando o foco da doença para o trabalho saudável e buscando compreender os fatores psicossociais. Os fatores psicossociais são aqueles de interação entre aspectos do trabalho (ambiente, organização) e do trabalhador (história, cultura, necessidades pessoais), conforme abordam Schaufeli e Taris (2014).

No âmbito da avaliação de fatores psicossociais, a teoria do Modelo de Demandas e Recursos no Trabalho (*Job Demands Resources Model – JDR*) considera que o desgaste de energia dos indivíduos para atender às demandas laborais é o que concretiza o trabalho, que utiliza os recursos oferecidos pela organização. (SCHAUFELI, 2017) Dessa forma, as demandas podem ser questões físicas, psicológicas, sociais ou organizacionais exigidas pelo trabalho, enquanto os recursos podem ser ferramentas ou características que viabilizam as atividades laborais. (VASQUEZ et al., 2019) A interação entre esses dois aspectos pode gerar fatores de estresse ou fatores motivacionais, associados com os mecanismos para autorregulação, compensação ou recarga da energia laboral, de modo que, na

visão de Vasquez e demais autores (2019), o trabalho pode culminar em desfechos negativos (fontes de adoecimento) ou positivos (fontes de prazer). Esse trabalho, fundamental para construção da identidade do indivíduo, tem na organização do trabalho sua principal fonte de sofrimento psíquico, enquanto as vivências de prazer decorrem da gratificação, reconhecimento e valorização do trabalhador. (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994)

A fim de compreender a dinâmica dessas relações no trabalho de preceptores da APS no SUS, o presente estudo investigou, sob a ótica do modelo JDR, as percepções de preceptores de um Programa Integrado de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família acerca das demandas e dos recursos encontrados por eles nos cenários de prática da APS em um município da região metropolitana de Salvador.

## Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Na PCA, o desenvolvimento da investigação científica ocorre a partir do campo da prática assistencial, possibilitando a intervenção para o enfrentamento dos problemas ao mesmo tempo em que se produzem os dados. Alguns pressupostos da PCA estabelecem que o cenário da prática assistencial é um campo fértil de questões a serem estudadas, propiciando a união entre saber-fazer e saber-pensar, no qual o profissional de saúde é um pesquisador potencial e produtor de mudanças das questões cotidianas. (TRENTINI; PAIM, 2014)

A pesquisa foi realizada em um município da região metropolitana de Salvador (BA), que de acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2021, tinha aproximadamente 309 mil habitantes, com grande crescimento, que nos últimos anos foi impulsionado pela forte industrialização, com a presença de um polo petroquímico e de indústria automobilística, gerando um fluxo migratório de pessoas atraídas pelo mercado de trabalho.

Desde 2015, desenvolve-se no município um programa de residência que integra residentes de medicina de família e comunidade e residentes multiprofissionais em saúde da família que atuam como profissionais

das equipes em seis Unidades de Saúde da Família (USFs). A coleta de dados foi realizada com os profissionais das USFs que compõem o programa de residência do município, onde atua uma das pesquisadoras na função de preceptora médica.

Fizeram parte do estudo dez profissionais preceptores das USFs com programa de residência, devendo ser de qualquer categoria profissional mas com vínculo permanente como servidor municipal, sendo que quatro unidades contaram com a participação de dois profissionais por unidade, e duas unidades tinham apenas um participante cada uma.

Enquanto o projeto estava sendo desenvolvido, o mundo foi afetado pela pandemia da covid-19, que causou grandes impactos na sociedade. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020) Diante desse cenário, o estudo adaptou-se às recomendações de prevenção ao coronavírus, evitando as reuniões presenciais. Assim, para produção e coleta dos dados, foram realizados encontros virtuais com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa através da plataforma de reunião *on-line* Google Meet. Os profissionais foram previamente convidados a participar por meio eletrônico, através de e-mails e aplicativos de mensagens, e os que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta dos dados, utilizou-se o diário de campo como instrumento metodológico de registro das experiências (FREITAS; PEREIRA, 2018); a entrevista semiestruturada, na qual o entrevistador pode combinar perguntas abertas e fechadas e, através da conversação, discutir sobre o tema, sem precisar se prender a questões formuladas previamente (MINAYO; DESLANDES, 2012); e os grupos de convergência, que consistem em uma modalidade de utilizar a formação de pequenos grupos de discussão para desenvolver a pesquisa ao mesmo tempo em que trabalha questões da clínica, da educação para saúde e do cotidiano do trabalho. (TRENTINI; PAIM, 2014)

Para as entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado contendo dados sociodemográficos e questões que abordavam a percepção dos profissionais e suas experiências com a temática em discussão. As entrevistas foram realizadas de forma individual, outras presencialmente no ambiente de trabalho da pesquisadora (com segurança e distanciamento

necessário) e algumas outras por telefone, sempre de acordo com a disponibilidade dos participantes, com uma duração média de 30 minutos.

No segundo momento, foram realizadas três reuniões semanais com todos os participantes, e com duração média de duas horas. As reuniões foram planejadas em formato de grupos convergentes, de acordo com a PCA, visando, a partir de situações concretas do cotidiano dos profissionais, levantar reflexões sobre as práticas e discutir estratégias de transformação da realidade.

No estudo, uma vez feitas as gravações, transcrições das entrevistas, dos grupos e do diário de campo, passou-se à leitura de todo material e seleção dos trechos condizentes com os objetivos e marco teórico, sendo organizados em categorias temáticas, segundo o método da PCA. Este capítulo, apresenta a categoria “desafios do trabalho da preceptoria na APS”, com as subcategorias “demandas do trabalho da preceptoria na APS” e “recursos do trabalho da preceptoria na APS”.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) sob Parecer nº 4.359.877 e foram utilizados codinomes para preservar o anonimato dos participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10).

## Resultados

Na caracterização dos participantes podemos identificar que três eram do gênero masculino e as demais de gênero feminino; dois de raça branca e os demais de raça parda; seis não tinham filhos, três tinham um filho e uma tinha dois filhos; duas possuíam mestrado e o restante pós-graduação; quatro eram médicas, três dentistas, uma enfermeira, uma psicóloga e um sanitarista; com tempo de atuação na APS de 3 anos e meio a 10 anos; e com tempo de atuação na USF atual de 1 ano e meio a 6 anos; um era apoiador institucional e nove preceptores.

De acordo com os dados acima apresentados, os participantes desta pesquisa conformaram um grupo de trabalhadores da saúde da família, constituído, em sua maioria, por mulheres pardas e sem filhos, médicas, com pós-graduação em saúde da família, atuando há mais de cinco anos na APS, porém com menos de cinco anos de alocação na USF em que

trabalhavam no momento da coleta de dados. Além disso, eram profissionais com função de preceptoras de um programa de residência, sendo esse um fator diferencial para o envolvimento delas com a qualificação da APS, a partir da formação de futuros profissionais especialistas nessa área.

Em relação à carga horária de trabalho, oito dos profissionais cumpriam 40 horas semanais, enquanto um tinha carga horária de 30 horas e outro de 60 horas (residente). Quando questionados se tinham outros vínculos empregatícios, a maioria respondeu que sim, correspondendo a seis profissionais. Apesar das profissões de formação, os trabalhadores exerciam diferentes funções nas USFs, principalmente pela vinculação com o programa de residência. Dessa forma, nove dos dez participantes eram preceptores, sendo oito voltados para o seu núcleo profissional (medicina, enfermagem, odontologia) e um, preceptor do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Será apresentada a seguir, a categoria temática “desafios do trabalho da preceptoria na APS”, com as subcategorias “demandas do trabalho da preceptoria na APS” e “recursos do trabalho da preceptoria na APS”. Utilizou-se como referência a ferramenta Energy Compass (EC), criada a partir de uma análise fatorial do trabalho que selecionou critérios tanto positivos quanto negativos para avaliar o modelo JDR. (SCHAUFELI, 2017; VASQUEZ et al., 2019) Na EC, as demandas são classificadas em qualitativas (aspectos emocionais, mentais, físicos, conflito família-trabalho), quantitativas (sobrecarga, trabalho insuficiente, frequência de mudanças) e organizacionais (mudanças negativas, burocracia, assédio, conflito de papéis, conflitos interpessoais). Já os recursos são classificados como: sociais (expectativas, definição de papéis, apoio entre pares, trabalho de equipe e apoio do supervisor), organizacionais (alinhamento, justiça e confiança na instituição e comunicação), conteúdo do trabalho (variedade de atividades, conteúdo e autonomia), desenvolvimento (*feedback*, oportunidades de crescimento e carreira) e pessoais (resiliência, autoeficácia, otimismo, flexibilidade, estabelecimento de seus próprios limites, direcionamento de objetivos, proatividade e auto-desenvolvimento). (SCHAUFELI, 2017; VASQUEZ et al., 2019)

## Demandas do trabalho da preceptoria na APS

Como demandas qualitativas, os profissionais relataram muitas questões que os mobilizavam nesse processo de trabalho, entre elas a sensação de grande responsabilidade que gera cobranças excessivas, tanto por parte da instituição, quanto dos próprios preceptores, que não se sentiam preparados para algumas atribuições. Como refletem os participantes sobre as demandas da preceptoria e suas responsabilidades nesse papel, a seguir:

*Quando um residente traz uma queixa ou uma demanda, enquanto preceptora fico me cobrando dar respostas, mesmo que ela não exista, mas me sinto nessa responsabilidade. (E5)*

*Com profissionais além da residência percebo que as queixas e problemas são os mesmos, mas muitas vezes como preceptores queremos resolver e nos envolvemos em um nível que não é saudável. (E2)*

*Eu não recebi nenhum curso pela residência, eu não fiz um mestrado pela residência [...] Muita gente não está preparada para, por exemplo, ser informatizado do nada, tem pessoas aqui que não tem experiência em ser um educador que use ferramentas digitais e a gente precisou se reinventar. (E9)*

O sentimento de desvalorização do trabalho do preceptor é um ponto comum nas falas dos participantes e pode ser considerado uma demanda qualitativa. Aspectos da relação com os residentes e com a instituição parecem alimentar esse sentimento, além do próprio preceptor ter dificuldade de perceber a importância do seu trabalho, já que o retorno dele nem sempre acontece, como expressado por eles:

*Como o trabalho na preceptoria é invisível, por isso é pouco reconhecido. O preceptor presta assistência, mas não é uma agenda bem definida, então ninguém percebe. O preceptor se envolve nas questões administrativas, nas articulações com outros serviços, nas mediações de conflitos, mas são diversas situações do aspecto mais subjetivo e por isso mais desgastantes e pouco compreendidas ou valorizadas. (E5)*

*Eu também não me valorizo nesse lugar [preceptoria], porque eu acho que eu estou sendo mais ou menos, tenho essa sensação de inferioridade em relação aos outros trabalhadores. Não tenho uma estrutura, não tenho uma fixação, não tenho incentivo para o trabalho, eu só recebo mais demandas, mais demandas e mais demandas. (E7)*

A relação entre os preceptores e residentes também foi mencionada nas discussões das demandas qualitativas, evidenciando conflitos entre esses atores ou questões relacionadas aos residentes que o preceptor precisa mediar e muitas vezes acolher as angústias e emoções dos profissionais em formação, como evidenciado nestas falas:

*Às vezes eu acho que ele respeita a minha visão científica, às vezes eu acho que ele só respeita em momentos em que ele precisa de alguém para botar como testa de ferro em uma decisão. (E9)*

*Geralmente são conflitos entre os próprios residentes, em que são besteiras mesmo, que variam com o perfil de cada um, a personalidade de cada um, e a gente vai aprendendo a conviver com isso. (E2)*

*Muitas vezes até o residente ele é mais escutado nesse processo do que até a gente, né? Eu acho que é muito para o residente e muito pouco para a gente, um processo de barganha mesmo. (E4)*

Nesse grupo de participantes, dos nove preceptores, cinco deles eram egressos do programa de pós-graduação e hoje atuam como preceptores. Eles refletiram sobre as repercussões de ser ex-residentes do mesmo programa como um efeito negativo, principalmente pela expectativa e cobrança que sentiam ao assumir o lugar da preceptoria, surgindo as reflexões seguintes:

*Como egressos do programa de residência, ao ver os mesmos problemas que vivemos acontecendo com os residentes, há uma tentativa de resolver para que eles não passem pelo mesmo sofrimento que já passamos e isso muitas vezes gera mais frustração. (E2)*

*A maioria do corpo pedagógico saiu da residência, então, de certa forma, algumas coisas se confundem nesse papel. Eu acho que a questão do lidar, do se investir, do se importar. (E1)*

A questão da falta de clareza nas atividades e delimitações de funções da preceptoria foi um tópico bastante comentado pelos participantes, sendo também um ponto de sobrecarga no trabalho e de desgaste emocional, podendo ser considerada uma demanda organizacional e quantitativa.

Ao mesmo tempo, os participantes apontaram que investir na definição das atribuições do preceptor poderia melhorar a qualidade de vida no trabalho e fizeram sugestões de divisão de tarefas com residentes e outros componentes das equipes, como estratégia para redução do estresse e da sobrecarga de trabalho. Como observados nestes apontamentos:

*Na falta da gerência, havia uma cobrança que a preceptoria resolvesse essa demanda, uma demanda que é de responsabilidade do município. (E2)*

*A teoria do que é dito da nossa função é muito diferente do que acontece na prática. Eles têm uma noção muito diferente da prática, e eu acho que o preceptor é visto muito mais como um organizador do serviço, do que como um professor, então eu acho que isso é algo que a gente precisa realmente conversar. (E4)*

*Tem uma particularidade de ser multi também, então é multi e médica, então você tem duas residências, com duas complexidades, duas dimensões grandes. A gente não é preceptor só da nossa categoria, a gente é preceptor de todos, então não tem como eu dizer: 'oh, eu vou parar de ser preceptor agora', não existe isso. (E1)*

Como demanda organizacional, os participantes relataram muitas inseguranças sobre os seus direitos como preceptores que se expressam de diversas formas na prática, como falha na regulamentação e falta de garantia financeira, que são citados nos trechos abaixo:

*Instabilidade também financeira, que a bolsa não é uma coisa regular, não é toda hora certinha, a gente já teve problemas. (E1)*

*Esses controles que a coordenação [da residência] tenta fazer né, 'ah, se você não entregar a lista de frequência, você não recebe a bolsa'.*



*Mas minha bolsa está atrasada há três dias, e eles não dão uma satisfação. Que lugar é esse incoerente? (E7)*

Os participantes também apontaram, como demanda organizacional, dificuldades no processo de trabalho relacionado à residência, principalmente no que se refere às mudanças constantes que a presença do residente traz, com a rotatividade desses profissionais, e também de atividades que vêm pré-definidas pelo programa de pós-graduação, gerando uma sensação de não ter autonomia para planejar e executar as atividades pedagógicas. Essas percepções podem ser encontradas nas falas a seguir:

*São as mudanças constantes que a gente tem no nosso processo de trabalho e que, muitas vezes, se a gente se opõe ou se a gente diz 'poxa, como assim?', é como se a gente estivesse traindo a fundação (o programa de residência), então somos os rebeldes e os revoltados. (E1)*

*Eu não tenho autonomia nenhuma sobre a agenda de trabalho hoje, não posso nem definir, nem sei se vai estar disponível a agenda de residência. (E7)*

A relação desse programa de residência com a gestão municipal também se apresenta como um desafio para as demandas organizacionais, gerando muitas tensões no processo de trabalho das unidades de saúde que contemplam a residência. Parece haver uma maior cobrança e uma grande expectativa de que as unidades de residência funcionem como modelo para o município palco desta pesquisa.

O fato de a instituição que provê a residência em questão neste trabalho não ter característica de instituição de ensino superior, mas sim de uma entidade ligada à administração pública pode ser um potencial de conflito político, como ressaltado pelos participantes:

*Outra unidade que não tivesse residência, jamais aceitaria trabalhar nas condições que a gente tem continuamente trabalhado. Então eu acho que tem um agravante na situação que é a residência, não por ela nos forçar a trabalhar com menos material, mas porque ela tem*

*uma visibilidade. A gente é muito visada e a gente quer sempre fazer mais e a gente acaba fazendo muito mais com pouco. (E9)*

*A residência, por ser um contrato né, um consórcio, um convênio, existe uma relação dupla, tanto de submissão, como uma relação também de ter relações políticas, relações de poderes e de disputa. Ela se sujeita a alguns papéis, alguns lugares que é muito difícil estar, porque existe esse contrato e aí eu acho que existe muita disputa mesmo nesse lugar, é um lugar muito delicado, e acaba reverberando na gente que está na ponta, e aí agente acaba sofrendo nesse processo. (E1)*

## Recursos do trabalho da preceptoria na APS

Durante as discussões com os participantes, muitas foram as dificuldades relatadas pelos preceptores, contudo eles também apontaram algumas sugestões e estratégias que costumam utilizar como recurso para o enfrentamento dos problemas no contexto do trabalho.

Os participantes apontaram, como recursos de desenvolvimento e organizacionais, questões de convivência, comunicação e capacitação como possíveis ferramentas para melhorar a relação com a instituição provedora do programa de residência, o que fica expresso nos trechos abaixo:

*Eu sinto falta de espaço de cuidado em relação à fundação, de ela ofertar um espaço de cuidado. Por que a fundação não tem? A gente nunca teve espaço de confraternização, nem no final do ano, em momento nenhum assim. Eles não lembram os nossos aniversários, eu não recebo um e-mail de parabéns, como assim? Nem um chocolate! (E1)*

*Eu acho que o que precisa melhorar são os espaços de convivência, da gente se sentir mais próximo, final de ano não tem uma mensagem de final de ano. Gente, isso não existe em lugar nenhum! (E7)*

Como recursos do desenvolvimento do trabalho, os participantes destacaram a importância de investir em momentos de capacitação e *feedback* sobre o trabalho realizado:

*A redução do turno de formação, era o único momento às vezes em que a gente enquanto trabalhadores da USF X nos encontrávamos e ainda além de ser no dia que vai ser o dia não presencial, ainda é só metade do que era antes. (E4)*

*Fazer uma semana de apresentação de preceptores e convocar os preceptores a apresentar algum trabalho, alguma experiência, alguma coisa. Eu acho que seria bem legal isso! E assim consolidar, seria bem legal, porque tem muita coisa, é muita vida, muita dinâmica, muita coisa que precisa ter oportunidade de a pessoa apresentar. (E6)*

Outra proposta, bastante discutida pelos preceptores como uma estratégia para lidar com os desafios do trabalho da preceptoria, como um recurso social, foi a promoção de espaços coletivos, tanto de organização política para melhor discussão dos seus direitos e papéis como de fortalecimento da troca de saberes e apoio entre preceptores, como referidos nos trechos seguintes:

*É preciso criar espaços de mobilização e organização do coletivo de preceptores, pois há necessidade desse grupo de trabalhadores poder buscar seus direitos, avaliar quais as políticas que os contemplam, entender quais os papéis e dificuldades enfrentadas. (E6)*

*Espaços de troca entre os preceptores são muito potentes, acredito que essa troca entre pares é muito energizante. (E7)*

Os preceptores apontaram que espaços de troca entre colegas apresentam um efeito terapêutico e podem servir como um apoio diante dos problemas. Portanto, o investimento nesses espaços coletivos pode ser um recurso para a prática dos preceptores, como relatado a seguir:

*Quando há espaços de conversas entre os preceptores são muito terapêuticos, poder conversar com alguém que está passando os mesmos desafios e problemas é reconfortante, sinto-me acolhida. (E5)*

*Quando havia mais espaços de encontro dos preceptores na residência conseguíamos nos apoiar mais e ter mais ferramentas. Dias de formação por exemplo, foram importantes para treinar habilidades de comunicação, trocar sobre situações complicadas de residentes. (E2)*

Apesar de tantos desafios na prática da preceptoria, alguns relataram foram gratos pelo exercício desse trabalho, apontando a importância desse suporte pedagógico na formação de outros colegas. Esse aspecto demonstra um importante recurso pessoal no trabalho dos preceptores, diante de tantas demandas de trabalho. Alguns preceptores demonstraram essa gratidão, nos trechos a seguir:

*Me sinto grata de poder trabalhar na residência. (E8)*

*A preceptoria tem um lugar muito diferenciado, eu acho. No trabalho em saúde, se a gente olhar, é muito difícil você caminhar sem a preceptoria. Ajuda muito você estar com o suporte que você precisa mesmo, tem decisões que você precisa tomar ali e agora, não vai ter outro momento. (E6)*

## Discussão

O programa de residência, que fez parte do cenário desta pesquisa, contempla dois programas que ocorrem de forma integrada, compartilhando todas as atividades e corpo pedagógico, sendo eles o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, coordenados por uma instituição pública de direito privado, em nível estadual, com foco na saúde da família.

O programa segue as diretrizes nacionais de carga horária, com duração de dois anos, contemplando as categorias profissionais de educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, saúde coletiva e medicina. O Projeto Político Pedagógico desse programa tem como objetivo geral propiciar uma formação crítico-reflexiva de profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da atenção primária e das redes de atenção à saúde, com foco nos indivíduos, famílias e comunidades, assegurando os princípios do SUS.

Também se baseia em uma prática pedagógica pautada pela Educação Permanente em Saúde – entendendo que a inserção como trabalhador e a experiência nos serviços de saúde geram reflexões e aprendizados; e da

Pedagogia Problematizadora, através da espiral construtivista de aprendizado, que prevê movimentos de identificação de problemas na realidade, formulação de explicações e questões de aprendizagem e uma nova síntese com a busca de informações e construção de novos significados. Dessa forma, devem trabalhar nos cenários de práticas todas as dimensões da produção do cuidado, como aspectos técnicos, afetivos, políticos, sociais e as competências de campo como gestão, educação e participação social.

Sobre as características dos participantes, observa-se que a maioria trabalha há mais de cinco anos na APS, porém a vinculação com a USF atual é de cerca de um ano e meio. Estudo realizado na APS, em Montes Claros (MG), relatou que 18 meses é o tempo médio de permanência dos profissionais das USFs, a partir da análise dos dados de 811 profissionais, do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em um período de 15 anos (de 2001 a 2016). No entanto esse estudo apresentou variações, como por exemplo, observou-se maior permanência dos profissionais de nível técnico do que de nível superior. Os principais motivos de desligamento do profissional das equipes do CNES foram transferência para outras unidades e término de contrato, inferindo que pode haver fatores internos, como insatisfação com o processo de trabalho das USF, ou externos, como política salarial e a dinâmica do mercado de trabalho de cada categoria profissional. (TONELLI; LEAL; TONELLI, 2018)

Também foi possível perceber que a maioria dos profissionais tinha carga horária de 40 horas na USF, mas também tinham mais de um vínculo de trabalho. Outros estudos identificaram que os profissionais com maior carga horária nos serviços da APS, principalmente superior a 40 horas, e também aqueles que tinham outros vínculos de trabalho apresentaram maior percentual de desenvolvimento de síndrome de Burnout. (LIMA; FARAH; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2018; SILVA et al., 2015)

Sobre as demandas do trabalho, são considerados aspectos físicos, sociais ou organizacionais que requerem esforço físico ou mental e, portanto, têm repercussões fisiológicas ou psicológicas no trabalhador. Altas demandas no trabalho exigem maior energia para alcançar os objetivos, sendo, para isso, necessárias estratégias para recuperar essas energias. Quando a recarga não é suficiente ou adequada, o trabalhador pode chegar à exaustão e ao adoecimento, levando a problemas de saúde

como depressão, doenças cardiovasculares e queixas psicossomáticas. (SCHAUFEL; TARIS, 2014)

As atividades da preceptoria reúnem a complexidade do trabalho na APS e os desafios da educação nos serviços de saúde. Diante das demandas qualitativas e do sentimento de grande responsabilidade relatado pelos participantes, observa-se que o perfil do preceptor ideal contempla habilidades para além da técnica em saúde. Deseja-se que ele desenvolva competência pedagógica para auxiliar no processo de ensino aprendizagem dos residentes e que sirva de exemplo ético e na prática multiprofissional e integral. Além disso, espera-se, também, que tenha habilidade para uma boa comunicação. (AUTONOMO et al., 2012; SOUZA; FERREIRA, 2019)

Contudo, não há uma garantia de formação para os profissionais de saúde na função de preceptoria, o que gera insegurança e desconforto no desenvolvimento desse papel, como citado pelos participantes desta pesquisa. As instituições de ensino às quais são vinculados os programas de residência deveriam se responsabilizar por essa formação, principalmente voltada para o aprimoramento do papel de educador e para o incentivo da educação permanente nos serviços de saúde. (SOUZA; FERREIRA, 2019)

Apesar de a literatura científica afirmar a importância da preceptoria para formação dos profissionais de saúde, o sentimento de desvalorização citado pelos entrevistados se expressa de diversas formas na prática. Remuneração insuficiente, necessidade de estudos e atualização frequentes, falta de investimento na formação do preceptor, pouco espaço para crescimento profissional e desenvolvimento na área acadêmica, baixa autonomia na participação da proposta pedagógica das instituições de ensino e condições de trabalho inadequadas são tópicos que aparecem em estudos e também nas falas dos participantes. (AGUIAR, 2017; AUTONOMO et al., 2012; GIROTTO, 2016)

A relação com os residentes também se torna uma demanda qualitativa. Há estudos que indicam que os residentes apresentam tendência ao estresse ocupacional, com a presença de fatores de risco para desenvolver síndrome de Burnout. Em geral, residentes são profissionais mais jovens, com menos tempo de atuação, comumente buscam a residência logo após a graduação. Além disso, a carga horária de 60 horas junto à dificuldade

de conciliar a prática com o aprendizado teórico demonstram ser fatores estressores. (SILVA; MOREIRA, 2019; SILVEIRA et al., 2020)

Esses tópicos se somam às dificuldades comuns do trabalho na APS. Estudos avaliaram que a presença dos estudantes nos serviços, por serem propulsoras de mudanças e qualificação da prática, a partir da educação permanente, podem evidenciar maiores conflitos e resistências nas equipes de saúde. (AGUIAR, 2017; AUTONOMO et al., 2012; GIROTTO, 2016)

Espera-se que a preceptoria estabeleça uma boa relação com o residente, a fim de proporcionar uma aprendizagem respeitosa, efetiva e horizontal, pautada na pedagogia para adultos, visando não só ao desenvolvimento técnico, mas também de habilidades e atitudes desses futuros profissionais. (ARNEMANN, 2018; GIROTTO, 2016; RIBEIRO et al., 2020) Na prática, ser suporte psicológico e mediador de conflitos na relação com os residentes e colocar o preceptor diante de diversas situações desafiadoras pode ser uma grande demanda, o torna relevante pensar-se em estratégias de apoio educacional e psicológico para esse profissional.

No que tange à sobrecarga de trabalho que aparece como uma demanda quantitativa e organizacional, o fato de não haver uma consolidação desse papel de preceptor parece abrir brechas para que esses profissionais acumulem diversas funções, como assumir demandas tanto da assistência como do ensino, além de administrativas, o que faz com que, muitas vezes, eles se dediquem a fazer tudo para não comprometer nem o serviço, nem o aprendizado dos residentes (AGUIAR, 2017; AUTONOMO et al., 2012; SILVEIRA et al., 2020)

A definição das atividades e atribuições do preceptor são variáveis e parecem se adequar às necessidades de cada programa de residência. Essa sobrecarga, por exemplo, parece ser potencializada em programas de residência multiprofissionais, por assumir a heterogeneidade entre as categorias profissionais. (AUTONOMO et al., 2012) Nesse mesmo sentido, outras pesquisas defendem que práticas colaborativas e valorização do trabalho em equipe são estratégias importantes da saúde da família, com repercussões tanto na melhoria do acesso e qualidade da assistência prestada aos usuários quanto na maior satisfação dos profissionais com o trabalho. (PEDUZZI; AGRELI, 2018)

Sobre a insegurança de direitos de preceptores, não há uma legislação nacional que oriente a remuneração por esse trabalho. Muitas vezes o profissional recebe o estudante de forma voluntária, como parte das suas atividades, por entender que o SUS é um campo de ensino para os futuros profissionais. Além disso, também não há garantia de carga horária para participar de atividades teóricas, planejamento pedagógico ou de formações que apoiem o desenvolvimento dessa função. (AGUIAR, 2017; GIROTTTO, 2016) Essas incertezas de direitos podem gerar disputas com as instituições e, somadas à precarização que já ocorre no trabalho da APS, são potenciais fontes de sofrimento psíquico desses profissionais. (SILVEIRA et al., 2020)

Também foi apontada pelos participantes uma dificuldade na interação do preceptor com as instituições de ensino provedoras da residência, o que corrobora o que afirma a literatura, em que é demonstrado que nem sempre as instituições incentivam os profissionais de campo de prática a se envolverem com as atividades acadêmicas, participarem de eventos científicos, do planejamento das ações pedagógicas ou da construção do projeto político pedagógico das residências em saúde. (AGUIAR, 2017; GIROTTTO, 2016)

Estudos demonstram que o bom desenvolvimento da preceptoria envolve o preceptor, o estudante e a instituição de ensino. A falta de clareza no papel de cada um ou a falha na comunicação com a instituição podem comprometer muito a inserção dos estudantes nas equipes e prejudicar o desempenho da preceptoria. Também é fundamental que haja trocas de saberes entre as instituições de ensino e os serviços, com tomada de decisões compartilhadas, para que os serviços de saúde não sejam tratados como um mero campo de prática, e sim como locais de produção de cuidado e conhecimento no mundo real, conectados com as necessidades de saúde da população. (GIROTTTO, 2016)

No programa de residência contemplado neste trabalho há algumas particularidades, pelo fato de a provedora não ser uma instituição de ensino e propor um programa integrado de residência médica e multiprofissional com forte cunho político na formação dos profissionais. Apesar dessas características serem pontos fortes dos programas, podem ser fatores que contribuem para uma maior sobrecarga



dos profissionais, sendo estratégico pensar em ações ou recursos que minimizem esses danos.

Os recursos de trabalho são aspectos físicos, sociais ou organizacionais que são capazes de trazer funcionalidade para atingir os objetivos do trabalho, reduzir as demandas do trabalho ou estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento. Quando presentes, os recursos ajudam no equilíbrio para a execução das demandas, com papel motivacional, não só para alcance de metas e produtividade, mas também para atender as necessidades humanas de autonomia, relações e desenvolvimento de competências. Porém, se ausentes, os recursos podem comprometer o alcance dos objetivos e levar a comportamentos de desligamento ou desmotivação até como estratégia de proteção para evitar o esgotamento. (SCHAUFELI; TARIS, 2014)

Como um recurso de desenvolvimento do trabalho, percebe-se que é necessário um investimento na integração entre ensino e serviço, de modo a aprimorar os profissionais para a prática da preceptoria e potencializar a qualificação dos serviços de saúde. Em uma revisão integrativa sobre a formação de preceptores para residências em saúde, foram constatadas diferentes formas de incentivar e valorizar o preceptor, como uso de recursos digitais para educação *on-line*, promoção de módulos, oficinas ou eventos, manuais ou listas de leitura, acesso à informação, como bibliotecas, e momentos de autoavaliação e *feedback*. O estudo destaca que profissionais que são contemplados com essas iniciativas conseguem refletir criticamente sobre o processo de trabalho, com ampliação do olhar para os problemas e maior satisfação com suas atividades. (VASQUEZ et al., 2019)

Foram citados como recursos do trabalho da preceptoria questões de convivência, comunicação e capacitação como possíveis ferramentas para melhorar essa relação, o que corrobora estudos que demonstram que o engajamento no trabalho requer o investimento nos aspectos positivos e motivacionais que levam à realização profissional, entre eles o bem-estar e a identificação com o processo de trabalho. (FONSECA et al., 2020)

Diante das inseguranças e falta de clareza das suas atribuições, também foi sugerida pelos participantes a organização dos preceptores em coletivos de interesses comuns. Em pesquisa com docentes de instituições

de ensino superior, evidenciou-se que uma das estratégias de enfrentamento à precarização social do trabalho é a organização dos trabalhadores em coletivos como caminho para melhoria das condições de trabalho e da saúde do trabalhador. (SOUZA et al., 2020)

No campo da preceptoria, há um Fórum Nacional de Tutores e Preceptores em Saúde, que defende pautas concordantes com o expresso pelos participantes, como regulamentar as atividades docentes nos serviços e suas diferentes atribuições, incentivar à formação e participação no fórum, definir número de residentes por docente, criar bases de remuneração, planos de cargos, carreiras e salários, estrutura mínima para o exercício da função. (CECCIM et al., 2018)

Contudo o principal espaço para discussão sobre os programas de residência, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), desde 2019, não está atuante, o que causa um impacto na qualificação dos programas e prejudica as articulações políticas. (REDE UNIDA, 2020) No campo da residência médica, as organizações de preceptores são pulverizadas por especialidades, não havendo uma mobilização nacional dos preceptores em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Dessa forma, as reflexões dos participantes são pertinentes, visto que há muito a se avançar nessa construção política da preceptoria.

Além disso, esses coletivos podem ser também espaços de trocas de experiências, acolhimento e escuta do sofrimento desses profissionais. Em uma revisão de literatura, foi identificado que o uso de intervenções grupais diante da síndrome de Burnout em docentes pode ser benéfico e ter efeitos preventivos no estresse ocupacional, na medida em que promovem uma maior conscientização da realidade do trabalho e a identificação de maior apoio social a partir da troca de experiências e da busca de soluções e mudanças. (SILVA et al., 2016)

Os participantes deste estudo demonstraram gratidão pelo trabalho desenvolvido. Sentir-se realizado e grato pela atividade que desempenha pode ser considerado um importante recurso pessoal no trabalho dos preceptores. A gratidão é considerada o reconhecimento por se obter um resultado positivo a partir de outra pessoa que agiu de forma intencional e valiosa para quem recebeu a ação. Expressar a gratidão exige posicionamento ativo e demonstra impacto importante na

satisfação momentânea, com efeitos duradouros para os praticantes. (ROBLES, 2018)

Um estudo transversal com preceptores do Brasil e da Espanha avaliou que, apesar das dificuldades na prática, a maioria dos preceptores se sentiam motivados com essa atividade e que pretendiam continuar na preceptoria por mais dois anos. Além disso, entre os programas com maior índice de motivação, estavam as residências de Medicina de Família e Comunidade.

Entre os fatores de motivação desses profissionais, verificou-se a boa relação com os residentes e a contribuição dos estudantes para a qualidade do serviço. No ambiente da APS, devido aos programas públicos de incentivo à formação, a remuneração adicional também aparece como um fator motivador. (AGUIAR, 2017)

## Considerações finais

Neste trabalho, foi possível problematizar as percepções dos preceptores de uma residência médica e de uma multiprofissional em saúde da família sobre os desafios que essas atividades lhes impõem. Eles passam por dificuldades variadas, tais como: demandas qualitativas, a autocobrança pela grande responsabilidade de desempenhar esse papel; a relação com os residentes – muitas vezes sendo mediadores de conflitos e rede de apoio para os residentes – e organizacionais, como as nuances com a gestão municipal, as instituições de ensino e a disputa pelos direitos trabalhistas. Também se referiram a recursos do trabalho e apontaram sugestões para sua qualificação, como necessidade de maior investimento em ações de valorização e formação do profissional. Descreveram recursos organizacionais e de desenvolvimento do trabalho e a promoção de um ambiente de trabalho mais saudável, com espaços de troca entre preceptores, como importantes recursos sociais. Além disso, apontaram a gratidão pela participação na formação dos profissionais como um recurso pessoal.

Percebe-se uma sobreposição de funções de educador e assistente na preceptoria, que é muito potente para a formação dos profissionais a partir da realidade dos serviços de saúde. Porém parece haver também um

acúmulo de demandas dessas duas interfaces maior do que os recursos disponíveis, o que pode contribuir para o estresse ocupacional, tão comum entre essas duas áreas. Assim há necessidade de se pensar nos recursos que podem apoiar esses profissionais, como a garantia dos direitos, programas de valorização, redes de apoio à saúde do trabalhador ou atendimento às necessidades psicoeducacionais.

Destaca-se a necessidade de regulamentação de alguns pontos do exercício da preceptoria, como clareza na definição de atribuições para evitar sobrecarga, garantia de remuneração, proteção de carga horária para atividades pedagógicas e investimento na formação desses profissionais, principalmente no campo da educação. Esses podem ser recursos importantes para a manutenção dessa atividade profissional, que, por si só, já acumula demandas de duas grandes áreas de trabalho, a saúde e a educação. As contribuições dos profissionais que estão nos campos de prática, desempenhando diversas funções em uma importante integração entre ensino e serviço, devem ser valorizadas na consolidação dos programas de residência.

Enquanto essas intervenções ainda são incipientes, como sujeitos ativos na prática do SUS, muitos preceptores acabam usando a criatividade para o enfrentamento dos desafios que encontram na prática. Seria potente pensar em mais espaços de trocas entre esses profissionais, valorizando as suas práticas e disseminando as experiências exitosas, além do potencial terapêutico que tais espaços podem ter, colaborando para uma rede de apoio entre esses profissionais. As próprias reuniões dos grupos, neste trabalho, puderam contribuir como espaço de escuta, reflexão e apoio entre preceptores do mesmo programa. Além disso, a parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino são uma aposta de investimento em educação permanente que pode ser capaz de impulsionar transformações não só nos serviços assistenciais, mas também em intervenções que promovam o engajamento dos próprios profissionais de saúde.

## Referências

- AGUIAR, A. C. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis. In: AGUIAR, A. C. (org.). *Preceptorial em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: UERJ, 2017. p. 60-69.
- ARNEMANN, C. T.; KRUSE, M. H. L.; GASTALDO, D. *et al.* Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, p. 1635-1646, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Db4nq7VD8KbHxRQmzqT5Cb/?lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2021.
- AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B. *et al.* Botti SHO. A preceptorial na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – análise das publicações brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-27, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/?lang=pt#>. Acesso em: 18 out. 2021.
- BRASIL. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em medicina geral de família e comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 98, p. 11-12, 26 maio 2015. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=20741-resol-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category\\_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=20741-resol-25052015-cnrm-regulamenta-requisitos-pdf&category_slug=setembro-2015-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 10 jun. 2019.
- BRASIL. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em profissional de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 149, n. 73, p. 24-25, 16 abr. 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192). Acesso em: 10 jun. 2019.
- CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; MENESES, J. R. *et al.* Preceptorial e tutoria: ação docente nas residências em saúde. In: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L. (org.). *Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva*. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. p. 113-23.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

FONSECA, J. P.; MACEDO, E.; MACHADO, C. C. Caregato RCA. Training of precepts in the multiprofessional or uniprofessional residence in the health area: an integrative review. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 8, p. 1-31, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6299>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FREITAS, M.; PEREIRA, E. R. O diário de campo e suas possibilidades. *Quaderns de Psicologia*, Barcelona, v. 20, n. 3, p. 235-44, 2018. Disponível em: <https://www.quadernsdepsicologia.cat/article/view/v20-n3-freitas-pereira>. Acesso em: 23 ago. 2021.

GIROTTO, L. C. *Preceptores do sistema único de saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-06122016-110709/pt-br.php>. Acesso em: 22 jul. 2020.

IBGE. *Camaçari*. Versão 4.6.32. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/camacari/panorama>. Acesso em: 3 dez. 2022.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 283-304, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/yRhYHC8bJNhGzFLm3tmwfmj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo corona vírus). OPAS, Washington, D. C., 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico). Acesso em: 21 jun. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 22, p. 1525-34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021.

REDE UNIDA. Manifesto: Movimento Nacional em Defesa das Residências em Saúde. *Rede Unida*, Porto Alegre, 24 nov. 2020. 10º Encontro Nacional de Residências em Saúde. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/comunicacao/news/manifesto-movimento-nacional-em-defesa-das-residen/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L.; BACKES, V. M. S. *et al.* Ensino nas residências em saúde: conhecimento dos preceptores sob análise de Shulman. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 73, n. 4, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reben/a/8QS5nvdnMyz4Vjn47H5k9jQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ROBLES, R. R. *Psicologia Positiva: avaliação de um modelo intra empreendedor de educação para o bem-estar*. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12142/tde-20122018-125334/pt-br.php>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SCHAUFELI, W. B. Applying the job demands-resources model: a 'how to' guide to increase workengagement and prevent burnout. *Organizational Dynamics*, New York, v. 46, p. 120-32, 2017. Disponível em: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/476.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SCHAUFELI, W.B.; TARIS, T. W. A critical review of the job demands-resources model: implications for improving work and health. In: BAUER, G. F.; HAMMIG, O. (org.). *Bridging occupational, organizational and public health: a transdisciplinary approach*. Holanda: Springer Science, 2014. p. 43-68.

SILVA, M. P.; BERNARDO, M. H.; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 41, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbso/a/yc6YRxBM95vWD4mK8rthm6Pk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2021.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e residência multiprofissional em saúde: compreendendo significados no processo de formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 157-66, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rbem/a/xDRBHKycxFSV3jtFMDZYhxS/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2021.

SILVA, S. C. P. C.; NUNES, M. A. P.; SANTANA, V. R. *et al.* A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3011-3020, 2015 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tMHPSfgqYFQPPDdqKqQrW6b/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 15 maio 2021.

SILVEIRA, L.; BEZ, C. N.; GONÇALVES JUNIOR, E. *et al.* Síndrome de burnout em preceptores e residentes vinculados a programas de residência em saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/67248>. Acesso em: 15 maio 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. *Manual de orientações: recomendações para a qualidade dos programas de residência em medicina defamília e comunidade*. Rio de janeiro: SBMFC, 2020. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendac%CC%A7o%CC%83es-para-a-qualidade-dos-Programas-de-Reside%CC%82ncia-em-Medicina-de-Fami%CC%81lia-e-Comunidade.pdf>. Acesso em: 25 maio 2020.

SOUZA, K. R.; RODRIGUES, A. M. S.; SANTOS, M. B. M. *et al.* Oficinas em saúde do trabalhador: ação educativa e produção dialógica de conhecimento sobre trabalho docente em universidade pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/PLHTsn77WQmvJbKmStLmWPv/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na residência multiprofissional em saúde. *ABCS health sci*, Santo André, v. 44, n. 1, p. 15-21, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995006>. Acesso em: 17 maio 2020.

STEINBACH, M. *A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e doserviço*. 2015. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157306>. Acesso em: 17 jan. 2020.

TONELLI, B. Q.; LEAL, A. P. R.; TONELLI, W. F. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *RFO UPF*, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, 2018. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-948110>. Acesso em: 17 abr. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L. O processo Convergente Assistencial. *In: TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. (org.). PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 31-62.



VAZQUEZ, A. C. S.; FERREIRA, M. C.; MENDONÇA, H. Avanços na psicologia positiva: bem-estar, engajamento e redesenho no trabalho. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 343-51, 2019. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/avp/article/view/18859>. Acesso em: 17 mar. 2021.

VAZQUEZ, A. C. S.; SANTOS, A. S.; COSTA, P. V. *et al.* Trabalho e bem-estar: evidências da relação entre burnout e satisfação de vida. *Avaliação Psicológica*, Porto Alegre, v. 18, n. 4, p. 372-81, 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712019000400006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712019000400006). Acesso em: 27 jan. 2021.



## DESIGUALDADES EN SALUD nuevas perspectivas teóricas<sup>1</sup>

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO

### Introducción

Con el avance de los movimientos de la Medicina Social y de la Salud Colectiva, a partir de la década de 1980 se produjo un significativo incremento de la producción científica sobre desigualdades sociales, como determinantes de la situación de la salud en países de América Latina y el Caribe. En las últimas décadas del siglo XX, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifestó un interés especial en este tema de investigación, principalmente cuando Pedro Luis Castellanos estuvo a cargo de la División de Salud y Desarrollo Humano. En 1998, Castellanos propuso la creación del Grupo de Trabajo en Inequidades en Salud, que organizó un repositorio de textos y me encargaron de realizar una cartografía analítica de la producción académica sobre el tema. (ALMEIDA FILHO, 2019; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000) Un análisis bibliométrico y de contenido de esos estudios encontró – en casi todos los países de la región, un predominio de abordajes doctrinarios o teóricos, en vez de investigaciones empíricas con datos epidemiológicos. (ALMEIDA FILHO et al., 2003) El análisis de los marcos

---

<sup>1</sup> Versión revisada de artículo publicado originalmente en la revista *Salud Colectiva*, Buenos Aires. Ver en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2751/es/>.

referenciales de esos estudios mostró una clara hegemonía de abordajes vinculados al materialismo histórico, con especial énfasis en los procesos de producción (condiciones de trabajo) y reproducción (estructura de clases) de la sociedad. (BREILH, 2013)

En este período, en todos los países del mundo se constataron disparidades en las condiciones de salud, acceso diferencial a los servicios asistenciales y distribución desigual de recursos de salud, independientemente del grado de desarrollo económico y del régimen político. (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000; WILKINSON; MARMOT, 2003; WILKINSON, 1996) Como resultado, se produjo una inesperada revitalización de la epidemiología social, especialmente abocada a la obtención de datos empíricos, lo que fomentó casi un monopolio del tema “desigualdades” en la epidemiología social contemporánea. El vector central de esas investigaciones enfatizaba temas clásicos de la investigación social en salud, como el estrés, la pobreza, la miseria, la exclusión social y la marginalidad, incorporados a la agenda de investigación como efecto de las desigualdades económicas y sociales. Así, el pensamiento epidemiológico moderno se actualizaba sobre la base de una perspectiva neodurkheimiana y se consolidaban dos vertientes explicativas de la génesis social de la salud enfermedad cuidado: una, en América del Norte, que utilizaba conceptos como capital social, apoyo social y estrés psicosocial (BERKMAN; KAWACHI, 2000; THOITS, 2010; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000; WILKINSON; MARMOT, 2003; WILKINSON, 1996) y otra, en Europa, con conceptos como estratificación social, cohesión social y estilo de vida. (COBURN, 2000; MARMOT, 2005; WILKINSON; MARMOT, 2003; WILKINSON, 1996)

En contraste con la situación observada en América Latina y el Caribe, los estudios sobre desigualdades en salud de los países del hemisferio norte revelaban poco interés en la construcción teórica. (DIEDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001; KRIEGER, 2001) Como estrategia para cubrir tal laguna, Diederichsen, Evans y Whitehead (2001, p. 54) propusieron una “combinación de pensamiento claro (clear thinking), datos de buena calidad y una política de movilización”. En otras palabras, era necesario enfrentar, simultáneamente, una cuestión teórica, una problemática metodológica y un desafío político. Considerando que, en los

países llamados desarrollados, los referenciales teóricos de la epidemiología social eran escasos y carecían de un punto de vista conceptual, Nancy Krieger (2001, p. 674) hizo una clara advertencia: “If social epidemiologists are to gain clarity on causes of and barriers to reducing social inequalities in health, adequate theory is a necessity, not a luxury” [Si los epidemiólogos sociales buscan aclarar las causas y las barreras para reducir las desigualdades sociales en salud, una teoría adecuada es una necesidad, no un lujo].

Para analizar mejor esa pobreza teórica potencial y eventualmente contribuir a superarla, necesitamos reconsiderar qué constituye una teoría, según el abordaje propuesto por el filósofo argentino Juan Samaja (1941-2007). Desde la perspectiva pragmático-crítica (SAMAJA, 2005a, 2005b), una teoría comprende un dispositivo heurístico, configurado en tres etapas o fases:

- Marco referencial filosófico: epistemología, lógica y método;
- Proceso de problematización: definición del objeto de conocimiento y construcción de conceptos, incluyendo terminología;
- Marco teórico: modelo y modelado (determinantes, efectos, incluso mensuración).

En este texto, propongo un recorte de la problemática teórica de las desigualdades, como paso inicial para formular de modo sistemático y con mayor precisión, quizá como “pensamiento claro”, su articulación con el problema de la determinación social de la salud. El análisis está centrado en cómo se ha realizado el proceso de construcción teórica en la bibliografía sobre desigualdades en salud, concediendo especial atención al rigor conceptual y, en consecuencia, a la formulación de una estructura terminológica adecuada y específica. En este recorrido, serán pertinentes e incluso inevitables las correlaciones, remisiones y referencias a la problemática metodológica de las desigualdades en salud para formular proposiciones y, eventualmente, sustentar los argumentos. (SAMAJA, 2005b) A pesar de que la problemática política de las desigualdades sea constitutiva del modo de producción capitalista, sobre todo en el contexto neoliberal actual (HABERMAS, 2003), será tratada aquí de

un modo transversal, dado que su abordaje puntual y profundo escapa al interés central de este texto.

Con este objetivo, inicialmente pretendo resumir el principal marco teórico que, en los países desarrollados, ha subsidiado la producción académica sobre el tema desigualdades en salud. Como ilustración de la robustez (y, dialécticamente, de las limitaciones) de la perspectiva dominante de las epistemologías del norte global, presento una síntesis, limitada y breve, de la teoría de la justicia de John Rawls y de su principal derivación: la teoría del bienestar social de Amartya Sen. En segundo lugar, discuto interpretaciones, aplicaciones y abordajes críticos de ese marco teórico en la bibliografía académica que aborda las desigualdades económicas y sociales como principal eje, para comprender la determinación social de la salud enfermedad cuidado. En tercer lugar, pretendo sistematizar una propuesta de matriz semántica para la serie conceptual <diferencia distinción desigualdad inequidad iniquidad>, con la intención de contribuir a reducir la confusión terminológica que, en mi evaluación, representa un importante obstáculo para una reflexión teórica más rigurosa sobre el tema.

A continuación, para comprender el impacto de los procesos y vectores generados por las desigualdades económicas, sociales y políticas en el campo de la salud, recupero un modelo teórico sintético sobre el binomio pobreza desigualdades, referenciado en las categorías de recursos sociales, modos de vida, prácticas de salud, servicios de salud y situación/condiciones de salud. Finalmente, tomando la coyuntura brasileña actual como caso de estudio, propongo la hipótesis de que estamos ante un proceso de transformación de las desigualdades económicas en nuevas formas de inequidades sociales e iniquidades en salud. Al sistematizar dos décadas de debates y reflexiones, espero contribuir a la discusión teórico-metodológica pertinente al estudio de las desigualdades, en general, y de las iniquidades en salud, en particular, desde una perspectiva de las epistemologías del sur global.

## Justicia, equidad, igualdad: de Rawls a Sen

En la segunda mitad del siglo XX, el filósofo político estadounidense John Rawls (1921-2002) propuso una teoría de la justicia que considera la categoría “libertades básicas” como definidora de la autonomía individual, en una perspectiva neokantiana. (RAWLS, 1971, 2001, 2005) Rawls presenta su concepción general de la justicia como estructurante de la sociedad contemporánea, con base en dos principios (RAWLS, 1971):

- Primer principio: cada persona debe tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas iguales, compatible con un esquema similar de libertades para otros;
- Segundo principio: las desigualdades económicas y sociales deben distribuirse de tal manera que: 1) las desigualdades proporcionen el mayor beneficio a los menos aventajados, dentro de los límites de un justo respeto al principio del ahorro (de los más aventajados); y 2) las desigualdades correspondan a funciones y puestos que estén abiertos a todos según el principio de una justa igualdad de oportunidades.

Para Rawls, en la sociedad moderna, el concepto de justicia implica un sistema de prioridades que justificaría sucesivas elecciones personales y políticas definidas por valores, bienes y productos en disputa. Si los agentes sociales eligen un bien en detrimento de otro es porque existirían razones prácticas para considerarlo más deseable y prioritario que el otro. La intención declarada de ese enfoque es criticar y de algún modo actualizar el programa político del utilitarismo de John Stuart Mill (2001).

El primer principio de Rawls, en el marco de consolidación del capitalismo mercantil y del surgimiento del capitalismo industrial (HABERMAS, 2003), corresponde a la máxima fundamental del liberalismo clásico, plataforma política subsidiaria de la doctrina económica de las revoluciones republicanas de EEUU, en 1776, y de Francia, en 1789. El segundo principio evoca dos reglas de prioridad: prioridad de la libertad plena sobre las libertades básicas y prioridad de la justicia sobre la eficiencia económica y el bienestar individual. (RAWLS, 1971) De acuerdo

con la primera regla, los principios de justicia deben ser ordenados de modo socialmente legítimo y justo y, por lo tanto, las libertades básicas individuales pueden ser restringidas solo en beneficio de una libertad para todos. En este caso, pueden ocurrir dos situaciones: 1) tolerar alguna restricción de la libertad individual para reafirmar el sistema compartido y colectivo de libertad; 2) tomar las desigualdades como aceptables solo en el sentido positivo, en beneficio de aquellos a quienes se atribuye desventajas. Según la segunda regla, el principio de justicia es prioritario frente a los principios de eficiencia y de maximización de la suma de beneficios, del mismo modo que el principio de igualdad equitativa de oportunidades tiene prioridad sobre el principio de diferencia. Por lo tanto, la teoría de la justicia de Rawls propone igualdad de oportunidades y también de distribución justa – es decir, con justeza (fairness) – de bienes y servicios referentes a necesidades básicas. (HART, 1989)

A pesar de que la salud tenga gran presencia en la bibliografía sobre desigualdades (AGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000) curiosamente Rawls no la menciona como una de las libertades básicas, incluida entre los derechos humanos fundamentales. Por el contrario, la salud es definida como un bien natural, en la medida en que forma parte de los recursos (endowments) innatos de los individuos. Diversos estudiosos pretendieron cubrir esa laguna, desarrollando variantes y complementos del abordaje rawlsiano aplicado al problema de las desigualdades en salud. El más destacado de estos autores es el economista indobritánico Amartya Sen, que ganó el Premio Nobel de Economía de 1998 por haber actualizado la ciencia económica frente a las transformaciones políticas y sociales posteriores al advenimiento del Estado de bienestar social, en la segunda mitad del siglo XX. Una parte significativa de su obra (FOSTER; SEN, 1997; SEN, 1981, 1992, 2002) conforma lo que devino en llamarse New Social Welfare Theory (NSWT), una reflexión teórica sobre las desigualdades económicas que se ha tornado hegemónica en la investigación sobre determinantes sociales en salud.

En una serie de conferencias en la Universidad de Warwick (The Radcliff Lectures, en 1972), reunidas en *On economic inequality* (1981), Amartya Sen se propuso enriquecer la teoría de la elección social, a partir de una crítica a los abordajes utilitaristas. Con base en la premisa de



que la economía habría sido creada para servir de instrumento social y satisfacer las necesidades humanas, Sen define “bienestar social” como efecto de procesos políticos de redistribución de la riqueza, y no como efecto de apropiación de la riqueza por parte de individuos o grupos. Al proponer el concepto de desigualdades (inequalities) de propiedad, ingresos y riqueza como contraste operativo y cuasi simétrico al concepto de bienestar social, advierte que “no se debe confundir igualdad con simetría”. (SEN, 1981, p. 31, nuestra traducción)

Tomando como referencia el postulado de justicia distributiva de Rawls, Sen (1981, p. 36, nuestra traducción) formula un axioma débil de la equidad (weak equity axiom):

Sea que la persona  $i$  tenga un nivel de bienestar menor que la persona  $j$  para cada nivel de ingreso individual. Entonces, al distribuir un ingreso total dado entre  $n$  individuos que incluyen a  $i$  y  $j$ , la solución óptima debe dar a  $i$  un nivel de ingreso mayor que a  $j$ .<sup>2</sup>

Al proponer una base formal para indicadores de concentración desigual de ingresos, Sen sugiere una tipología dicotómica para las desigualdades: desigualdad objetiva y desigualdad normativa. Desde el punto de vista de la desigualdad objetiva, equivalente a la variación relativa del indicador económico de ingresos, la cuestión de la diferenciación entre dos elementos  $x$  e  $y$  implica comparabilidad en escalas cardinales de orden equivalente. En esas escalas, no habría ningún problema en formular descriptivamente las desigualdades  $x > y$  o  $x < y$ , tal como se expresa a continuación:

$$x_1 > x_2 > x_3 > \dots > x_n \quad y_1 > y_2 > y_3 > \dots > y_n$$

Por otro lado, la noción de desigualdad normativa – contra dominio del concepto de bienestar social – remite a la distribución de un valor dado (por ejemplo, ingresos) entre dos elementos  $x$  e  $y$ , de modo

<sup>2</sup> “Let person  $i$  have the lower level of welfare than person  $j$  for each level of individual income. Then in distributing a given total of income among  $n$  individuals including  $i$  and  $j$ , the optimal solution must give  $i$  a higher level of income than  $j$ ”.

ecuaníme. Tal dualidad permite una concepción metodológica integrativa de las desigualdades económicas, con doble alcance: objetivo y normativo. A partir de este análisis, Sen evalúa críticamente dos alternativas redistributivas:

- Igualitarismo tipo maximin, correspondiente a la teoría de la justicia de Rawls;
- Igualitarismo probabilístico, con base en el principio de la equiprobabilidad.

Para Sen (1981), esa categorización de la desigualdad permitiría formalizar el problema de la justicia distributiva con base en una solución lógica, ética y política, capaz de generar equidad entre desiguales. Tal problema abstracto puede ser ilustrado por el ejemplo concreto de la división justa de una torta: ¿cómo dividir una torta entre dos individuos, dado que ellos no son iguales en la línea de base? ¿Cómo dividir 100 por 2, una parte para  $x$  y una parte para  $y$ ? Varias opciones pueden servir de solución:

50 $x$ , 50 $y$ ; 51 $x$ , 49 $y$ ; 52 $x$ , 48 $y$ ; ... 99 $x$ , 1 $y$

Se trata de un problema clásico de elección social (social choice) para soluciones de equidad distributiva, como posibilidad de remediar desigualdades preexistentes. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, el problema no se resuelve solo fijando criterios abstractos de valor; de hecho, depende de la aceptabilidad o legitimación social de la solución distributiva elegida. Como consecuencia, se deben considerar los aspectos de valor económico versus legitimidad social. En este sentido, Sen (1981) evalúa cinco condiciones que permiten ordenar las prioridades de elección.

- Anarquía o dominio irrestricto: se admite cualquier combinación;
- Individualismo o independencia de alternativas irrelevantes: lo social depende de lo individual;
- Preferencia social completa y reflexiva: elección cuasi transitiva;
- Anonimato: cambio de orden individual no afecta la preferencia social;

- Regla de Pareto: para cualquier par  $(x, y)$ , si todos los individuos creen que  $x$  es por lo menos tan bueno como  $y$ , mientras algunos consideran que  $x$  es mejor que  $y$ , entonces  $x$  es socialmente más preferido que  $y$ ; si es indiferente para todos, así también lo será para la sociedad.

Sen (1981) concluye que la condición más adecuada para soluciones distributivas superadoras de desigualdades es la regla de Pareto. El presupuesto de esa regla es que la sociedad se condice, por lo menos, a la suma de los individuos y que, por lo tanto, la preferencia social también comprende, por lo menos, la suma de preferencias individuales. Su conclusión contradice la teoría económica clásica, al plantear que el utilitarismo, enfoque dominante de la “vieja economía liberal, tendiente a producir resultados fuertemente antiigualitarios (antiegalaritarian)”, (SEN, 1981, p. 23, nuestra traducción) no es capaz de pensar el problema de la distribución equitativa de bienes y riquezas.

Para viabilizar soluciones metodológicas al problema teórico de la naturaleza simultáneamente objetiva (descriptiva) y normativa (política y ética) de las desigualdades económicas y sociales, Sen propone relativizar la medida de las desigualdades. Para eso, postula dos estrategias complementarias: por un lado, combinar normatividad y descriptividad y, por otro, recurrir a ordenamientos parciales.

Al considerar elementos estructurales de la noción de desigualdades sociales, Sen propone recuperar, con ciertas reservas, la noción de plusvalía de Karl Marx (1818-1883) como fundamento para modelos de retribución por mérito más eficientes que las políticas de distribución basadas en necesidades. Analiza el texto de Marx *Crítica del Programa de Gotha* (MARX, 1977) del cual transcribe extensos fragmentos, en los que encuentra una negación de la noción de derechos iguales como “derecho de desigualdad”, que él identifica como una pseudoequidad. Dentro de esa línea argumentativa, propone el concepto de *capability* (fusión de capacidades con habilidades) como criterio para priorizar la lógica distributiva a partir del mérito individual.

En su crítica, Sen ya no considera que la obra de Marx (1977, 1984), más que proponer un sistema teórico explicativo, pretendía denunciar situa-

ciones y analizar estructuras con la intención de movilizar y transformar contextos. Si bien las nociones de desigualdades económicas y sociales tienen prioridad en la construcción de la teoría marxista de la sociedad capitalista y, por consiguiente, de la teoría política de la historia, Marx trató esa cuestión siempre analíticamente (es decir, apuntando a comprender la génesis de las relaciones sociales para transformarlas). Pero a pesar de referirse al concepto de “clases sociales” como raíz de las disparidades económicas y políticas que orientaron el conjunto de teorías marxistas de la sociedad, Marx no profundizó el debate sobre la naturaleza y las modalidades de las desigualdades. De hecho, Marx no estaba interesado en ayudar al capitalismo a humanizarse y que, de esa forma, se viabilice como ideología. Su proyecto científico era investigar profunda y detalladamente el modo de producción del capitalismo a fin de formular una propuesta política capaz de transformar radicalmente (por ejemplo, desde las raíces) la estructura de la sociedad capitalista, entendiendo las desigualdades económicas como el fundamento de procesos de determinación social y no como un mero epifenómeno, disfrazadas de variables o vectores, indicadores de inequidades inevitables.

Al igual que otros clásicos como *El capital* (1984), de Marx *On economic inequality* (1981) de Sen es una *opera prima* inconclusa. En su parte final, que reproduce la cuarta conferencia Radcliff, confronta nociones rivales heredadas de las viejas escuelas de economía política sobre cómo debería estar constituida una distribución correcta o justa: ¿orientada por necesidades o de acuerdo con méritos y motivaciones? Como si fuese a retomar su argumento (que, sin embargo, sigue incompleto), Sen señala que la distribución basada en el mérito (*desert based*) y sus variantes – propuestas redistributivas orientadas por motivaciones –, no parecen apropiadas para reducir las desigualdades. Su análisis converge hacia una posición, insuficientemente justificada y apresuradamente finalizada, a favor de una distribución orientada por necesidades.

Cabe ahora apreciar la reorientación, casi autocrítica, que Amartya Sen realiza en trabajos más recientes. (FOSTER; SEN, 1997; SEN, 1992) La cuestión crucial del primero de estos textos complementarios es: ¿desigualdad de qué? Como aplicación metodológica, introduce una variante

en el uso de esa concepción, e identifica variables focales relevantes (como, por ejemplo: desigualdad de ingresos, riquezas, utilidades, recursos, libertades, derechos, calidad de vida etc.). En este aspecto, en una curiosa convergencia con la sociología de la distinción de Bourdieu (1988), sin darle crédito, Sen introduce el problema del “gusto desigual” (*unequal taste*) y considera su tratamiento analítico como potencialmente interesante para estudiar variaciones salariales y fijación de precios de productos. Desde el punto de vista conceptual, propone considerar una cuestión correlativa: ¿desigualdad dónde? Explicita entonces la concepción de “espacio para la equidad” y su noción derivada de “espacio evaluativo” de las desigualdades. Argumenta que si todas las personas fueran exactamente similares, la igualdad en el espacio económico (por ejemplo, en los ingresos) tendería a ser congruente con igualdades en otras dimensiones (salud, bienestar, felicidad etc.). (SEN, 1992) Así, Amartya Sen retoma el planteo de que las desigualdades pueden ser resultantes de cuasi ordenamientos (*quasi-ordering*) en la estructura de la sociedad, que expresan de modo más preciso jerarquías o prioridades en espacios diversos o dimensiones simultáneas. En la teoría económica convencional se postula que “una de las consecuencias de la diversidad humana es que la igualdad en un espacio tiende a corresponder, de hecho, con la desigualdad en otro”. (SEN, 1992, p. 20) Anticipando controversias en el tratamiento de esa cuestión, Sen considera que desigualdad en términos de una variable (por ejemplo, riqueza) puede indicar un sentido muy diferente de desigualdad en el espacio de otra variable (por ejemplo, habilidad funcional o bienestar). Cabe aquí la hipótesis de que promover la equidad en un espacio dado puede generar desigualdades en otros espacios sociales. En un prefacio escrito en colaboración con James Foster y Sen (1997), Sen avanza en la desconstrucción de los indicadores clásicos de desigualdades a partir de una crítica epistemológica del propio concepto de “indicador”. Para Foster y Sen (1997), la precisión descriptiva (definida como conjunto de aserciones totalmente ordenadas y no ambiguas, independientemente de la ocurrencia de inconsistencias en los conceptos de base) sería deseable para evaluar las desigualdades. Al constatar que el concepto de desigualdad porta una ambigüedad de origen, asumen que los indicadores

necesarios para tratar empíricamente un concepto ambiguo no deben aferrarse a una representación precisa, pero ilusoria, de los fenómenos estudiados. (FOSTER; SEN, 1997) Al contrario, es necesario preservar algún grado de incertidumbre primordial, en vez de intentar desterrarla mediante ordenamientos arbitrarios.

Este último ajuste en su teoría permite considerar especificidades o contextos parciales en la relativización de las desigualdades y admitir que estas pueden asumir un carácter contingente, dialéctico o incluso ambiguo. Al dar espacio a la cuestión política y la acción individual, societal o comunal, intenta responder a las críticas iniciales vinculadas al exceso de economicismo de la NSW, que tomaba movimientos estructurales y macrotendencias como determinantes del bienestar social. En este sentido, se aproxima a las perspectivas críticas que proponen que la dinámica de los sistemas económicos puede comprenderse mejor a través de la esfera políticoideológica, como lo hizo recientemente Thomas Piketty (2019) al afirmar que, en el contexto actual, al que denomina hipercapitalismo, *l'économie est au coeur de la politique*.

## Conceptos de desigualdades en salud

En esta sección, buscaré revisar brevemente las principales aplicaciones de la temática desigualdades/inequidades en la bibliografía específica del campo de la salud. En esos abordajes, típicos de lo que Boaventura de Sousa Santos (2018, 2019) designa como “pensamiento abisal”, o epistemologías del norte, la salud ha sido tratada conceptualmente como una especie peculiar de capital humano, entendida a partir de variantes o derivaciones de los conceptos de *endowment* o de *capability*.

Amartya Sen utiliza numerosos ejemplos del campo de la salud en dos planos. En el primer plano, propone considerar conceptos de justicia y equidad como base para la elección social de estrategias redistributivas para superar las desigualdades en salud. (SEN, 2002) Particularmente en *Inequality reexamined* (1992), Sen reconoce la centralidad del concepto de equidad en el campo de la salud y destaca el potencial de ese campo como espacio privilegiado para políticas redistributivas, en una

lógica de bienestar social. Dentro de esa línea, considera los sistemas públicos de atención de la salud como parte del aparato del welfare state, definido en la esfera institucional como campo de posibilidades de compensación que apuntan a la equidad. Indica, entonces, que un servicio nacional de salud compone un sistema de justicia distributiva indirecta, comparable a otros sistemas de justicia definidos por la distribución directa de subsidios.

En el segundo plano, Sen define la salud individual como efecto de *capabilities*. (FOSTER; SEN, 1997; SEN, 1992) Este sustantivo, de difícil traducción al español, trae consigo el doble sentido de “capacidad” y “habilidad” como potenciales competencias. Desde una perspectiva semántica, representa una valiosa indicación para una construcción rigurosa del concepto de salud, como señalé en otro texto. (ALMEIDA FILHO, 2014) El problema se muestra más intrigante y la construcción teórica potencialmente más rica si consideramos otras diferencias de base individual, más allá de las *capabilities*, que conformarían ese complejo objeto de conocimiento llamado salud.

En 1990, Margareth Whitehead (1992) elaboró un informe encargado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), posteriormente publicado en el *International Journal of Health Services* que fue por mucho tiempo la principal referencia conceptual sobre equidad en salud de la bibliografía internacional. La premisa básica de ese texto es que la equidad en salud equivaldría al concepto de justicia, en lo que se refiere a la situación de salud, calidad de vida y supervivencia individual. De esa forma, idealmente, todas las personas tendrían derecho a la posibilidad de realizar su pleno potencial de salud y, para realizar ese derecho, nadie debería estar en desventaja. En términos prácticos, esa aproximación llevaría a reducir, al máxima posible, las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de salud. (WHITEHEAD, 2007)

Como contribución a esta problemática conceptual, Whitehead (1992) define equidad (*equity*) con relación a dos antónimos que denotan modalidades de disparidades (*disparities*) en salud: desigualdad (*inequality*) e inequidad (*inequity*). Para la autora, el primer término – desigualdad – en todos los casos connota las principales diferencias

dimensionales, mensurables, sistemáticas y evitables, entre los miembros de una población dada. Este término, al ser usado a menudo en un sentido formal, puramente matemático o epidemiológico, por su ambigüedad, según la autora, no debe ser utilizado como concepto de base para el análisis político de la situación de salud. En contrapartida, el segundo término – inequidad – connota diferencias y variaciones que son no solo innecesarias y evitables, sino también injustas. En este sentido, las inequidades en salud pueden ser definidas como modalidades restringidas o algún caso particular de diferencias o disparidades en salud que, además de evitables (*avoidable*), son también injustas (*unfair*). (WHITEHEAD, 1992) De esta forma, el concepto se conforma a partir de criterios relevantes para identificar la doble condición de evitabilidad y de injusticia inherente a la imposición de los riesgos, excepto en dos situaciones: exposición voluntaria (comportamientos de riesgo, deportes peligrosos, contingencias especiales) y riesgo estructural inevitable (edad, sexo, genética). (WHITEHEAD, 2007)

La contribución de Whitehead, representativa del linaje teórico Rawls Sen, se basa en una concepción idealizada de justicia como principal parámetro para distinguir entre inequidades y diferencias (o disparidades) en salud. No obstante la aparente consistencia conceptual, varios autores (BAMBAS; CASAS, 2001; METZGER, 1996; OSSANAI, 1994) emplean este referencial de forma equivocada pues, para delimitar el concepto de inequidad, toman el término desigualdad como sinónimo de diferencia o disparidad. Curiosamente, esa inestabilidad semántica está presente incluso en textos de la propia Whitehead (1992, 2007).

Daniels, Kennedy y Kawachi (2000) propusieron retomar la teoría de justicia de Rawls para analizar la distribución de la salud en una sociedad igualitaria, definida por ellos como aquella donde el acceso a la salud no se determina por el estatus social o por los ingresos económicos. Estos autores cuestionan la definición de inequidad de Whitehead sobre la base de los criterios de injusticia y evitabilidad, con el argumento de que ambos conceptos involucran cuestiones complejas y no resueltas. Respecto al primer criterio, toman como base la noción liberal de autonomía, que define “justicia” como una garantía nominal de igualdad de oportunidades individuales. (DANIELS; KENNEDY; KAWACHI, 2000)



Con relación al segundo criterio, Peter y Evans (2001) desarrollaron teóricamente la idea de justicia como fundamento del derecho universal a la salud, entendido como equidad también en el acceso al conocimiento y la tecnología, factores que definen el grado de evitabilidad de los problemas de salud.

En la conferencia “¿Por qué la equidad en salud?” (2002), el propio Sen propuso que la equidad es un concepto simultáneamente multidimensional e intersectorial, especialmente si se aplica a la salud. En lo referente a su multidimensionalidad, incluye desde aspectos más estrictamente epidemiológicos – como riesgos de enfermarse o probabilidades de tener buena salud –, hasta la “distribución de la atención sanitaria, [...] la justicia de los procesos y, por lo tanto, la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria”. (SEN, 2002, p. 305) En este sentido, afirma que “ciertamente, la equidad en salud no trata solo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria”. (SEN, 2002, p. 305) Refuerza así el carácter intersectorial de la salud, al afirmar que la equidad en salud extrapola el campo de la salud, incluyendo el tema de la distribución de recursos económicos y considerando el papel crucial de la salud en la vida y en la libertad humanas (SPINELLI, 2005), para alcanzar “el ámbito más amplio de la justicia de los acuerdos sociales”. (SEN, 2002, p. 305)

Macinko y Starfield (2002) concluyen que hacer que justicia sea equivalente al concepto de equidad, como defienden Whitehead et al., trae problemas operacionales en la medida en que implica recurrir a “juicios de valor”. Proponen usar la definición establecida por la International Society for Equity in Health (ISEqH), según la cual “equidad” es la ausencia de diferencias sistemáticas potencialmente evitables o curables en uno o más aspectos de la salud, en grupos o subgrupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. (INTERNATIONAL SOCIETY OF EQUITY IN HEALTH, [2019]) Esta concepción, al distanciarse de la proposición de Whitehead, evita la distinción respecto de la igualdad, al definir la equidad como mera “ausencia de diferencias”. A pesar de eso, la definición de equidad del ISEqH tiene ventajas operacionales, pues desvía el problema de las diferencias hacia el ámbito del control técnico (diferencias potencialmente

curables), lo que permite algún grado de estandarización metodológica de las investigaciones sobre situaciones de desigualdad. (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009)

Desde este abordaje instrumental, que valora la mensuración más que la teorización, algunos economistas de la salud también contribuyeron a la problemática conceptual de las desigualdades. Al admitir que la salud es más difícil de medir que los ingresos (y, por extensión, el bienestar social), Wagstaff y Van Doorslaer (1994) consideran que los indicadores de salud pueden ser reducidos a escalas lineales, tomando como ejemplo la expectativa de vida. Posteriormente, al alinearse con la teoría del bienestar social de Sen y argumentar que los ingresos pueden ser medidos en escalas lineales, estos autores propusieron definiciones contrastantes: “desigualdades puras en salud” y desigualdades socioeconómicas en salud. (WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000) En este abordaje, el adjetivo “puro” indica un foco exclusivo en la distribución de la propia variable de salud dentro de una población. Para estos autores (BREILH, 2013; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 1994), la cuestión de las desigualdades como objeto de conocimiento se reduciría a la verificación de si tal distribución se encuentra de alguna manera determinada (social, biológicamente) o no (se distribuye de modo aleatorio). En su análisis, curiosamente, parecen desconocer los avances de la metodología epidemiológica para comprender procesos determinísticos en salud, correlacionando factores y exposiciones asociados en modelos matemáticos y estadísticos de determinación de riesgos condicionados por desigualdades sociales. (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2007; DIEDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001)

Bommier y Stecklov (2002, p. 512) recuperan las ideas de Rawls para criticar la propuesta de Whitehead, considerada de corto alcance, porque las “diferencias evitables deben ser reducidas o eliminadas”. En esa línea, propusieron una formalización basada en la definición de “acceso a la salud” como una libertad básica rawlsiana, la cual, combinada con los endowments específicos de la salud, se constituye en capacidad social de promover salud. Parten de la premisa de que el acceso (A) al estado de salud no es directamente mensurable. También consideran que el estatus de “salud real” (actual health) (H) puede ser

evaluado a nivel individual, pero no hay información disponible para evaluar los recursos individuales de salud (health endowments) (E). Postulan, además, que la salud poblacional puede ser medida unidimensionalmente con un coeficiente como el de Gini, equivalente al generado por la medida de concentración de ingresos (Y). La conclusión es que, incluso en la sociedad igualitaria ideal pensada por Rawls, o en la utopía de la redistribución políticamente acordada de la sociedad de bienestar de Sen, donde el acceso (A) estaría garantizado para todos como derecho fundamental, cualquier correlación de (Y) => (H) necesariamente implicaría “desigualdad en salud” como efecto lógico de la función residual (E), sustrato individual de salud.

Por último, esa generación de economistas de la salud (BOMMIER; STECKLOV, 2002; COBURN, 2000; DIEDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001; SEN, 1981; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 2000; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 1994) toma ingresos, producción, consumo y otros indicadores económicos como el principal (y tal vez ideal) parámetro para medir las desigualdades en salud en la sociedad. En este aspecto, presentan derivaciones de la función clásica de desigualdad de ingresos, basada en la NSWT de Sen, con importantes limitaciones conceptuales que, desde mi perspectiva, permiten identificar dos falacias: la falacia econocéntrica y la falacia econométrica.

La falacia econocéntrica asume que la esfera de la economía puede ser tomada como referencia dominante de la sociedad y que, por lo tanto, los dispositivos de explicación de la dinámica económica de las sociedades serían adecuados para comprender los procesos y los objetos de conocimiento sobre la salud y la vida social. Aunque tal posición pueda ser relativamente adecuada para economías industriales avanzadas (aquellas del mítico pleno empleo, antes de las actuales crisis del capitalismo), los ingresos no parecen representar una medida válida y plena de acceso al bienestar social y a los recursos de la vida en países pobres (incluyendo la salud). Más allá de la concentración de la riqueza, en sociedades flageladas por la pobreza, el desempleo y la exclusión social, se encuentran activas otras desigualdades derivadas de la categorización social, mediante estructuras y dinámicas propias. (PIKETTY, 2019)

La falacia econométrica implica considerar que los procesos de producción de salud, de relaciones sociales y de mercancías son relativamente isonómicos y que, en consecuencia, las metodologías econométricas serían adecuadas para aprehender variaciones y disparidades en determinantes y efectos sobre la salud en la sociedad. Tal como señalan Kawachi, Subramanian y Almeida Filho (2002), los abordajes dimensionales pueden ser válidos para productos y otros recursos del mercado; sin embargo, los fenómenos de la salud enfermedad cuidado tienen atributos y propiedades de producción, realización y distribución totalmente diferentes (y no reductibles) a los activos económicos.

La refutación de ambas falacias, con base en el argumento de que el abordaje NSW de Sen sería inconsistente con la noción básica de distribución justa o equitativa de la salud, se sustenta en la constatación casi trivial de que la salud no puede ser linealmente producida, acumulada, invertida o redistribuida del mismo modo que los ingresos. De hecho, en el campo de la salud, existen serios impedimentos éticos y políticos para intervenciones de tipo redistributivo. Lo que sería una deuda social de la salud, como veremos más adelante, no puede ser objeto de políticas focales pues, en una concepción ética rigurosa, no se le puede sacar salud a una persona (rica) para darle a otra (pobre).

Pasando por alto las cuestiones conceptuales o incluso estrictamente terminológicas, cruciales para la apreciación rigurosa del tema, esos abordajes economicistas no revelan ninguna preocupación desde el punto de vista epistemológico, teórico o político. Además, las curvas de concentración de las desigualdades en salud o los índices de salud tipo Gini constituyen meras aplicaciones de las medidas de distribución de parámetros individuales, como estatus de salud o capacidad individual de acceso a recursos de salud, sin considerar los efectos agregados en poblaciones o grupos sociales.

Esa discusión fue recientemente retomada por Paula Braveman (2006, 2014) y por Arcaya, Arcaya y Subramanian (2015), quienes convergen en la crítica de cómo las desigualdades en salud han sido comúnmente analizadas, no solo por disparidades entre países, estados y divisiones geográficas, sino también mediante diferenciación de ingresos, estratos sociales y agrupamientos societales, definidos por raza/

etnia, género, educación, ocupación y otros. Los gradientes de salud por recortes de naturaleza social, cultural y política son típicamente reacios al mecanicismo simplificador del pensamiento econométrico y pueden ser comprendidos mejor desde perspectivas sociológicas y antropológicas. En este registro crítico, estos autores (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015; BRAVEMAN, 2006, 2014; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA FILHO, 2002) destacan los méritos de políticas específicas de erradicación de las desigualdades en salud, en comparación con aquellas que buscan elevar el patrón general de salud de una sociedad dada.

No obstante el potencial crítico de cierta anatomía del economismo en salud, cabe aquí reducir el foco y explicitar de modo transparente que debemos abordar el lenguaje como un aspecto crucial para la construcción teórica de las desigualdades en salud, lo que denominaremos como “problemática terminológica”.

## **Problemática terminológica**

Según Samaja (2005b), una buena teoría (válida, comprensiva, efectiva, pertinente, consistente etc.) debe implicar necesariamente claridad y precisión terminológica. Con una mirada crítica, orientada a partir de las epistemologías del sur (SANTOS, 2018, 2019), pretendo aquí mostrar que este no es el caso de la bibliografía sobre las relaciones entre desigualdades y salud. Retomando dos décadas de investigación conceptual (ALMEIDA FILHO et al., 2003; ALMEIDA FILHO, 2004, 2009, 2014; KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA FILHO, 2002; SANTOS, 2019; VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009) quisiera compartir una reflexión crítica centrada en la matriz discursiva de las desigualdades.

Algunas de las contribuciones de los autores analizados pueden ser útiles para establecer una terminología más precisa sobre las desigualdades en salud. Se trata aquí de proponer un marco semántico común, paso inicial para una formulación teórica consistente y rigurosa, imprescindible para viabilizar mejores prácticas de investigación sobre el tema.

En primer lugar, siempre siguiendo a Samaja (2005b), comencemos explicitando una posible definición preliminar (aparentemente simple, desde el punto de vista epistemológico) de objeto de indagación o de conocimiento:

Objeto = concepto + cosa (evento, proceso, fenómeno)

Para alcanzar el grado de claridad y precisión necesario y posible, propongo un recorte más, que intenta formular una respuesta viable a la pregunta de Sen “¿desigualdad de qué?”. La respuesta simple y directa es que nuestro objeto sería “desigualdades en salud”. No abordo la ontología implícita de este objeto particular del conocimiento, por ejemplo, en la pregunta de si la desigualdad en salud constituye una cosa y, por lo tanto, tiene materialidad, o si representa un mero efecto inmaterial. Sin embargo, en la secuencia, pretendo delimitar la estructura discursiva y la dimensión conceptual del objeto desigualdad (como también sus correlativos) como el punto central de este análisis.

Los conceptos son dispositivos lingüísticos que dan sustento al objeto de conocimiento, también definidos como términos en la estructura de un argumento dado. (SAMAJA, 2005b) Desde esta perspectiva, un análisis conceptual implica necesariamente dos aportes: 1) una aproximación al análisis semántico de un caso particular (que explora significados y, por lo tanto, es referencia teórica); 2) una aproximación al análisis de la sintaxis argumentativa de un caso particular (que explora la estructura y, por lo tanto, implicaría una referencia epistemológica). En este momento, no abordaré (2), excepto cuando sea relevante para (1).

Como vimos anteriormente, la cuestión terminológica está presente en los marcos teóricos que fundamentan la corriente principal de estudios sobre equidad, desigualdad y salud, desde Rawls y Sen a los economistas de la salud.

Al considerar el segundo principio de justicia, como aplicación del axioma que designa la “concepción general de justicia como justeza” (*general conception of justice as fairness*), Rawls (1971) demarca conceptualmente la justicia (*justice*) como una categoría institucionalizada de justeza (*fairness*). Por otro lado, no distingue con claridad y rigor

suficientes equidad (*equity*) de igualdad (*equality*), incluso utilizando consistentemente el término desigualdades (siempre *inequalities*, en la obra rawlsiana, y nunca *inequities*) como base nominal para justificar ese principio de justicia. Finalmente, al establecer el “principio de diferencia”, Rawls (1971) utiliza el término *difference* para designar soluciones normativas que toman la distribución compensatoria de bienes y recursos como socialmente correcta y justa. Como vimos, Sen dialoga (y pretende superar) la teoría rawlsiana. Al proponer su débil axioma de equidad, emplea los términos *equity* e *inequality* como referentes de la justicia redistributiva. En su obra específica sobre el tema (FOSTER; SEN, 1997; SEN, 1981, 2002), Sen raramente emplea el término *inequity* como antónimo simétrico de *equity*, excepto en un intrigante fragmento: “The inequity of income inequality in leading to unequal utilities (reflecting the loss of social welfare from inequality of individual utilities associated with inequality of incomes)”. (FOSTER; SEN, 1997, p. 116) En este fragmento, *inequity* se define como “pérdida del bienestar social” y se constituye como una propiedad de “*income inequality*”. Sen tampoco parece distinguir entidades semánticas correlacionadas con el concepto de desigualdad (*inequality*), tomando de modo indistinto las nociones de “diferencia” (*difference*), “diversidad” (*diversity*) y pluralidad (*plurality*) como equivalentes de la variación individual o contraste entre colectivos humanos. En su análisis de la equidad en el espacio económico, frente a otras dimensiones del bienestar social, recorre los términos similitud y diversidad. (SEN, 1992)

En diversos puntos de *On economic inequality* (1981) es posible notar que Sen emplea significantes correlativos al concepto de desigualdades, sin mostrar cierta preocupación por el rigor, la precisión y la consistencia terminológica. Veamos algunos ejemplos:

El hecho básico de la *diversidad* humana [...] *diferimos* no solo en nuestra riqueza heredada, sino también en nuestras características personales [...], nuestra diversidad personal. Además de la *variación* puramente individual (por ejemplo, habilidades, predisposiciones, diferencias físicas), existen también *contrastes* sistemáticos entre grupos. [...] La pluralidad de variables focales

puede hacer una gran *diferencia* precisamente a causa de la *diversidad* de los seres humanos. [...] Tales *diversidades* [son] *diversidades* interpersonales. (SEN, 1981, p. 27-30, nuestra traducción y cursivas añadidas)

Específicamente en lo que se refiere a la bibliografía sobre las relaciones entre desigualdades y salud, es posible verificar la misma falta de precisión y rigor entre los herederos intelectuales de Rawls Sen. Tomemos como elocuente ilustración de esa problemática terminológica la sentencia de apertura del capítulo central de una influyente compilación de textos sobre el tema que, en el pasaje al siglo XXI, pretendió delimitar la discusión teórica de las desigualdades en salud.

Estos importantes hallazgos de la bibliografía sobre determinantes sociales han tenido una gran influencia – y continuarán siendo críticos – para nuestra comprensión de las inequidades en salud [A]. Hay un interés creciente por investigar de forma más explícita las cuestiones complejas sobre la justeza de disparidades en salud [B] – Al pensar sobre cómo distinguir las variaciones en salud [C] de inequidades en salud [A]. Hacer tal distinción en parte implica considerar el factor que causa estos diferenciales en salud [D]. [...] Un análisis preciso de los orígenes sociales de los diferenciales en salud [D], puede revelar puntos de entrada en la política para la acción eficaz para cambiar las inequidades [E]. Este capítulo presenta tal estructura para pensar sobre la base social de las desigualdades en salud [F].<sup>3</sup> (DIEDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001, p. 53, nuestra traducción)

---

3 “These important findings from the social determinants literature have greatly influenced – and will continue to be critical to – our understanding of inequities in health [A]. There is now increasing interest in a more explicit investigation of the complex issues about the fairness of disparities in health [B] – thinking about how to differentiate variations in health [C] from inequities in health [A]. Part of making this distinction entails looking at the factor that cause these differentials in health [D]. [...] An accurate analysis of the social origins of differentials in health [D], therefore, may reveal policy entry points for effective action to redress inequities [E]. This chapter presents one such framework for thinking about the social basis of inequalities in health [F]”.



Veamos en detalle la estructura del argumento lógico de este fragmento tan ilustrativo. En principio, con ayuda de los marcadores introducidos en el cuerpo textual (A, B, ... F), es posible delinear una propuesta de glosario:

- A: iniquidades [*inequities*] en salud
- B: disparidades [*disparities*] en salud
- C: variaciones [*variations*] en salud
- D: diferenciales [*differentials*] en salud
- E: inequidades [*inequities*] en salud
- F: desigualdades [*inequalities*] en salud

Para un análisis de consistencia de las relaciones lógicas postuladas en el argumento, podemos formalizarlo como sistema de proposiciones:

1. A es distinguible de C, por eso se recomienda “pensar cómo diferenciar” uno del otro; en consecuencia,  $A \neq C$ ;
2. B parece ser más general que A y C, pero el texto es ambiguo, dado que D no implica necesariamente un término de un nivel mayor del mismo orden de A y C; así, tal vez  $B \subset (A, C)$ ;
3. A y C son subtipos de D;
4. Si  $D \subset (A, C)$ , consecuentemente, tal vez  $B = D$ . Así, el conocimiento de los orígenes de D puede ayudar a cambiar E;
5. Entonces,  $D \Rightarrow E$ ;
6. A es un caso restringido de E, pues A es “E en la salud”;
7. Por analogía,  $D = F$  y tal vez  $B = D = F$ , pero esto es inconsistente con aceptar que E es un subconjunto de F.

Un breve análisis lógico semántico de la muestra textual evaluada, incluso de escasa extensión, revela importantes problemas, tales como redundancia, inconsistencia, imprecisión y ambigüedad. Este fragmento, ilustrativo de otros ejemplos, es útil para revelar una gran riqueza semántica, tal como lo demuestra la serie de significantes correspondientes a las desigualdades. Por otro lado, tal amplitud y diversidad semántica puede significar simplemente confusión conceptual, indicativa de la problemá-

tica terminológica. La conclusión inmediata y general es que prácticamente todos los estudios de la corriente teórica aquí analizada presentan importantes inconsistencias terminológicas y conceptuales.

Como vimos, influenciadas por las proposiciones de Rawls y Sen, las teorías de justicia que predominan en la bibliografía socio epidemiológica y en abordajes economicistas sobre desigualdades en salud operan a partir de la distinción entre igualdad y equidad. En la medida en que equidad implica un componente estructural de la matriz de valores culturales de la sociedad, hay una evidente equivalencia entre los conceptos de equidad y justicia y, por lo tanto, entre la falta de equidad y la noción de injusticia. A pesar de la insistente referencia a nociones positivas de justicia, justeza y elección social, la problematización teórica y metodológica de los gradientes sociales en salud prioriza la negatividad, operando conceptos de desigualdad y diferencia en lugar de igualdad y equidad. En suma, se estudian las desigualdades y las enfermedades en vez de la equidad en salud. En ese tipo de abordajes, al priorizar los términos de injusticia y enfermedad, tanto la justicia como la salud se sustentan en modos de negación. Tal patrón resulta simétrico y consistente respecto a la definición predominante de la salud como ausencia de enfermedad en el campo de la investigación en salud, tanto individual como colectiva. (ALMEIDA FILHO, 2014)

## **Desigualdades en salud: propuesta de aclaración semántica**

Además de la confusión terminológica, la prolífica bibliografía sobre determinantes sociales de la salud padece de pobreza teórica, en la medida en que raramente explicitan sus fundamentos teóricoconceptuales cruciales para la comprensión del significado de los conceptos relacionados con las desigualdades en los procesos de salud enfermedad cuidado en poblaciones. (ALMEIDA FILHO, 2009; ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015; DIEDERICHSEN; EVANS; WHITEHEAD, 2001; SPINELLI, 2005; WAINWRIGHT; FORBES, 2000) En contraste, desde una perspectiva asumidamente vinculada a las epistemologías del sur, la importante contribución de Jaime Breilh – epidemiólogo ecuatoriano

reconocido como uno de los más importantes teóricos del pensamiento crítico latinoamericano – analiza el significado de las variaciones y las desigualdades en la salud y en la enfermedad, frente a las dimensiones individuales y colectivas, desde un abordaje crítico, riguroso, consistente, y situado históricamente con relación a agendas políticas transformadoras. (BREILH, 1996, 2003, 2013, 2015)

Breilh (1996, 2003) parte del concepto clave diversidad, que correspondería a cualquier variación en características o atributos de una población dada (género, nacionalidad, etnia, generación, cultura etc.). Desigualdad, para este autor, correspondería a evidencias empíricamente observables de la diversidad. Tales conceptos pueden adquirir un sentido positivo en sociedades en las que predominan relaciones solidarias y de cooperación entre géneros y grupos étnicos. Dentro de este referencial, Breilh adopta el neologismo inequidad – que había sido propuesto por Castellanos como traducción directa del término inequity – definiéndolo como categoría analítica opuesta a la equidad, noción que marcaría la solución neoliberal del problema de la distribución de bienes en la sociedad. Para Breilh, la inequidad constituye el lado negativo de la diversidad, manifestándose como vehículo y vector de explotación, subordinación y opresión. El término iniquidad, a su vez, sería sinónimo de injusticia. Las diferencias constituirían la expresión de la diversidad en sociedades solidarias, o de la inequidad entre individuos, en sociedades en las que exista concentración de poder. (BREILH, 1996, 2003)

La distinción entre inequidad e iniquidad propuesta por Breilh (2003, 2013, 2015) pretende demarcar la dimensión compleja de la determinación social de la salud, en la medida en que postula que la distribución desigual de bienes en una sociedad no tendría solo una raíz política directamente referida a la justicia social (iniquidad), sino que estaría sobre determinada estructuralmente (inequidad). Sin embargo, los elementos estructurales y jurídicopolíticos de las desigualdades, tomados casi como dispositivos diagnósticos, aún no abarcan plenamente la complejidad de cuestiones vinculadas a la superación de las alienaciones sociales. De hecho, es preciso considerar los elementos simbólicos referidos a la ética política y a la moral social, expresados en

los sentimientos de indignación y vergüenza que, colectivamente organizados, constituyen el motor de los procesos de transformación radical de las sociedades para la diversidad emancipadora, sustentable y solidaria. (BREILH, 2003)

Antes de proseguir, cabe una consideración preliminar, esencial para la propuesta de articulación semántica de los conceptos de equidad en salud, objeto de esta sección. Propongo incorporar al debate sobre desigualdades en salud el concepto de “distinción”, tal como lo define el sociólogo francés Pierre Bourdieu, en una de sus obras más reconocidas, titulada justamente *La distinction* (1988). Para él, a partir de la interacción entre diferencias, semejanzas, disparidades, igualdades y desigualdades individuales y homogeneidad y diversidad colectivas, en el proceso cotidiano de construcción de subjetividades e identidades, los sujetos y las familias buscan diferenciarse de otros miembros de los grupos sociales y comunitarios a los cuales pertenecen. Para caracterizar ese movimiento de diferenciación, Bourdieu propone el concepto de “estrategias de distinción”, refiriéndose a prácticas culturales vinculadas al estilo y al gusto, entre muchas otras formas de estrategias de reproducción. Consideradas como una parte importante de los sistemas de reconversión de las diversas especies de capital (económico, cultural, social etc.), Bourdieu (1988) define las estrategias de reproducción como el “conjunto de prácticas fenomenalmente muy diferentes, por medio de las cuales los individuos y las familias tienden, de manera consciente o inconsciente, a conservar o a aumentar su patrimonio y, correlativamente, a mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase”. Afirmo, además, que tales prácticas o estrategias de “disposición estética”, “principio de la transformación permanente de los gustos, permiten a las fracciones dominadas, económicamente menos dotadas y por tanto consagradas casi exclusivamente a la apropiación simbólica, asegurarse en cada momento sus posesiones exclusivas”. Nótese que aquí el término “estrategia” se emplea en un sentido distinto al del sentido común y al de la teoría convencional de la acción racional, de gran influencia en Rawls, Sen y sus discípulos.

A partir de la proposición de Bourdieu, por lo tanto, es posible incorporar a la discusión teórica de la salud, diferencias y diversida-

des de tipo cultural que pasaron a ser reconocidas a través de un concepto de sentido pleno designado como “distinción” que, al situarse de forma predominante (pero no exclusivamente) en el plano simbólico, había sido ignorado o aparecía típicamente como mero residuo de la vida social de los seres humanos como, por ejemplo, gustos, estilos de vida, conductas de riesgo e idiosincrasias de base étnicocultural. (GATRELL; POPAY; THOMAS, 2004) Eso implica considerar que, en las series semánticas tomadas como fundamento lingüístico de los conceptos, existe un componente etnológico esencial para comprender la dinámica de las desigualdades, inequidades e iniquidades en salud en la sociedad.

De acuerdo con Braveman (2006, 2014), consideremos axiomáticamente el concepto de “disparidad” como forma general de variaciones o diferencias individuales que cobran expresión colectiva en las sociedades humanas como variedad o diversidad. Las formas particulares del significante “variación” y su derivado “variedad” comprenden justamente los objetos conceptuales del presente ensayo. Algunos de estos conceptos pueden ser articulados en una cadena significativa de pares o díadas, por ejemplo: similitud/diferencia; igualdad/desigualdad; equidad/inequidad. Otras manifestaciones de las disparidades asumen definiciones tan peculiares que se sustentan en positividad propias, y conforman una cadena significativa monádica compuesta por los conceptos diversidad distinción iniquidad. La Tabla 1 presenta los principales significantes pertinentes a esta temática, indicando términos equivalentes en los principales idiomas. (ALMEIDA FILHO, 2009)

Tabla 1 – Equivalencia semántica de términos correlativos al concepto de “desigualdad” en idiomas seleccionados

| PORTUGUÉS       | INGLÉS        | ESPAÑOL        | FRANCÉS       |
|-----------------|---------------|----------------|---------------|
| Varição         | Variation     | Variación      | Variation     |
| Variância       | Variance      | Varianza       | Variance      |
| Invariância     | Invariance    | Invariancia    | Invariance    |
| Variiedade      | Variety       | Variedad       | Variété       |
| Diversidade     | Diversity     | Diversidad     | Diversité     |
| Unidade         | Unity         | Unidad         | Unité         |
| Diferença       | Difference    | Diferencia     | Différence    |
| Semelhança      | Similarity    | Similitud      | Similitude    |
| Disparidade     | Disparity     | Disparidad     | Disparité     |
| Paridade        | Parity        | Paridad        | Parité        |
| Desigualdade    | Inequality    | Desigualdad    | Inégalité     |
| Igualdade       | Equality      | Igualdad       | Égalité       |
| Distinção       | Distinction   | Distinción     | Distinction   |
| Vulgaridade     | Commonness    | Vulgaridad     | Vulgarité     |
| Heterogeneidade | Heterogeneity | Heterogeneidad | Heterogénéité |
| Homogeneidade   | Homogeneity   | Homogeneidad   | Homogénéité   |
| Pluralidade     | Plurality     | Pluralidad     | Pluralité     |
| Singularidade   | Singularity   | Singularidad   | Singularité   |
| Equidade        | Equity        | Equidad        | Équité        |
| Iniquidade      |               | Iniquidad      | Iniquité      |
| Inequidade      | Inequity      | Inequidad      |               |

Fuente: elaboración propia.

Como ejercicio argumentativo, articulemos dos series semánticas, seleccionando sus respectivos significantes claves. La variación natural o genética – que se expresa en diferencias individuales provenientes de la interacción entre procesos sociales y biológicos – genera diversidad en espacios colectivos sociales y desigualdades en poblaciones humanas. Por otro lado, las relaciones sociales de dominación, los procesos políticos perversos y las políticas de gobierno promueven desigualdades relacionadas con los ingresos, la educación y el origen social, es decir, inequidades concernientes a la injusticia social estructuralmente vinculada al modo de producción capitalista. Algunas de esas desigualdades, además de injustas, son inicuas y, por lo tanto, moralmente inaceptables, dado que constituyen iniquidades que generan indignación y, potencialmente, compromiso personal y social. En paralelo, en los planos simbólico culturales, al construir identidades sociales fundadas en la interacción entre diferencias individuales y patrones colectivos, la mayoría de las veces a través de mecanismos no conscientes, en el plano del *habitus*, los seres humanos afirman su distinción de otros como miembros de segmentos, grupos y clases sociales. (GATRELL; POPAY; THOMAS, 2004)

Ampliando y revisando un glosario pertinente a esa cadena argumentativa, propuesto a partir de analizar la problemática teórica de la determinación social de la salud mencionada en la introducción (1), podemos plantear las siguientes definiciones:

- Diversidad: variación de las características (género, afiliación étnica, matriz cultural, nacionalidad, generación) de los miembros de una colectividad o población. Así, mientras biodiversidad es la propiedad de un territorio dado, etnodiversidad puede ser atributo de una nación y, epistemodiversidad, de un contexto histórico dado. Sin embargo, por definición y respetando las estructuras lingüísticas pertinentes, semánticamente no tiene sentido atribuir diversidad a sujetos individuales;
- Diferencia: expresión individual de efectos de la diversidad y/o desigualdad en sujetos considerados de forma aislada. Más allá de que surjan frecuentemente diferencias biológicas como varia-

ciones naturales o genéticas, se manifiestan mediante complejas relaciones entre procesos sociales y biológicos en los sujetos individuales. Equivaldría, grosso modo, al concepto de endowment de Rawls. Las diferencias pueden determinar efectos en indicadores de ocurrencia acumulativa en colectividades, como medidas epidemiológicas de riesgo;

- **Distinción:** atributo relacional, interpersonal, que no forma parte de diferencias naturales ni se condice con las desigualdades sociales resultantes de políticas desiguales. La búsqueda de la distinción es una práctica cultural cotidiana de los agentes sociales, organizados colectivamente o no en la producción social y simbólica de sentidos, mediante la expresión, la creación y el cultivo de gustos y estilos productores de identidades;
- **Desigualdad:** diferenciación dimensional o variación cuantitativa en colectividades o poblaciones. Puede expresarse a través de indicadores demográficos o epidemiológicos (en el campo de la salud), como “evidencia empírica de diferencias”. En este caso, puede constituir una capability, en el sentido de Sen, sin que necesariamente se corresponda con las consecuencias de injusticias, como es el caso de la noción de salud social como efecto de múltiples determinaciones;
- **Inequidad:** denota disparidades evitables e injustas, expresa desigualdades innecesarias e indeseables desde el punto de vista político, en poblaciones humanas y sus colectivos. Se trata de un neologismo de inequity, en una acepción convergente (pero no equivalente) al sentido propuesto por Breilh (1996). Aquí significa lo opuesto a equidad, o sea, ausencia de justicia en lo referente a políticas distributivas sociales y de salud;
- **Iniquidad:** corresponde a inequidades que, además de evitables e injustas, son indignas, vergonzosas, que son el resultado de la opresión social (segregación, discriminación, persecución) en presencia de diversidad, desigualdad, diferencia o distinción. Se trata de una ausencia extrema de equidad, derivada del efecto de estructuras sociales perversas y del ejercicio de políticas inicuas,



generadores de desigualdades sociales ética, moral y políticamente inaceptables.

En suma, y retomando la idea de Sen de cuasi ordenamiento en espacios o dimensiones simultáneas, se consideran los fenómenos de disparidad social en planos o campos distintos, en los que el concepto de “diversidad” remite primordialmente a la especie; “diferencia”, al plano individual; “desigualdad”, a la esfera económicosocial; “inequidad”, al campo de la justicia; “iniquidad”, al campo político; y “distinción”, al simbólico.

Apliquemos esta serie semántica a la cuestión general de las disparidades en salud:

Primero, las desigualdades (variación cuantitativa en colectividades o poblaciones) pueden ser expresadas por indicadores demográficos o epidemiológicos (en el campo de la salud) como “evidencia empírica de diferencias”, en lo que se refiere al estado de salud y al acceso o uso de recursos asistenciales. Segundo, las desigualdades en salud, determinadas por diferencias relacionadas con los ingresos, la educación, la clase social y otros factores, en la medida en que adquieren sentido en el campo político como resultantes de conflictos vinculados a la distribución de la riqueza en la sociedad, deben ser consideradas como producto de la injusticia social y, por lo tanto, como inequidades en salud. Tercero, las inequidades en salud que, además de evitables e injustas, resultan a vergonzantes, inmorales, indignas, agreden nuestros principios éticos y valores políticos y despiertan sentimientos de aversión y disgusto, conforman iniquidades en salud.

Sin duda, las dimensiones políticas de las desigualdades en salud constituyen una cuestión fundamental, incluso para las propuestas teóricas oriundas del liberalismo. En una cuidadosa revisión de la primera ola de análisis que generó la teoría Rawls-Sen-Whitehead, Spinelli (2005) comenta que

la lógica del bienestar deja de estar relacionada de manera unívoca con la incorporación de bienes, para centrarse en la búsqueda de condiciones que permitan a los sujetos individuales y/o colectivos potenciar sus capacidades de realización.

Como avance conceptual, propone superar tanto la perspectiva individualista y fragmentaria de la salud como efecto de capabilities, como la noción solo técnica y operacional de evitabilidad, en lo que se refiere a las inequidades en salud. Dentro de esa perspectiva crítica, distinguir inequidad de iniquidad no constituye un mero ejercicio semántico. Significa introducir, en el proceso de teorización, presuntamente neutro e impersonal, elementos de indignación personal y moral.

Por lo tanto, tomar como referencia solo la cuestión de la equidad (y de su opuesto, la inequidad) en la esfera nominal de la justicia, como si la inequidad se determinara en el campo de la voluntad, como mero problema de libre elección de sujetos, por supuesto, libres, parece insuficiente respecto del tema de la dignidad humana. (HELLER, 1988; SANTOS, 2007) La protección de los derechos básicos de una persona que cometió un crimen o la garantía de las prerrogativas jurídicas de una persona sospechada de corrupción es ciertamente una cuestión de equidad y, su supresión o negación, una inequidad, puesto que evoca el fundamento democrático de justicia igual para todos. Sin embargo, la mortalidad infantil por desnutrición en un país exportador de alimentos, los episodios de agresión homofóbica o de femicidio, la negación de cuidado urgente por razones mercantilistas o una mutilación producto de violencia racial o de intolerancia religiosa conforman elocuentes ejemplos de iniquidad en salud.

## Fundamentos teóricos sobre desigualdades en salud

A partir de esa propuesta de solución de la problemática terminológica, podemos señalar algunas cuestiones epistemológicas, conceptuales y metodológicas capaces de alimentar un debate sobre modelos teóricos que, en este momento de crisis y transiciones, requiere ser ampliado y profundizado. Entre muchos aspectos teóricos pertinentes, nos preguntamos ¿cuáles son los fundamentos de la desigualdad, la inequidad y la iniquidad en salud? ¿Cómo abordar, de un modo conceptualmente consistente y metodológicamente riguroso, tales cuestiones? ¿Cómo operan

la opresión y la injusticia en la promoción y persistencia de las iniquidades en salud en el plano concreto del cotidiano social?

Un primer paso consiste en intentar comprender el papel de las desigualdades sociales en la producción de enfermedad, morbilidad y mortalidad, tanto como salud, calidad y extensión de la vida humana. En este sentido, es imperativo abordar la cuestión de Sen –“¿desigualdad de qué?” (estados, procesos, eventos) –, lo que implica, ante todo, acción, forma, dinámica y actuación de las fuerzas políticas y de las jerarquías sociales. Un segundo paso será, ciertamente, la búsqueda de alternativas en el plano de la articulación teóricometodológica, a fin de explorar y evaluar en cuál nivel de abstracción operan mejor los conceptos de desigualdades en salud y sus conceptos conexos. (ALMEIDA FILHO, 2009; BREILH, 2013; SPINELLI, 2005; VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO 2009)

La pregunta de base sería: ¿dónde (en el sentido de espacio social y político) actúan los determinantes sociales de la salud? En primer lugar, en la dimensión poblacional, que abarca los niveles individual y colectivo, en los que se destacan las amplitudes territoriales (municipio, estado, país). En segundo lugar, en la dimensión social, micro (familia, grupo de pares, etc.) y macrosocial (estratos, clase social, etc.). En tercer lugar, en la dimensión simbólico cultural, que opera recortes étnicoculturales (subculturas, grupos étnicos etc.) y de identidad de género.

Metodológicamente, esa cuestión requiere el desarrollo de indicadores de segundo nivel para evaluar correlaciones con heterogeneidades o diferencias intragrupalas. En el plano específico de la construcción metodológica, ¿qué orden de determinantes sería pertinente para comprender la génesis y los efectos de las iniquidades en salud? Con antelación, es necesario establecer las fuentes y los orígenes de las desigualdades de modo distinto, pero complementario, a la aproximación necesaria a los temas de la naturaleza y los componentes de las desigualdades sociales en salud, desde el punto de vista de su mensuración. (ASADA, 2005; BRAVEMAN, 2006; WAGSTAFF; VAN DOORSLAER, 1994) Primero, las fuentes de iniquidad en salud, desde la diferencia, serían generación, género, herencia familiar y etnicidad. En segundo lugar, desde la distinción, serían religión, comunidad, comportamiento y *habitus*. En tercer

lugar, desde el ángulo de la desigualdad, serían ocupación, educación, ingresos, riqueza y poder.

Dentro de este esquema, se pueden mencionar algunos componentes de la cadena determinante de las desigualdades en salud: disponibilidad de recursos sociales (ingresos, poder, etc.); diversidad de modos de vida; desigualdades en salud; acceso diferenciado; y segregación del sistema de cuidado a la salud. En lo concerniente a los dos últimos ítems citados, una ampliación pertinente, aunque parcial, del alcance de ese campo de indagaciones nos llevaría a hablar no solo de enfermedad, sufrimiento y muerte, sino también de vulnerabilidad y riesgo. (AYRES, 1997; AYRES et al., 2009) El referencial de las desigualdades sociales en salud debe incorporar la idea de vulnerabilidad social como uno de sus focos, agregando categorías relacionadas, definidas de acuerdo con el plano de realidad considerado, como las nociones de fragilidad, vulnerabilidad, susceptibilidad y debilidad. (ALMEIDA FILHO, 2014)

En tercer lugar, como segmentación de ese plano de articulación, es imprescindible investigar los efectos de las desigualdades sociales en el modo de vida, en el estilo de vida y en la calidad de vida relativa a la salud de los sujetos, mediante procesos de producción social de salud-enfermedad-cuidado. La demanda conceptual de ese desafiante programa de investigación implica la construcción y validación de modelos explicativos de los procesos históricos y sociales que definan las desigualdades como objeto de conocimiento, y que tengan como referencia las teorías críticas de equidad y justicia en contextos democráticos como, por ejemplo, las obras de Habermas (2003) y de Boaventura de Sousa Santos (2007, 2018, 2019) En el plano específico, podemos recorrer la teorías de la sociedad y de la política que abordan la regulación jurídica de las prácticas de los sujetos concretos en el espacio social, en especial, la contribución de la filósofa húngara Agnes Heller (1988).

En *Além da justiça* (1988), un magistral análisis de las formas jurídicas estructurantes de la sociedad occidental contemporánea, Heller (1988) hace una crítica directa a la teoría de la justicia de Rawls y sus bifurcaciones. El foco de esa crítica está claramente establecido: “determinar si la realización del valor universal de ‘igualdad en las oportunidades de la vida’ presupone igualdad distributiva o alguna forma de desigual-

dad distributiva”. (HELLER, 1988, p. 304) Para esta autora, la cuestión de los orígenes de la equidad y de la desigualdad en la estructura actual de dominación, identificada en conceptos como propiedad, capital, lucro y trabajo, constituye un punto ciego de la visión liberal, dado que “Rawls y sus seguidores no argumentan sobre los aspectos empíricos del Estado de bienestar democrático moderno”. (HELLER, 1988, p. 261) Por eso, concluye Heller, que el “principio de diferencia” de Rawls no tiene ningún sustento, incluso “en el contexto de un Estado de bienestar radical”. (HELLER, 1988, p. 263)

Heller (1988, p. 261) derriba la tesis de que, en la sociedad contemporánea (occidental), el mérito corresponde al talento, lo que justificaría moralmente mayor lucro, ingresos y riqueza a una elite económica, intelectual y política, al afirmar que

La tesis inicial de este argumento es completamente falsa. [...] ¿Podemos creer seriamente que, incluso en circunstancias imaginarias, a las personas se les paga de acuerdo con sus talentos generales? Es sabiduría común que cada persona nace con incontables dones. Cuáles de estos se tornan ‘talentos’, depende tanto de la ‘lotería social’ como de la ‘genética’. Somos lanzados en un mundo particular por accidente, y nos tornamos lo que somos al lidiar tanto con aprioris ‘sociales’ como ‘genéticos’ de nuestra existencia.

Si buscamos extraer de su argumentación una propuesta concreta, podríamos decir que Heller propone un “concepto éticopolítico incompleto de justicia”, capaz de establecer “una base normativa común para diferentes modos de vida”. (HELLER, 1988, p. 155) Sin embargo, esa base normativa requeriría asumir un carácter más éticopolítico y menos moral, en la medida en que las normas morales, por definición, son opresivas, pues reprimen instintos y deseos, despojan personas de su autonomía; son agentes de dominación política, económica y sexual (HELLER, 1988) En su crítica, Heller deconstruye elementos centrales de las justificaciones de modelos de redistribución de ingresos, en general, políticas compensatorias estatales de promoción de equidad redistributiva, mediante el acceso a servicios públicos que garantizan los

derechos humanos individuales (salud, educación etc.), como una forma de atenuar las desigualdades económicas y sociales, generadas por las diferencias (inevitables, dirían Rawls, Sen y otros) de mérito y talento, en el contexto de un modo de producción que se viabiliza justamente por ser explotador, concentrador, injusto y excluyente.

En síntesis, se trata de la necesidad de comprender las relaciones entre “modo de vida” y salud (ALMEIDA FILHO, 2004; SPINELLI, 2005), aprovechando concepciones no dimensionales como, por ejemplo, la idea de iniquidad y el concepto de habitus de Bourdieu. (GATRELL; POPAY; THOMAS, 2004) En términos de Mario Testa (1997), esto significa sumergirse – desde un punto de vista etnográfico – en la cotidianidad, para focalizar en las prácticas de la vida cotidiana y, dentro de ellas, el efecto local de la distribución desigual de los determinantes sociales de la salud y su impacto sobre procesos generales de determinación de la salud enfermedad cuidado.

## **Modelo sintético de desigualdades en salud**

En 2005, la OMS creó una comisión independiente de expertos, presidida por Sir Michael Marmot (2005), con el objetivo de sistematizar el conocimiento científico sobre “determinantes sociales: pobreza, desigualdad y las causas de las causas”, en términos de morbilidad y mortalidad. El informe final de la comisión se dirigía a los gobiernos, las agencias internacionales y las Organizaciones No Gubernamental (ONG), con la ambición de desencadenar una acción global para promover criterios de salud social, a fin de intervenir en los determinantes de las desigualdades en salud. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) Se presentó un modelo explicativo que diferencia dos tipos de determinantes sociales de la salud: determinantes estructurales y determinantes intermedios. Los determinantes estructurales se refieren a la estratificación social definida por el estatus socioeconómico individual, que produce riesgos diferenciales a la salud de acuerdo con su origen social, posición en la jerarquía del poder y del acceso a los recursos económicos. Los determinantes sociales intermedios incluyen las condiciones y los factores que comprometen la

salud, clasificados en bloques: circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, estilo de vida, y acceso a los sistemas de salud.

Las circunstancias materiales están vinculadas al ambiente físico (vivienda, consumo, trabajo, vecindario), mientras las circunstancias psicosociales se relacionan con experiencias individuales y situaciones estresantes, que incluyen la falta de apoyo social. El estilo de vida comprende variables comportamentales, como nutrición, actividad física, tabaquismo y abuso de alcohol. Además de estos, el acceso a los sistemas públicos de salud es reconocido como un determinante social de salud importante, en el sentido de que puede reducir riesgos y vulnerabilidades y garantizar cuidados, por lo que mejora los pronósticos y la recuperación de casos. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008)

Aunque el informe reconozca que “la injusticia social está matando personas a gran escala” y reafirme la necesidad de intervenir en todos los determinantes de todas las áreas, “tanto para eliminar las desigualdades estructurales como para alcanzar un bienestar más inmediato” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p. 34), la insistencia en tratar determinantes sociales de la salud como entidades separadas en compartimentos estancos tuvo dos consecuencias. Por un lado, los principios, los valores y las recomendaciones de esa iniciativa se incorporaron de inmediato a las políticas y los programas sociales en varios Estados de bienestar social como, por ejemplo, Canadá y Australia. (RAPHAEL, 2012) Por otro lado, en esa estrategia, las desigualdades sociales se incluyeron como un único componente adicionado a una extensa lista de determinantes sociales de la salud (junto con educación, género, desempleo, exclusión social, condiciones de trabajo, desarrollo infantil, inseguridad alimentaria, vivienda, seguridad social, raza, etnia y otros), omitiendo los elementos estructurales y las raíces políticas de los procesos sociales cruciales para la capacidad heurística de las teorías de la producción social de enfermedades o de determinación social de la salud, más allá de la referencia meramente retórica a las “causas de las causas de las causas” de las desigualdades en salud. (BORDE; HERNÁNDEZ, 2019; BRAVEMAN; EGERTER; WILLIAMS, 2011; BRAVEMAN; GOTTLIEB, 2014; KRIEGER et al., 2010; ROCHA; DAVID, 2015)

El análisis de los principios de equidad, en sus diversas vertientes, lleva a cuestionar el discurso tecnocrático (economicista) con relación al tema de las desigualdades en salud, como uno más de los determinantes sociales de la salud. Eso se basa en la constatación, casi trivial, de que la salud no se puede producir, almacenar, invertir, redistribuir linealmente del mismo modo que los ingresos o la riqueza. De hecho, en el campo de la salud hay serios impedimentos éticos y políticos para las intervenciones redistributivas. Las desigualdades en salud no pueden ser objeto de políticas distributivas focales pues, desde una perspectiva ética rigurosa, la salud no puede ser parte de las “Robin Hood policies” (FRANKO; TOLBERT; WITKO, 2013), recomendables para la redistribución de riquezas e ingresos mediante recaudación compulsiva (por vía tributaria) de recursos financieros de los más ricos y puestos a disposición de los más pobres por medio de subsidios, exenciones, prestación de servicios gratuitos o políticas públicas compensatorias.

Por lo tanto, cabe retomar el cuestionamiento de Krieger (2001), destacado en la introducción de este ensayo, que refería a la persistencia de lagunas, omisiones y sesgos en las teorías sobre determinantes de la salud en el discurso dominante que es representativo de las epistemologías del norte global, particularmente en el tema de las desigualdades sociales en salud. La propia Nancy Krieger tomó la iniciativa de organizar en la Universidad de Harvard, en 2010 (KRIEGER, 2010), un workshop con investigadores estadounidenses y latinoamericanos interesados en el asunto, cuyo foco eran las teorías de determinación social de la salud, reconociendo así, como otros autores (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015; ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2007; BORDE; HERNÁNDEZ, 2019; KRIEGER, 2011; PEARCE, 2008; WAITZKIN, 2001), el avance de la reflexión teórica sobre ese tema en la epidemiología social de América Latina. De hecho, Jaime Breilh (1996, 2003, 2013, 2015), Cristina Laurell (1982, 1989), Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017), Pedro Luis Castellanos (1997a, 1997b) y otros autores latinoamericanos desarrollaron modelos teóricos de gran potencial heurístico, tomando las desigualdades en salud como un objeto de conocimiento capaz de explicar las complejas relaciones que producen pobreza o privaciones, desigualdades e inequidades en salud. En general, esas teorías abordan las raíces de las



desigualdades sociales y producen modelos de gran utilidad para la investigación social en salud, que operan en un nivel más alto de abstracción. (ALMEIDA FILHO, 2004, 2009; BORDE; HERNÁNDEZ, 2019; ROCHA; DAVID, 2015) Por esa razón, reducen su poder explicativo al abordar la realidad concreta, y dejan menos espacio al trabajo metodológico necesario para generar hipótesis más precisas, listas para ser contrastadas empíricamente, mediante una práctica científica rigurosa y competente.

En este sentido, la contribución de Castellanos (1997a, 1977b), en su colaboración con Samaja, nos permite problematizar el tema de las desigualdades sanitarias a nivel pragmático formal, basado en el concepto operativo de “situación de salud”. Las situaciones de salud en territorios concretos son “expresión de las diferentes condiciones de vida y de trabajo”, y necesariamente forman parte del contrato social que, en las sociedades modernas, definen como

responsabilidad del Estado propiciar las respuestas sociales necesarias y posibles, reducir la inequidad en los recursos económicos, las condiciones de vida, el estado de salud y el acceso a sistemas, programas y servicios de salud (CASTELLANOS, 1997b, p. 137), sin embargo, para este autor.

No toda diferencia en la situación de salud de las poblaciones puede ser considerada una inequidad. Pero toda diferencia o brecha reducible vinculada a diferentes condiciones de vida, constituye una inequidad.

En este programa teórico (CASTELLANOS, 1997a), para modelar el proceso de transformación de las desigualdades sociales en inequidades en salud e introducir más precisión en la construcción conceptual, se debe descomponer la situación de salud – tomada como elemento sistémico – en “estado de salud” y “cuidados de salud”. El estado de salud es el resultado de los procesos de transformación de la estructura epidemiológica de una población dada. A su vez, los cuidados de salud son producto de un complejo sistema de respuesta social, que expresa el juego de acciones, servicios y tecnologías involucradas en las prácticas sociales de cuidar, tratar, sanar y curar. Mientras el cuidado de la salud implica un proceso, el estado de salud indica un outcome.



Matemáticamente, esa relación puede expresarse, en su versión más sencilla, en el siguiente sistema de ecuaciones:

$$\begin{aligned} ES &= \alpha + b_1 (RS) + b_2 (CV) + b_3 (CS) + b_n (X_n) \\ CS &= \alpha + b_1 (RS) + b_2 (CV) + b_n (X_n) \\ CV &= \alpha + b_1 (RS) + b_n (X_n) \end{aligned}$$

Como hemos visto, debemos delimitar la diferencia entre inequidad y pobreza. (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA FILHO, 2002) La inequidad se refiere a una distribución relativa de recursos y bienes e indica una comparación esencialmente entre aquellos que pueden permitirse demasiados lujos y aquellos que obtienen menos recursos sociales. La pobreza es una cuestión de escasez o supresión y significa falta de disponibilidad o acceso a recursos o bienes. Mientras la inequidad puede ser expresada por medidas relativas como proporciones o gradientes, la pobreza es absoluta y se representa como índices o promedios basados en los umbrales en una escala dada, expresada por proporciones (ASADA, 2005; BRAVEMAN, 2006) Esta distinción influye directamente en la definición de indicadores para los propósitos de la investigación.

Tomemos la Figura 1 como un “modelo de pobreza”: la reducción o carencia de recursos sociales ( $\downarrow$ RS) (políticos, económicos, microculturales) es determinante de privaciones en las condiciones de vida ( $\downarrow$ CV), de cuidados de salud precarios ( $\downarrow$ CS) y de un pobre estado de salud ( $\downarrow$ ES). Las condiciones de vida empeoradas promocionan baja efectividad y accesibilidad a los cuidados de salud ( $\downarrow$ CS) y producen, en forma directa, condiciones de enfermedad. Los cuidados de salud de pobre calidad ( $\downarrow$ CS) también influyen negativamente en el estado de salud global ( $\downarrow$ ES). Una formalización provisional de estas interacciones puede ser representada por un modelo de función generalizada de privación, como el siguiente:

$$\text{Modelo 1: } IES = f_{\text{priv}}(CS + CV + RS)$$

Tomemos ahora la Figura 1 como un “modelo de desigualdades”. En ese caso, podríamos considerar cada elemento de la figura no como un lugar donde algo está reducido o falta, sino como una situación o un sistema

que padece distribución desigual e injusta de recursos, condiciones, servicios y valores. En otras palabras, las desigualdades sociales (debido a la estructura de clase que opera a través de los procesos de reproducción social, como en el modelo de determinación social de Breilh) (BREILH, 2003, 2013), puede llevar a la inequidad en condiciones de vida (vivienda, nutrición, educación, exposiciones comportamentales y medioambientales) y en cuidados de salud (accesibilidad y efectividad).

La inequidad en las condiciones de vida (ICV) también puede producir inequidad en cuidados de salud (ICS), debido al escaso acceso y baja calidad en la provisión de cuidados de salud para las personas con menos recursos económicos. La ICV puede determinar la inequidad en el estado de salud (IES), por exposiciones y riesgos aumentados debido al fracaso de mecanismos de prevención de enfermedades o protección de la salud. A su vez, la ICS también fracasa en el sistema de provisión de salud, con una capacidad más reducida de tratamiento y recuperación de casos individuales, lo que disminuye el estado de salud de la población. La línea punteada IRSIES representa una posible senda determinante directa que podría corresponder al fracaso de políticas de promoción de salud y podría ser un efecto residual del sistema de determinación.

En este caso, como supuesto fundamental y siguiendo a Sen (1992), se podría decir que la inequidad en un espacio o nivel causa inequidades e iniquidades en los otros espacios, dimensiones o elementos del sistema social de salud. Por consiguiente, nosotros podemos formalizar un modelo generalizado de función de inequidad, como el siguiente:

$$\text{Modelo 2: IES} = \text{finq (ICS + ICV + IRS)}$$

Sin embargo, la pobreza y la inequidad están íntimamente entrelazadas y el establecimiento de funciones distintas para cualquier tipo de suspensión e inequidad es solo una estrategia de simplificación analítica. La privación social lleva a la inequidad en las condiciones de vida (CV) y en los cuidados de salud (CS), de tal modo que puede producir pobres condiciones de vida CV y un peor estado de salud (ES). Sin embargo, nuestro enfoque debe centrarse en la inequidad y no en la pobreza. Para derivar estimaciones de un “efecto directo de inequidad” necesitamos

excluir tanto los efectos indirectos de inequidad como los efectos directos de privación. Esto implica modelar la siguiente ecuación de los efectos residuales y directos de la inequidad:

$$\text{Efecto de inequidad} = \text{finq} - \text{fpriv}$$

El énfasis en la inequidad se justifica, en primer lugar, porque la noción de pobreza no es capaz de generar, en forma aislada, un modelo realmente eficaz para ayudar a entender y transformar la situación de inequidad en salud, a pesar de su uso extendido como un acercamiento pseudoteórico que sigue prevaleciendo en la mayoría de los países. En segundo lugar, porque incluso aceptar que pobreza o privación económica puede vincularse a condiciones de vida alteradas y acceso reducido y precario a cuidados de salud, no significa determinación directa de la pobreza sobre la inequidad en condiciones de vida y en la situación de salud en su conjunto. Ciertos contextos precarios de salud se definen, entonces, como un estado de salud que provee indicadores descriptivos por debajo de una línea mínima de salud. De manera equivalente, los cuidados precarios de salud – que expresan una provisión de servicios de salud por debajo de un cierto umbral de cantidad o calidad de atención– no son equivalentes a inequidad en los cuidados de salud, lo que implica diferencia e injusticia en el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA FILHO, 2002)

Además, un enfoque de pobreza o privación inevitablemente reforzaría la ilusión de que, para la salud, al igual que para cualquier necesidad social, la solución sería aumentar los recursos y no una mayor justicia en la distribución de poder y riqueza entre los grupos sociales. Desde esa posición, la salud es un mero bien, sujeto a las reglas de planificación económica, producción y consumo en un mercado imperfecto. Hay que considerar la salud cada vez más como un valor y como un derecho humano, un problema de justicia social y de acción política, y no como un fenómeno biológico natural.

El juego de definiciones y conjeturas (y sus derivaciones) y el modelo presentado pueden verse como un esfuerzo para clarificar la caja negra “configuraciones del riesgo/procesos salud-enfermedad-cuidado” a la

que se referían los autores citados. (BREILH, 2003, 2013; CASTELLANOS, 1997a, 1997b; LAURELL, 1982, 1989) En este sentido, se reconoce como urgente el modelado simple (*low level*) para habilitar aplicaciones epidemiológicas directas (y quizás más convencionales) de los marcos teóricos complejos (*higher level*) sobre los determinantes de inequidad social e inequidades en salud, como factores que condicionan la situación de salud y los aparatos institucionales de cuidado. (BORDE; HERNÁNDEZ, 2019) En síntesis, hemos asumido el desafío de una construcción conceptual complementaria a otras propuestas, para ensamblar el formidable arsenal metodológico de la epidemiología con su potencial de transformación de la realidad sanitaria, para la producción local de ciencia en el campo de la Salud Colectiva. (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2007; ASADA, 2005; BORDE; HERNÁNDEZ, 2019; BREILH, 2003, 2013; ROCHA; DAVID, 2015)

## Nuevas formas de desigualdad en salud

En las teorías del bienestar social (RAWLS, 2001; SEN, 1992), la economía, la sociedad y el Estado tendrían como objetivo mejorar la vida de los seres humanos. Bajo este referencial, el *welfare state* idealmente estaría configurado como un dispositivo institucional concebido para la estabilidad política, la seguridad pública, la administración de justicia y la regulación de los mercados, garantizando los derechos civiles, y promoviendo el bien común y la equidad en las sociedades democráticas. (HABERMAS, 2003; HELLER, 1998) Las desigualdades económicas y sociales serían, al menos como retórica, subproductos indeseables de la crisis e imprevistos del sistema productivo, a ser superadas por el desarrollo económico, social y humano de los países y por la acción mediadora y, al extremo, intervencionista del Estado, mediante políticas públicas promotoras de equidad, que amplíen la garantía de los derechos y focalicen la distribución de los beneficios en los segmentos sociales menos privilegiados. (PIKETTY, 2019)

En este enfoque, desde el plano supranacional, para reducir las desigualdades en el desarrollo humano – incluyendo la salud –, y asociadas a determinantes económicos, sociales y políticos, los organismos inter-

nacionales recomendaron el establecimiento de metas estratégicas (por ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas) (UN MILLENNIUM PROJECT, 2005) para orientar programas multilaterales de inversión. En este contexto, las nociones instrumentales como “brechas de salud” (CASTELLANOS, 1997a), “carga global de enfermedad” (MURRAY; LOPEZ, 1996) y “deuda social de la salud” (VASCONCELLOS, 1998) alcanzaron notoriedad en la última década del siglo pasado, con algún grado de convergencia e incluso de articulación con el tema de las inequidades en salud. Mientras haya personas más expuestas que otras a factores de riesgos ambientales, habitacionales, ocupacionales y comportamentales, y por razones económicas, sociales y políticas, tengan menor acceso a recursos sociales de promoción, protección y recuperación de la salud, habrá inequidades y, por lo tanto, brecha (*gap*) en la situación de salud o carga (*burden*) desigual de enfermedad. La noción de deuda social, sin embargo, merece un análisis más detallado porque se refiere directamente a la cuestión de las inequidades en salud.

En la teoría del welfare state, desde la corriente Rawls-Sen, la existencia de sujetos que, por razones económicas o políticas no pueden beneficiarse de políticas públicas demandadas por la sociedad y gestionadas por el Estado, denunciaría una deuda social y política pendiente a ser superada o erradicada. En Brasil, esa retórica está presente desde la transición democrática y la Nueva República, como una respuesta tecnocrática a las críticas de que un modelo de desarrollo basado en endeudamiento externo y concentración de ingresos produce pobreza y desigualdades sociales. Para este discurso, la noción de “deuda social” se justifica “en el presupuesto ético de que cada ciudadano debería tener sus necesidades básicas mínimamente garantizadas; [...] en forma similar a la deuda pública, que sería una deuda de la sociedad con ella misma”. (NERY, 2002, p. 38) En realidad, lo que este enfoque denomina “deuda social” se refiere al conjunto de desigualdades estructurales de la sociedad que determina un compromiso histórico, en muchos casos postergado, pero siempre previsto en las garantías de equidad y justicia de los derechos fundamentales de la persona humana. La deuda social sería, por lo tanto, desigualdades sociales que se tornan inequidades, en el sentido de una forma peculiar entre las inequidades (definidas como evita-

bles, en la lógica redistributiva) reveladas como efectos perversos de una dinámica sociohistórica fundada en explotación, exclusión y opresión.

Solo se puede hablar de deuda social desde esa perspectiva idealizada en la que el Estado y la sociedad son responsables del bienestar de todos los ciudadanos de un país, un utópico o mítico *welfare state*, en un plano meramente operativo, restringido a objetos específicos. En el campo de la salud, la deuda social o deuda sanitaria (VASCONCELLOS, 1998) puede referirse tanto a la distribución desigual de riesgos, en el sentido epidemiológico, como al acceso desigual a los sistemas de asistencia a la salud, con programas efectivos, tecnologías eficaces y disponibles, y prácticas de cuidados de salud realizadas con la mayor calidad humana posible, lo que debe ser garantizado como derecho a todos los miembros de una sociedad dada. Desde esta perspectiva, la deuda social de la salud no podría ser renegociada, pues los plazos que cuestan vidas humanas no pueden ser ampliados. Tampoco sería objeto de auditoría, moratoria o denuncia, simplemente porque implica un problema estructural cuya superación implica un compromiso político, social y moral.

Como estrategia analítica para una mejor comprensión de esta cuestión, propongo descomponer el concepto de equidad a sus formas elementales, respetando la especificidad de su aplicación en el campo de la salud. En este sentido, solo a los efectos de la argumentación, consideremos que, tanto en el ideal rawlseniano de un Estado de bienestar social democrático y eficiente como dispositivo redistributivo (RAWLS, 2001; SEN, 1992), como en las utopías socialistas de una sociedad igualitaria, justa y solidaria (HELLER, 1998; SANTOS, 2007), la equidad en salud se traduciría en cuatro componentes:

- Equidad en el estado de salud: los riesgos de enfermarse serían homogéneos para todos los grupos de población;
- Equidad en las condiciones de salud: todos los ciudadanos y ciudadanas estarían cubiertos por programas efectivos de promoción y protección de la salud;
- Equidad en el acceso a la atención de la salud: en un contexto de equidad social, sistemas y servicios de asistencia y recuperación de la salud se garantizarían a las personas por igual;



- Equidad en las prácticas de cuidado: efectividad tecnológica, humanización y calidad del cuidado estarían igualmente disponibles a toda la ciudadanía.

En el primer componente de la equidad en salud es necesario considerar que la igualdad ante los riesgos para la salud o la homogeneidad en la distribución de probabilidades de enfermarse y morir constituyen una posibilidad concreta solo en lo concerniente a factores de riesgo socioambientales. En términos epidemiológicos, esto sucede porque los riesgos para la salud no solo resultan de la acción de factores ambientales externos, sino también de vulnerabilidades y susceptibilidades individuales, además de las interacciones individuo ambiente. (AYRES, 1997; AYRES et al., 2009; BREILH, 2003) De allí surgen procesos inevitables de diferenciación de la salud (como funcionalidad vital) en todas las especies, más aún en los humanos, primates atravesados por el lenguaje, productores de cultura, dependientes de lazos sociales, en síntesis, animales políticos. Desde una perspectiva epidemiológica stricto sensu, el indicador global de esa inequidad respecto al estado de salud será mayor o menor desigualdad en la duración media de la vida (medida en años con calidad de vida), entre los diferentes agregados geopolíticos, económicos y sociales, lo que puede ser complementado por otros indicadores de morbilidad, mortalidad y uso de servicios de salud. (CASTELLANOS, 1997a) En este caso, en la medida en que la desigualdad en la situación de salud resulta de la mediación o interacción socioambiental, podemos considerar que se trata de una deuda sanitaria secundaria o indirecta.

El segundo y tercer componente del concepto de equidad en salud, indicados anteriormente, comparten una dinámica similar, en la medida en que constituyen el objeto de las políticas públicas de salud. Aquí, en ambos sentidos, la situación de iniquidad resultaría de la omisión del Estado en la promoción de la calidad de vida de los ciudadanos, que garantizaría derechos fundamentales como vivienda, seguridad, ambiente saludable, libertad política, educación y salud. En esos casos, se trata de una deuda social directa, resultante de la ausencia o limitación de programas y servicios de salud, que requeriría ser asumida y honrada por la sociedad a través de acciones y políticas de ampliación

del acceso a los recursos disponibles y adecuados para mejorar las condiciones de salud de la población, cuya meta sería un acceso universal y equánime.

Esos tres componentes del problema de las desigualdades sociales y de las iniquidades en salud han sido objeto de profusa producción conceptual y empírica en varias realidades y situaciones concretas. (ALAZRAQUI; MOTA; SPINELLI, 2007; ALMEIDA FILHO et al., 2003; BERKMAN; KAWACHI, 2000; MACINKO et al., 2003; MACINKO; STARFIELD, 2002; MARMOT, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) Las desigualdades cualitativas en el acceso a tecnologías diagnósticas, asistenciales, preventivas y de rehabilitación, a su vez relacionadas con diferentes niveles de eficacia, efectividad y, principalmente, calidad humana del cuidado, son menos conocidas en sus determinantes y efectos. Eso nos lleva al cuarto componente de la equidad en salud, que propongo designar con el concepto de “calidad-equidad”. La problemática de la calidad con equidad, en este caso, se sitúa en la intersección borrosa entre aspectos cuantitativos y cualitativos de la producción de asistencia de la salud, entre oferta y utilización de los servicios de salud en los actos de cuidado y en los itinerarios terapéuticos, al interior de los sistemas de salud. Propongo aquí tratarla como un desvío o derivación negativa de la atribución de calidad en la atención de la salud. Vista de esa manera, internalizada en las propias prácticas del cuidado en salud, el surgimiento de desigualdades en la calidad-equidad revela otro orden de iniquidades, que se manifiestan en cuatro aspectos:

- La ruptura de la integralidad, parcialmente incumplida por el funcionamiento, todavía incipiente desde el punto de vista tecnológico, de sistemas de referencia y de contrarreferencia que seleccionan socialmente a los pacientes para los diferentes niveles de atención;
- La disponibilidad desigual de tecnologías diagnósticas, preventivas y terapéuticas, especialmente equipos, procedimientos y fármacos de última generación de alto costo y mayor eficacia (en algunos casos, este aspecto puede verse agravado por el fenómeno de la judicialización del derecho a la salud);

- Las formas de diferenciación positiva o negativa en el uso de tecnologías eficientes y resolutivas, en contextos y niveles equivalentes de atención, excluyendo, discriminando y segregando a pacientes de diferentes segmentos sociales u orígenes culturales;
- La calidad diferencial observada en los actos de atención de la salud, cuando observamos formas de diferenciación positiva o negativa en el tratamiento de los usuarios, bajo diversos formatos de sesgo selectivo, tales como invisibilización, segregación, discriminación, diferenciación por clase, género, etnia, generación o lugar de origen.

¿Cómo garantizar “calidad-equidad” en salud como derecho fundamental de todas las personas? En un sentido general, es necesario priorizar los elementos éticopolíticos del cuidado, pues no sería moralmente justo y políticamente correcto excluir a nadie del acceso a una asistencia de calidad en salud. En sentido estricto, se intenta que el concepto de “calidad-equidad” sea un patrón universal de prácticas de salud, fundado sobre una noción determinada y específica de justicia social en todos los planos – desde el macroeconómico al macrosocial – como conquista política del derecho a la salud, más allá de las estrategias redistributivas del bienestar social. Incluso con las garantías legales y normativas típicas de las democracias constitucionales, ¿en qué dimensión se concreta este tipo de derecho?: ¿salud como estado vital?, ¿como conjunto de prácticas de cuidado?, ¿como valor y medida?, ¿en qué nivel?, ¿en todos los niveles?, ¿con qué grado de calidad?, ¿la mejor posible?, y ¿de qué manera?, ¿qué modelos de cuidado?, constituyen cuestiones abiertas. Veamos brevemente el caso particular del Brasil como ilustración de esa argumentación.

## Nuevas desigualdades: el caso de Brasil

A pesar de que hace 30 años que se implementó un sistema asistencial unificado – el Sistema Único de Salud (SUS) (PAIM et al., 2011) –, en Brasil persisten profundas iniquidades en salud concentradas, sobre todo, en la calidad diferencial de los recursos socialmente destinados a

la promoción de la salud. (NUNES et al, 2011) Los recientes avances en el contexto sanitario brasileño permitieron que sujetos de clases y grupos sociales desfavorecidos – en general, residentes en áreas distantes de los centros urbanos, antes excluidos – consigan cada vez más acceder al SUS, en particular, a la atención primaria de la salud mediante la estrategia de Salud Familiar. (PAIM et al., 2011; VICTORA et al., 2011) Sin embargo, aquellas personas con mayores necesidades y mayores grados de vulnerabilidad siguen enfrentando dificultades para utilizar los programas de promoción, protección y recuperación de la salud, principalmente, en los niveles secundario y terciario de atención, con una amplia disponibilidad para sectores sociales ya beneficiados con mejores condiciones de vida y con la cobertura de planes privados de salud. (MACINKO; LIMA COSTA, 2012) En el contexto brasileño se observan problemas vinculados al financiamiento, la gestión y la calidad del sistema público de salud, agudizados por la reciente crisis económica, social y política. (RASELLA et al., 2018) En el sector público de atención de la salud, en todo Brasil, los aspectos organizacionales de los programas y las instituciones de salud se constituyen en obstáculos materiales e institucionales que generan diferenciación, desigualdades y segregación, que dependen de disparidades de ingresos y de inserción social en el acceso a recursos asistenciales disponibles, además de la brecha en la información, determinada por diferenciales de género, generación, educación e ingresos. (MACINKO; LIMA COSTA, 2012; RASELLA et al., 2018)

Así, a pesar de ser admitidos por el sistema, los sujetos de segmentos sociales vulnerados, con más necesidades de asistencia de calidad, sufren un nuevo orden de desigualdades, internalizadas en los propios actos de cuidado, resultantes de la estructura y funcionamiento del sistema y de la realización de prácticas asistenciales de poca efectividad y menor grado de humanización. Esos sujetos se ven en una situación de profunda iniquidad, en la condición de usuarios de categoría inferior en un sistema público de salud supuestamente universal. Una especulación razonable es que ese quiebre de la calidad-equidad, transformada en una nueva modalidad de “iniquidad internalizada”, de naturaleza cualitativa, cotidiana, intrafuncional y camuflada, ha sido ejercida en distintos niveles y dimensiones mediante formas sutiles y culturalmente sensi-

bles de relacionamiento intersubjetivo deshumano, segregador y discriminatorio. Lo aterrador de esa especulación es que, en nuestro país, la formación de competencias para producir y operar esas formas de iniquidad encuentra sus raíces y su reproducción en el propio sistema de educación formal (ALMEIDA FILHO, 2015) y en el proceso ideológico incorporado al entrenamiento y capacitación de personal técnico y profesional en salud. (ALMEIDA FILHO, 2011)

En Brasil, mientras se buscaba superar pacíficamente la salida de la dictadura militar de 1964-1985, en un contexto de crisis económica y social, se quiso crear un “Estado de bienestar social” en el seno de un capitalismo patrimonialista, opresivo y depredador, en una sociedad aún estructurada en el colonialismo, en la esclavitud y en el racismo, sin transformarla. Así, en el contexto actual de avance del ultraneoliberalismo en todo el mundo, terminamos con una democracia parcial, o democracia de baja intensidad (como diría Boaventura de Sousa Santos (2007) en vista de la exclusión económica, social y política de un gran sector de la población. A pesar de ser el resultado de la restauración de un orden republicano precariamente negociado, el Estado brasileño falla en cumplir funciones básicas del Estado democrático moderno, establecidas desde su concepción en el inicio del siglo XIX como dispositivo capaz de redistribuir poder y riqueza, atenuando efectos de desigualdades económicas y desequilibrios políticos en el límite mínimo para garantizar la paz social. De esa forma, el Estado brasileño se confirma como un Estado de malestar social. Subfinanciado, ineficiente para conducir políticas públicas capaces de compensar las desventajas actuales y reparar deudas sociales históricas, los sectores estatales funcionan como una verdadera usina de transformación de desigualdades económicas en iniquidades sociales y políticas, sobre todo, en las áreas de seguridad, educación y salud.

## Comentario final

A partir de la sistematización de conceptos y del modelado sintético propuestas en este texto, propongo la hipótesis de que este proceso amplio y complejo, de mutación de la naturaleza de las desigualdades económi-

cas y sociales, termina produciendo nuevas formas de inequidades e inequidades en salud. Un corolario de esa hipótesis es que, particularmente en países de economía periférica y democracias de baja intensidad como Brasil, el propio Estado funciona como promotor e implementador de desigualdades, y actúa como principal agente social de transformación de las inequidades en inequidades. (COSTA, 2019) En el caso específico de la salud, diversos estudios (GRIFFIN et al., 2019; WAGSTAFF, 2012) han producido evidencias robustas de que, en diversos contextos, incluso en Estados de bienestar social con mayor estabilidad política, la asignación de recursos públicos gubernamentales puede, directa o indirectamente, beneficiar a los segmentos más ricos de la sociedad.

En *El capital en el siglo XXI* (2015), con base en una rigurosa economía historiográfica, Piketty (2015) describe una tendencia secular de persistencia de las desigualdades, divididas en desigualdades de propiedad del capital y desigualdades de ingresos del trabajo, como fundamento estructural del sistema económico capitalista. En una obra más reciente, este autor titula la sumatoria de sus nuevos hallazgos como “*le retour des inégalités*” (PIKETTY, 2019) al mostrar que el cambio de naturaleza del capitalismo tardío – que actualiza su base productiva con activos cognitivos y revisa sus formas de realización de la lucratividad mediante financiarización internacionalizada – corresponde a un aumento de las desigualdades extremas, que debería ser superado o compensado mediante políticas económicas y sociales. No obstante, en este contexto de hipercapitalismo globalizado, nos encontramos en una coyuntura política mundial dominada por una perversa combinación de fundamentalismo y oscurantismo, en contextos de ajustes económicos orientados por el neoliberalismo, productores de desigualdades sociales con impactos fuertemente negativos sobre la Salud Colectiva. (SCHRECKER, 2016a, 2016b) A partir de ese referencial, y en línea con recientes revisiones de la cuestión teórica de las desigualdades en salud (PICKETT; WILKINSON, 2015; SCHRECKER, 2016a, 2016b), Julia Lynch (2020) analiza lo que denomina el “enigma de la desigualdad resiliente”. Según la autora, las instituciones creadas para reducir las desigualdades en salud en los Estados de bienestar de la Europa de posguerra, a partir de la década de 1980 se confrontaron con políticas económicas neoli-

berales. En vez de solucionar el problema de la desigualdad en el plano estructural, por medio de “remedios políticos” efectivos, se invirtió en procesos de gerenciamiento optimizado, supuestamente simples y eficaces. En esos países, la cuestión de las desigualdades en general se asumió como un problema solo legal, a ser resuelto en la esfera normativa, lo que permitía mantener, en el plano formal, un compromiso histórico con la equidad sin desafiar los fundamentos de la política tributaria que financia el Estado. En este contexto, la cuestión de las inequidades en salud se tornó una pauta política de centroizquierda, que evitaba discutir la contradicción entre un orden de bienestar conservador corporativista y el paradigma neoliberal que pasó a dominar Europa en la década de 1980. Para esta autora:

[...] el aumento de las desigualdades se tornó una característica más o menos permanente de la vida en la mayoría de las ricas democracias industrializadas de Europa en los últimos treinta años. Eso ocurrió a pesar [...] de un consenso creciente entre especialistas de que los niveles actuales de desigualdad son indeseables y hasta peligrosos. Mi trabajo ha sido estudiar la formulación de políticas en torno a las desigualdades en salud, que la mayoría de los especialistas en salud pública creen que están íntimamente ligadas a las desigualdades socioeconómicas, pero que los formuladores de políticas tienden a intentar resolver usando tipos de herramientas diferentes de aquellas proyectadas para impactar directamente en la distribución de ingresos y riqueza. (LYNCH, 2020, p. 12)

Enfocada en el plano de la economía en general, la propuesta de Piketty, desde un punto de vista teórico, puede ser considerada una nueva economía política, en la medida en que trata las desigualdades económicas como epifenómeno o subproducto del sistema económico y no como condición estructural del modo de producción capitalista. A su vez, en el campo de la salud, a pesar de la pretensión de formular una crítica teórica de lo que denomina “regímenes de inequidad”, el análisis de Lynch se autorreferencia como una “*political economy of wealth and health*”. Desde esa perspectiva, no esconde su objetivo de intentar

resolver – en el plano de las políticas públicas, de modo eficiente y viable – problemas y contradicciones planteados por las inequidades en salud ante el sistema económico y social. Así, al tratar las desigualdades económicas (y sus contrapartidas políticas, sociales, gerenciales, societales y sanitarias) como efecto secundario e indeseables de procesos, ciclos y crisis económicas y políticas, susceptibles de soluciones capaces de, como dice Schrecker (2016a, nuestra traducción), “domar la máquina de las desigualdades”<sup>5</sup>, tanto Piketty como Lynch se posicionan dentro de los límites de la perspectiva funcionalista dominante en las epistemologías del norte, del linaje de Keynes Rawls Sen.

En un abordaje antagónico, como vimos anteriormente, diversos autores (BREILH, 2003; HABERMAS, 2003; SANTOS, 2019; SCHRECKER, 2016a, 2016b; SELL; WILLIAMS, 2020) postulan el capitalismo como resultado de un proceso histórico global que, en el mundo contemporáneo, constituye un fenómeno de gran alcance y complejo. Por medio de relaciones estructurales y superestructurales, ese modo de producción se articula (interactúa, condiciona, determina, etc.) con la salud en distintos planos de realidad, mediante una serie de procesos, condiciones, determinantes y vectores. Para Sell e Williams (2020), la macroeconomía del mundo globalizado, dominada en la actualidad por el neoliberalismo conservador, afecta profundamente la gobernanza del campo de la salud, en políticas y acciones diversas, como programas de austeridad, comercio internacional, inversiones en salud, industria farmacéutica y de equipamientos, seguridad alimentaria y consumo de productos ultra procesados. Por lo tanto, según estos autores (SELL; WILLIAMS, 2020), es necesario elaborar una comprensión del capitalismo “como estructuralmente patogénico, con impactos negativos en la salud humana”, y encarar ese modo de producción global y de gran alcance como generador (y resultante) de desigualdades económicas, inequidades sociales e inequidades en salud, como ningún otro sistema productivo en la historia humana. La sobredeterminación de los efectos estructurales profundos y subyacentes del capitalismo sobre la salud, y de la salud en el modo de producción se evidencia en múltiples escalas, e implica nuevos desafíos teóricos, científicos y políticos para el campo de la salud.

---

5 “taming the inequality machine”.



Por último, con base en el argumento de este ensayo y de acuerdo con Beckfield y otros autores (2015) y Sell y Williams (2020), es pertinente afirmar que, en Estados de malestar social como Brasil, en esta coyuntura actual, el incremento de las desigualdades extremas promueve mutaciones y variaciones en las formas elementales de desigualdad, genera nuevas modalidades de inequidades sociales y, en consecuencia, nuevas formas de iniquidades en todos los espacios de diferenciación, incluyendo el campo de la salud. En este contexto, las desigualdades, inequidades e iniquidades paradójicamente crecen en la medida en que aumenta la capacidad resolutoria de las tecnologías en salud disponibles y se amplía la cobertura formal del sistema de salud. Incluso desde una perspectiva distributiva, el componente de desigualdad en los riesgos de enfermarse y morir puede ser indicador de una deuda sanitaria indirecta. Sin embargo, además de las desigualdades ante los riesgos para la salud, los componentes de tal deuda social pueden referirse también a diferenciales en la promoción y protección de la salud; en la cobertura asistencial; en la disponibilidad de tecnologías seguras, accesibles y efectivas; y en iniquidades en la calidad del cuidado. En este sentido, la persistencia y la profundización del componente “sanitario” de esa deuda social primaria, con el surgimiento de nuevas formas de iniquidades, puede significar el debilitamiento y retroceso del compromiso político de la sociedad brasileña con relación a la garantía del derecho universal a la salud. Para que eso no ocurra, será necesario una intensa y urgente lucha política para retomar el Estado, reafirmando su carácter de dispositivo democrático comprometido con el progreso social, ampliando y renovando alianzas con todas las fuerzas sociales y movimientos políticos que, en los últimos 40 años, de diversas formas ha contribuido a la consolidación y ampliación de las políticas públicas de salud, que dieron como resultado la mejora de la situación de salud en Brasil.

## Agradecimientos

En las diferentes secciones, este texto organiza anotaciones de dos décadas de oportunidades de debates: el “Workshop on Inequities in Health”,

promovido por la London School of Hygiene and Tropical Medicine y por la Embajada de Brasil en Londres, el 14 de septiembre de 1999; el Seminario “El Desafío de la Equidad en Salud”, de la Sociedad Argentina para la Equidad en Salud, en Buenos Aires, Argentina, el 6 de abril de 2000; el V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado por la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), en Curitiba, en marzo de 2002; el Seminário “Rediscutindo a questão da determinação social da saúde”, organizado por el Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), en Rio de Janeiro, el 22 de mayo de 2009; y en el Seminario “Desigualdades en salud: Nuevos aportes históricocríticos”, en el Doctorado en Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, el 2 de agosto de 2018.

Agradezco especialmente a Jairnilson Silva Paim y Ligia Vieira da Silva, mis colegas del Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), por el diálogo crítico, generoso y riguroso que permitió la consistencia de la argumentación. Agradezco además a Pedro Luis Castellanos, Alberto Pellegrini Filho, Moisés Goldbaum, Hugo Spinelli, Ichiro Kawachi, Roberto Passos Nogueira, Maurício Barreto, César Victora, Eduardo Mota y Luis Eugenio de Souza por las críticas y sugerencias a las diferentes partes y versiones del manuscrito. A Juan Samaja y Norberto Dachs (*in memoriam*).

## Referencias

ALAZRAQUI, M.; MOTA, E.; SPINELLI, H. El abordaje epidemiológico de las desigualdades en salud a nivel local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 321-330, 2007. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n7tcpdK3kztVWDYgGY8sB3m/?lang=es#:~:text=La%20hip%C3%B3tesis%20es%20que%20la,en%20procesos%20sociales%20e%20hist%C3%B3ricos>. Acceso en: 13 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800003.pdf>. Acceso en: 13 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. *Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe y bibliografía anotada*. Washington, D.C.: OPS, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/19042>. Acceso en: 13 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N.; KAWACHI, I.; PELEGRINI FILHO, A. *et al.* Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 93, n. 12, p. 2037-2043, 2003. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448147/>. Acceso en: 8 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas nãotransmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nnM5F8bTMpzmkj7RGs5xvFF/>. Acceso en: 13 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. Social inequality and human development: Intertwined cycles of perversion in education in contemporary Brazil. *Encounters in Theory and History of Education*, Ontario, v. 16, p. 84-100, 2015. Disponible en: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/19042>. Acceso en: 23 jul. 2021.

ALMEIDA FILHO, N. Towards a unified theory of health/disease: II Holopathogenesis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 192-205, 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511581/>. Acceso en: 14 jul. 2021.

ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 38, n. 4, p. 261-271, 2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863701/>. Acceso en: 13 sep. 2021.

ASADA, Y. A framework for measuring health inequity. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 59, n. 8, p. 700-705, 2005. Disponible en: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16020649/#:~:text=Conclusions%3A%20Measuring%20health%20inequity%20entails,3\)%20quantifying%20health%20inequity%20information](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16020649/#:~:text=Conclusions%3A%20Measuring%20health%20inequity%20entails,3)%20quantifying%20health%20inequity%20information.). Acceso en: 17 sep. 2021.

AYRES, J. R. C. M. *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. et al. Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: HUCITEC: Fiocruz, 2009. p. 375-418.

BAMBAS, A.; CASAS, J. A. Assessing equity in health: conceptual criteria. *In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau.* Washington, D.C.: PAHO, 2001. p. Ocassional Publication, n. 8.

BECKFIELD, J.; BAMBRA, C.; EIKEMO, T. *et al.* An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health*, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 227-244, 2015. Disponível em: <https://dro.dur.ac.uk/18660/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BERKMAN, L.; KAWACHI, I. *Social epidemiology.* New York: Oxford University Press, 2000.

BOMMIER, A.; STECKLOV, G. Defining health inequality: why Rawls succeeds where social welfare theory fails. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 21, n. 3, p. 497-513, 2002.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ, M. Revisiting the social determinants of health agenda from the global South. *Global Public Health*, San Francisco, v. 14, n. 67, p. 847-862, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30500313/>. Acesso em: 14 sep. 2021.

BOURDIEU, P. *La distinción: criterios y bases sociales del gusto.* Madrid: Taurus, 1988.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 27, p. 167-194, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16533114/>. Acesso em: 8 sep. 2021.

BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. The social determinants of health: coming of age. *The Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 32, p. 381-398, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20584723/>. Acesso em: 27 sep. 2021.

BRAVEMAN, P.; GOTTLIEB, L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, Hyattsville, v. 129, n. 2, p. 1931, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863696/>. Acesso em: 13 jul. 2021.

BRAVEMAN, P. What are health disparities and health equity? We need to be clear. *Public Health Reports*, Hyattsville, v. 129, p. 5-8, 2014. Supl. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863701/>. Acceso en: 27 sep. 2021.

BREILH, J. *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1996.

BREILH, J. *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, J. Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 972-982, 2015. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rznwg8y6gHDH67xgJzLBC8Q/abstract/?lang=es>. Acceso en: 27 sep. 2021.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 31, p. 13-27, 2013. Supl. 1. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So120-386X2013000400002). Acceso en: 30 sep. 2021.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, [s. l.], v. 31, p. 13-27, 2013. Supl. 1. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=So120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So120-386X2013000400002). Acceso en: 27 ago. 2021.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. *Condições de vida e situações de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997a. p. 31-75.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidades sociais na região da Américas. In: BARATA, R. B.; BARRETO, M. L.; ALMEIDA FILHO, N. et al. (org.). *Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 1997b. p. 137-162.

COBURN, D. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 51, n. 1, p. 135-146, 2000. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10817476/>. Acceso en: 30 ago. 2021.

- COSTA, S. Desigualdades, Interdependência e Políticas Sociais no Brasil. In: PIRES, R. R. (org.). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019. p. 53-77. Disponível em: <https://tinyurl.com/yc8ge2a2>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- DANIELS, N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I. *Is inequality bad for our health?*. Boston: Beacon Press, 2000.
- DIEDERICHSEN, F.; EVANS, T.; WHITEHEAD, M. Chapter 2: the social basis of disparities. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIEDERICHSEN, F. *et al.* (ed.). *Challenging inequities in health*. London: Oxford University Press, 2001. p. 53-64.
- FOSTER, J.; SEN, A. On economic inequality after a quarter century. In: SEN, A. *On economic inequality*. New York: Oxford University Press, 1997. p. 121-220.
- FRANKO, W.; TOLBERT, C.; WITKO, C. Inequality, selfinterest, and public support for “Robin Hood” tax policies. *Political Research Quarterly*, Salt Lake City, v. 66, n. 4, p. 923-937, 2013. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/23612068>. Acesso em: 27 sep. 2021.
- GATRELL, A. C.; POPAY, J.; THOMAS, C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us?. *Health Place*, Ottawa, v. 10, n. 3, p. 245-257, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15177199/s>. Acesso em: 27 sep. 2021.
- GRIFFIN S.; LOVE-KOH, J.; PENNINGTON, B. *et al.* Evaluation of intervention impact on health inequality for resource allocation. *Medical Decision Making*, Berlin, v. 39, n. 3, p. 171-182, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30819034/>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- HABERMAS, J. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
- HART, H. L. A. Rawls on liberty and its priority. In: DANIELS, N. (ed.). *Reading Rawls*. Stanford: Stanford University Press, 1989.
- HELLER, A. *Além da justiça*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.
- INTERNATIONAL SOCIETY OF EQUITY IN HEALTH. [S. l.], [2019]. Disponível em: <http://www.iseqh.org>. Acesso em: 27 sep. 2021.
- KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S.; ALMEIDA FILHO, N. A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 56, n. 9, p. 647-652, 2002. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/56/9/647>. Acesso em: 9 sep. 2021.

- KRIEGER, N.; ALEGRÍA, M.; ALMEIDA FILHO N. *et al.* Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 64, n. 9, p. 747-749, 2010. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20584723/>. Acceso en: 28 sep. 2021.
- KRIEGER, N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 30, n. 4, p. 668-677, 2001. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511581/>. Acceso en: 27 sep. 2021.
- LAURELL, A. C. La saludenfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, DF, v. 2, n. 1, p. 725, 1982.
- LAURELL, A. C. Social analysis of collective health in Latin America. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 28, n. 11, p. 1183-1191, 1989.
- LYNCH, J. *Regimes of inequality: the political economy of health and wealth*. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
- MACINKO, J. A.; LIMA COSTA, M. F. Erratum: Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity in Health*, [London], v. 11, n. 1, p. 33, 2012. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-11-33>. Acceso en: 1 sep. 2021.
- MACINKO, J. A.; SHI, L.; STARFIELD, B. *et al.* Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oak, v. 60, n. 4, p. 407-452, 2003.
- MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, London, v. 1, n. 1, p. 120, 2002. Disponible en: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-1-1>. Acceso en: 27 sep. 2021.
- MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, [London], v. 65, n. 9464, p. 1099-1104, 2005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781105/>. Acceso en: 27 sep. 2021.
- MARMOT, M. *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. New York: Owl Books, 2005.
- MARX, K. Crítica ao programa de Gotha. In: MARX, K. ENGELS, F. *Textos*. São Paulo: AlfaOmega, 1977.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

- MENDES-GONÇALVES, B. R. *Saúde, Sociedade e História*. São Paulo: HUCITEC, 2017.
- METZGER, X. *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. Washington, D.C: OPS, 1996.
- MILL, J. S. *Utilitarianism*. Cambridge: Hackett Publishing Company, 2001.
- MURRAY, C. L.; LOPEZ, A. *The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- NERY, M. A dívida social. *Conjuntura Econômica*, [s. l.], v. 56, n. 2, p. 38-39, 2002.
- NUNES, A.; SANTOS, J. R. S.; BARATA, R. B. *et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, DF: OPS: IPEA; 2001.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Macrodeterminantes de la Inequidad en Salud*. Washington, D.C.: OPS, 2000. Disponível em: <https://tinyurl.com/yaxcdjdt>. Acesso em: 2 nov. 2019.
- OSSANAI, J. *Reformas contemporâneas en el campo de la salud: en busca de la equidad*. Rockville: Technical Resources International Inc., 1994.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/fulltext). Acesso em: 22 sep. 2021.
- PEARCE, N. Epidemiology in Latin America: An opportunity for a global dialogue. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 62, n. 9, p. 762-763, 2008. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/62/9/762>. Acesso em: 29 sep. 2021.
- PETER, F.; EVANS, T. Ethical dimensions of health equity. In: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F. *et al.* (ed.). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. London: Oxford University Press, 2001. p. 25-33.
- PICKETT, K. E.; WILKINSON, R. G. Income inequality and health: a causal review. *Social Science & Medicine*, Amsterdam, v. 128, p. 316-326, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577953/>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- PIKETTY, T. *Capital et idéologie*. Paris: Editions du Seuil, 2019.
- PIKETTY, T. *El capital en el siglo XXI*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2015.
- RAPHAEL, D. *Tackling Health Inequalities: lessons from international experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2012.



- RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: anationwide microsimulation study. *PLoS Med*, San Francisco, v. 15, n. 5, p. 1-20, 2018. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acceso en: 26 sep. 2021.
- RAWLS, J. *A theory of justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1971.
- RAWLS, J. *Justice as fairness: a restatement*. Cambridge: Harvard University Press, 2001.
- RAWLS, J. *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press, 2005.
- ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4NdW5mtQzq4DG67WgZmFxFrj/?format=pdf&lang=pt>. Acceso en: 27 sep. 2021.
- SAMAJA, J. *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: EUDEBA, 2005a.
- SAMAJA, J. *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: EUDEBA, 2005b.
- SANTOS, B. S. Introducción a las epistemologías del sur. *In*: MENESES, M. P.; BIDASECA, K. (coord.). *Epistemologías del sur*. Buenos Aires: CLACSO, 2018. p. 25-64.
- SANTOS, B. S. *O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do sul*. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- SANTOS, B. S. *Para uma revolução democrática da justiça*. São Paulo: Cortez, 2007.
- SCHRECKER, T. Globalization, austerity and health equity politics: Taming the inequality machine, and why it matters. *Critical Public Health*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 413, 2016a. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2014.973019>. Acceso en: 10 jun. 2019.
- SCHRECKER, T. Neoliberalism and Health: the linkages and the dangers. *Sociology Compass*, Oxford, v. 10, n. 10, p. 952-971, 2016b. Disponible en: <https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/soc4.12408>. Acceso en: 10 jun. 2019.
- SELL, S. K.; WILLIAMS, O. D. Health under capitalism: a global political economy of structural pathogenesis. *Review of International Political Economy*, London, v. 27, n. 1, p. 1-25, 2020. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09692290.2019.1659842?journalCode=rrip20>. Acceso en: 10 jun. 2019.

SEN, A. ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, D.C., v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11511581/> Acceso en: 27 sep. 2021.

SEN, A. *Inequality reexamined*. New York: Oxford University Press, 1992.

SEN, A. *On economic inequality*. New York: Oxford University Press, 1981.

SPINELLI, H. Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C. (org.). *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 315-332.

TESTA, M. *Saber en salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

THOITS, P. Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, Palmerston North, v. 51, p. 41-53, 2010. Supl. 1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20943582/>. Acceso en: 27 sep. 2021.

UN MILLENNIUM PROJECT. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: United Nations, 2005. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybs9jvty>. Acceso en: 10 jun. 2019.

VASCONCELLOS, M. Serviços de Saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização. In: NAJAR, A. L.; MARQUES, E. (org.). *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 63-93.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. C.; LEAL, M. *et al.* Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *The Lancet*, New York, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/fulltext). Acceso en: 27 sep. 2021.

VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 217-226, 2009. Supl. 2. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCj3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt#:~:text=A%20eq%C3%BCidade%20em%20sa%C3%BAde%20tem,iniq%C3%BCidade%2C%20como%20sin%C3%B4nimo%20de%20desigualdade>. Acceso en: 20 mayo 2021.

WAGSTAFF, A. Benefit incidence analysis: Are government health expenditures more prorich than we think?. *Health Economy*, Dubrovnik, v. 21, n. 4, p. 351-366, 2012. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5146>. Acceso en: 10 jun. 2019.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Income inequality and health: what does the literature tells us?. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 21, p. 543-567, 2000. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543#:~:text=Income%20inequality%20may%20reflect%20social,income%2C%20and%20relative%20social%20status>. Acceso en: 20 mayo 2021.

WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E. Measuring inequalities in health in the presence of multicategory morbidity indicators. *Health Economics*, New York, v. 3, n. 4, p. 281-289, 1994. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7994327/>. Acceso en: 20 mayo 2021.

WAINWRIGHT, S. P.; FORBES, A. Philosophical problems with social research on health inequalities. *Health Care Analysis*, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 259-277, 2000. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11186025/>. Acceso en: 28 mayo 2021.

WAITZKIN, H.; IRIART, C.; ESTRADA, A. *et al.* Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 91, n. 10, p. 1592-1601, 2001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446835/>. Acceso en: 2 mayo 2021.

WHITEHEAD, M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 61, n. 6, p. 473-478, 2007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465710/>. Acceso en: 18 mayo 2021.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, Bradford, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1644507/>. Acceso en: 25 mayo 2021.

WILKINSON, R. G. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge, 1996.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (ed.). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through the social determinants of health* Geneva: WHO, 2008. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycg9k8vx>. Acceso en: 10 jun. 2019.



## LAS COMPLEJAS DIMENSIONES DE LA PANDEMIA

HUGO SPINELLI

### Introducción

*Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedades son unas pobres causas.*

Ramón Carrillo (primer ministro de Salud de la Argentina).

Otra pandemia antecedió, acompañó y continuó luego de la pandemia del covid-19. De ella poco se habla, a pesar de que provoca todos los años cientos de miles de muertos y enfermos, convivimos con ella, pero esta pandemia no es noticia, no recibe la atención que debiera dada su magnitud. Esta pandemia no se debe a virus que mutan, se debe a la ausencia de derechos sociales, situación mucho más grave para las personas que cualquier virus.

La pandemia del covid-19 incrementó las desigualdades sociales y las puso en agenda junto a otros temas como el rol del Estado, los sistemas de salud, la salud como derecho o como mercancía, el racismo, la discriminación, las nuevas subjetividades, el egoísmo, el desastre ambiental, el ingreso ciudadano, el bioterrorismo, la manipulación genética, y los modos de producción de la cadena alimentaria. El covid-19 puso en evidencia la falacia de la idea del progreso.

Una pandemia no es solo un problema sanitario, una pandemia desnuda a una sociedad y hace visibles situaciones que escapan a explicaciones simples y lineales, para introducirnos en un laberinto. Una pandemia puede ser leída como una tragedia griega que nos habla de lo humano y su devenir.

## Los sistemas de salud

Durante la pandemia en EEUU, Inglaterra y Brasil, sus excéntricos gobernantes conservadores minimizaron y omitieron la historia sanitaria de sus países. Así el presidente Trump, desacreditó a la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins fundada en 1916, cuna de grandes epidemiólogos. El primer ministro inglés Boris Johnson ignoró experiencia epidemiológica que Inglaterra acumuló desde el siglo XIX con los estudios de William Farr y John Snow, la relevancia de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres fundada en 1899, y la historia del Servicio Nacional de Salud (NHS) creado en 1948, que fue, y es, un ejemplo de modelo universal de derecho a la salud. En Brasil, Jair Bolsonaro desacreditó la importancia del Sistema Único de Salud (SUS) creado en 1988, como también desconoció las importantes escuelas de epidemiología que son referencias para América Latina.

La pandemia demostró la importancia de los sistemas públicos de salud. Boris Johnson, que siempre había sostenido que el NHS, debía ser privatizado, cuando le dieron el alta de la terapia intensiva, luego de su afección por covid-19, agradeció al NHS por haberle salvado la vida.

Los sistemas públicos de salud, atacados durante las olas privatizadoras de los años noventa, respondieron mejor que los sistemas privados. Con esta evidencia empírica hay que volver a pensar nuevamente en un Estado fuerte con políticas públicas en salud.

## Los sistemas de información en salud

La pandemia puso en evidencia la necesidad de que cada país cuente con datos, análisis e investigaciones científicas confiables, producidas desde distintas áreas del conocimiento y de acceso libre.

Con la pandemia los medios de comunicación social jerarquizaron el número de muertos y de contagios. Con esos datos se armaban rankings por países y jurisdicciones. Los medios de comunicación y el imaginario social creían que los sistemas de información en salud generaban y transportaban datos de alta consistencia y, por ende, válidos para orientar acciones, pero no era así. Quienes pertenecemos al campo de la salud conocemos la fuerte debilidad de nuestros sistemas de información y por ende de los datos estadísticos, y de las variables relacionadas ya sean socio-demográficas, del ámbito laboral, de la atención en los servicios de salud, o de los tratamientos indicados. (ALAZRAQUI; MOTTA; SPINELLI, 2006)

Esa información es esencial para un análisis epidemiológico que permita la implementación de acciones eficaces, pero en general se la desconoce o es de mala calidad. Todo ello puede parecer inadmisibile para quien pertenece a un área productiva de la sociedad, pero es así, y es un viejo problema del campo de la salud que no se limita a la Argentina. Claro que esas falencias no son inocentes y se deben a fuertes intereses en que esos datos no se conozcan y no se produzcan. Podemos afirmar, sin temor a exagerar, que no hay especialidad profesional del campo de la salud que no realice acciones de sobreprestación o subprestación, y que para ello se alteren, u omitan registros a los fines de incrementar la tasa de ganancia, aunque sea a costa de la salud de las personas. (SPINELLI et al., 2014)

Antes de la pandemia, los sistemas de información epidemiológicos tenían serios problemas, y la pandemia los dejó en franca evidencia. Esos sistemas de información aún dependen de tareas manuales, están lejos de estar automatizados y rápidamente se vieron sobrepasados, por lo que los datos que se difundían por los medios de comunicación eran poco confiables.

Durante la pandemia, los problemas de los sistemas de información epidemiológica se mezclaron con viejas picardías, como la de ocultar el número de casos o de muertos por covid-19. El número de casos se relacionaba con la búsqueda activa que se realizaba, y como dice el refrán, “el que busca, encuentra”. Es decir que las jurisdicciones que tuvieron como política salir a buscar infectados mediante alguna de las formas de testeo existentes tuvieron un mayor número de casos que aquellas

que no lo hicieron, y entonces un mayor número de casos no era necesariamente un aspecto negativo, sino que señalaba una política activa de búsqueda, acción fundamental para disminuir contagios. También hubo “picardías” con las tasas letalidad por covid-19 (número de muertos por covid-19/número de casos por covid-19) donde hay valores muy dispares entre jurisdicciones y entre países, lo cual se puede explicar por el subregistro de casos (disminuye el valor del denominador por lo que aumenta la tasa de letalidad); o el subregistro de muertes (disminuye el valor del numerador y la tasa de letalidad disminuye).

La ausencia de datos epidemiológicos confiables, no pocas veces se pretendió superar a través de explicaciones lineales, descontextualizadas o contrafácticas disfrazadas de científicas a través de estadísticas, gráficos y simulaciones que muy pocos entendían y que se presentaron como predicciones certeras del futuro.

## La cuarentena

El origen de la cuarentena se relaciona a la peste bubónica, una de las pandemias más graves de la historia con más de 100 millones de muertes en el siglo XIV. En esa época, las enfermedades se adjudicaban a la ira divina, por lo tanto, la esperanza de cura se limitaba a la oración y a la penitencia. En las epidemias, el pánico llevaba a las personas a huir, y frente a ello las ciudades encontraron la forma de protegerse, prohibiendo el ingreso de los “extraños”. Durante la peste, los enfermos se notificaban, se los aislaba en sus hogares mientras tuvieran síntomas y, si morían, sus casas eran fumigadas. A partir de 1348, en Venecia se implementó la cuarentena, con un aislamiento de 40 días. El número 40 tenía significados especiales tanto en la alquimia como en los textos bíblicos (el diluvio duró 40 días). (ROSEN, 1994) La cuarentena se transformó así en una práctica de salud pública que llegó hasta nuestros días.

La cuarentena fue la respuesta necesaria y oportuna frente a la pandemia de covid-19, pero generó efectos no deseados, que repercutieron en el proceso salud-enfermedad-atención de las personas. Esos efectos dependieron del lugar de residencia, de la cobertura de salud, y de la fortaleza del sistema público de salud, a nivel nacional, provincial y muni-



cipal expresión de los muchos países que hay dentro de nuestros propios países, como sucede en América Latina.

La cuarentena trajo problemas para distintos grupos sociales y etarios. Por ejemplo para quienes padecían autismo y no podían realizar actividades recreativas terapéuticas; para quienes tenían alguna discapacidad y no conseguían cumplir con su laborterapia; para las familias que dependían de un acompañante terapéutico para el cuidado de uno de sus integrantes y tuvieron que asumirla solos; el incremento de violencias hacia niños y adultos mayores en sus propios hogares; el incremento de la depresión por el aislamiento; y femicidios en quienes volvieron a convivir con sus victimarios, entre otras muchas.

Es indudable que la cuarentena era la mejor medida para la pandemia pero no todos estaban en condiciones económicas, sociales y relacionales de poder cumplirla. Es innegable que hay condiciones subjetivas que le ponen un límite a la cuarentena, y que es necesaria la responsabilidad social para cumplirlas, y un Estado fuerte que controle su cumplimiento favoreciendo las condiciones para que sea posible cumplirlas.

La cuarentena, el aislamiento, la distancia social, el lavado de manos rápidamente se generalizaron como indicaciones esenciales para la prevención. Pero esas normas, científicamente fundamentadas, implicaron el supuesto de hogares sin hacinamiento y con servicios básicos esenciales. Es decir, fueron normas pensadas, como mínimo, para familias de clase media. Pero olvidaron que en América Latina son muchos los que no tienen un techo debajo del cual protegerse, una mesa en la que apoyar el plato de comida y un servicio de agua para lavarse las manos. La ciencia, en la medida que no atendió la realidad social, se volvió cientificista.

Muchas veces el debate sobre la cuarentena se presentó de una manera tan simple que no hizo más que señalar los dominios del pensamiento dominante sobre las formas de analizar la realidad. Las preguntas de ¿cuándo y cómo se sale de la cuarentena? se repitieron buscando una respuesta imposible, ya que no hay un cuándo, ni un cómo, a lo sumo habrá muchos comos y muchos cuándoos, dependiendo del propio devenir de la pandemia y las características socioeconómicas de la sociedad y el rol del Estado en cada país.

La pandemia – en tanto proceso social complejo – nos introdujo en un laberinto con sus encrucijadas, el cual se pretendió negar y ocultar bajo soluciones lineales que ignoraban la complejidad de los sujetos, de lo social y de las pandemias.

Las expresiones habitacionales de quienes sufren las brutales condiciones de desigualdad marcaron los límites que la realidad impone a los más vulnerables y las (im)posibilidades fácticas de cumplir con las premisas de la cuarentena. Ante esta situación, las indicaciones de prevención fueron muchas veces abstracciones, dada la imposibilidad material de cumplirlas.

La pandemia trajo la pérdida de elementos sustanciales del proceso de socialización cotidiano de las personas, lo cual llevó, de manera progresiva, a la desobediencia de las normas de aislamiento y distancia social. Esas normas también afectaron a otros procesos más difíciles de aceptar, como el no poder acompañar o visitar a un paciente internado, o no poder cumplir con el ritual de despedida ante la muerte.

Las normas de prevención que se propusieron suponían una subjetividad basada en la solidaridad, la justicia, la responsabilidad, la empatía y la otredad, pero esos supuestos no eran valores para las subjetividades que se construyeron durante el neoliberalismo, que propugno subjetividades caracterizadas por estar autocentradas, transformadas en un objeto más del mercado que modificó las relaciones con los otros y con el propio yo, que enfatizó el consumo, el hedonismo, la “selfi” y el cuidado de sí, construyendo una racionalidad estética narcisista. En todo ello se despreció la solidaridad, se negó al otro, en tanto no sea el propio yo proyectado – es decir, “lo mismo” – y en esa lógica confluye con la discriminación y el racismo. Pero, paradójicamente, cuando la sociedad observaba el incumplimiento de las normas de quienes iban a las playas, se encontraban en bares, en reuniones familiares o iba al shopping, surgía el asombro y el reclamo de los valores que se habían perdido.

Los valores hegemónicos del neoliberalismo resultaron funcionales a la propagación de la pandemia. Los medios de comunicación, que por décadas habían apostado y promovido la construcción de subjetividades neoliberales, pasaron a señalarlas como irracionales. (ALEMÁN, 2016) Pero, por otro lado, ese poder – neoliberal en lo económico y conserva-

dor en lo cultural– convocó a los movimientos anticuarentena y antivacunas, negando la virulencia del virus.

## **El preventivismo**

El covid-19 exigió prácticas de prevención no rentables para el mercado de la medicina. Desde el inicio, las indicaciones de prevención fueron: lavado frecuente de manos, aislamiento y distanciamiento social. Esas normas de racionalidad infectológica indiscutible solo exigían lo que para muchos era imposible: una casa que permitiera mantener la distancia y el aislamiento, y tener agua potable en su domicilio. Esos requisitos solo eran posibles para una parte de la población, mientras otra gran parte no solo enfrentaba la pandemia sin esas posibilidades materiales, sino que además fue la primera que enfrentó la crisis económica ante la caída de la actividad económica informal. No contextualizar la “verdad científica” no es infrecuente en los saberes universitarios obnubilados por la ciencia universal, y consideró a las personas como recipientes vacíos que incorporan las normas formuladas por los agentes socializantes de la sociedad, negándolos como agentes creativos.

## **La salud de las y los trabajadores de la salud**

La pandemia puso en agenda la salud de las y los trabajadores de la salud, que en la pandemia representaron el conjunto poblacional con mayor probabilidad de exposición. Los factores por los cuales se infectaban eran: ausencia o insuficiencia de elementos de bioseguridad para la protección personal (porque no había disponibilidad en el mercado o porque los gobiernos o las entidades privadas no los compraban o no los distribuían); ausencia de atención diferenciada entre pacientes covid-19 y no covid-19; pluriempleo; precariedad laboral; descanso insuficiente; no implementación de equipos de trabajo rotativos y falta de hábitos en prácticas de bioseguridad.

Esas situaciones fueron más evidentes en efectores privados, ya que los procedimientos de prevención en el personal afectaban sus tasas de

ganancia y, por lo tanto, se realizaban por debajo de los estándares establecidos. También los contagios se dieron en esos trabajadores por negación del riesgo, omnipotencia, ocultar síntomas por temor a quedar en aislamiento y pánico.

En enero de 2020 comenzó un movimiento, en la ciudad de Wuhan (China), que aplaudía a los trabajadores de la salud a las 21 horas como forma de reconocimiento a su trabajo. El fenómeno se generalizó con la etiqueta #ClapBecauseWeCare (aplaudimos porque nos importa), aunque terminó por desaparecer con el tiempo debido a que por un lado, algunos vecinos de trabajadores de la salud comenzaron a hostigarlos por temor a contagiarse, al considerar que al estar trabajando con pacientes infectados representaban un peligro para el barrio o el edificio; por otro lado, profesionales mal pagos decían, con justa razón, “no queremos solo que nos aplaudan los vecinos, sino que nos paguen nuestros empleadores”.

En el propio devenir de la pandemia en distintas ciudades se fue dando un menor cumplimiento de las normas de protección personal, aislamiento y distanciamiento, y comenzaron a realizarse fiestas clandestinas y reuniones familiares. A todo ello se sumó el cansancio y el desgaste de los trabajadores de la salud ante la magnitud de pacientes con covid-19, y apareció en ellos también la desafiliación al trabajo. En paralelo, las manifestaciones de los movimientos anticuarentena, con quema de barbijos, impulsaban la desobediencia a toda indicación sanitaria.

La combinación de las situaciones anteriores produjo un desgaste en la relación entre población y trabajadores de la salud que provocó quejas cruzadas. Así, mientras los trabajadores de la salud señalaban la falta de cumplimiento de las normativas y la poca solidaridad por parte de la población, habitantes de distintos lugares denunciaban la falta de atención. Esas quejas fueron en incremento, a veces eran justificadas, y otras no hacían más que reflejar el miedo y los distintos puntos de vista sobre las realidades sanitarias.

## El complejo médico industrial y la covid-19

Es conocida la falta de interés de la industria farmacéutica en el desarrollo de nuevos antibióticos y vacunas, ya que la rentabilidad está en otros nichos terapéuticos. Un informe anterior a la pandemia señalaba que solo seis ensayos clínicos se desarrollaban contra el coronavirus en EEUU, todos con financiación pública, es decir, ninguna compañía farmacéutica tenía interés en investigarlo. Todo cambió con la pandemia y la búsqueda de la vacuna se convirtió en una carrera para ver quién obtendría primero la aprobación para comercializarla.

También se llevaron adelante diversos ensayos clínicos a nivel global, la mayoría intentaba probar si los fármacos ya comercializados para tratar otras patologías podrían ser utilizados en la pandemia (Remdesivir, hidroxiclороquina).

## Geopolítica y covid-19

La disputa geopolítica no se dio solo por encontrar nuevos tratamientos, también se dio con anterioridad alrededor de la disponibilidad de insumos y tecnologías: camisolines, barbijos, respiradores, kits diagnósticos y otros. Los principales países del mundo querían lo mismo y al mismo tiempo, pero el mercado, dominado por China, no consiguió dar respuestas a las demandas y se favoreció un mercado negro que llegó a elevar los precios de 5 a 20 veces su valor.

Ese escenario provocó diferentes estrategias para apropiarse de insumos o bloquear exportaciones por los Estados miembros del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, provocando conflictos y acusaciones entre ellos. El desparpajo llevó a la violación de tratados multilaterales. Esa red de intrigas y suspensos fue calificada por los medios de comunicación con términos como piratería moderna, guerra sucia, espionaje, golpes bajos, chantaje, corrupción, robos, decomisos y servicios secretos, y algunos titularon “la guerra de los barbijos”.

## Cuidado y atención de las enfermedades

En sus comienzos, la pandemia puso en alerta al sistema de salud ante la posibilidad de un pico en la curva de infectados que llevaría al colapso las capacidades de internación. Ese escenario llevó a que la agenda covid-19 desplace a la agenda sanitaria y provoque cambios en la organización de los servicios. La preparación para enfrentar a la covid-19 obligó a postergar cirugías programadas, cerrar consultorios, remodelaciones físicas en guardias para mantener distancias, separar las consultas, cambios de horarios del personal, y tiempo dedicado a capacitaciones para la covid-19 que se le quitó de otras actividades. Además, para la protección de la salud de los trabajadores de la salud se dispusieron – aunque no siempre – turnos rotatorios que, sumados a las licencias especiales, redundaron en una disminución del personal disponible para la atención.

Así se redujo significativamente la oferta de servicios y prestaciones que no fueran covid-19 y, como consecuencia, disminuyó la atención por consultas programadas o espontáneas en las distintas especialidades. Con el paso de los días se puso en agenda la discusión de cómo volver a la atención para no agravar la situación de aquellos pacientes no covid-19. Los relatos de los trabajadores, de los pacientes y de sus familiares dieron testimonios de un incremento de los suicidios y de los intentos de suicidio; agravamiento de pacientes con bulimia o anorexia; pacientes crónicos de salud mental que sufrían dificultades para el seguimiento y/o interrupción del tratamiento; problemas en el acceso a la medicación por falta de recetas; aumento de las barreras para la atención en los servicios de emergencia; pacientes con enfermedades crónicas que vieron agravadas sus situaciones por falta de controles, deterioro cognitivo por aislamiento y falta de movilización en pacientes con Parkinson y en adultos mayores institucionalizados, embarazadas y recién nacidos que dejaron de hacerse controles, pacientes con cáncer que no conseguían operarse, tratamientos oncológicos en curso, o por iniciarse, suspensión de los controles de remisión en cánceres, infartos de miocardio y accidentes cerebro-vasculares que no conseguían internarse, y problema de la salud mental que se extendieron y afectaron a los propios equipos de salud.

También las personas dejaron de ir a las instituciones de salud por miedo a contagiarse, a la vez que se volvía evidente que el número de camas no covid-19, para internación, era insuficiente y resultaba difícil derivar a los pacientes.

Los países que priorizaron la salud y se enfocaron en la lucha contra el covid-19, a medida que pasaron los días y la cuarentena se extendía, se encontraron con que los problemas de los pacientes crónicos o las urgencias del día a día tenían dificultades para ser resueltas por insuficiencia de personal. Las consecuencias sanitarias de esas postergaciones se verán en el mediano plazo, al analizar las cifras de morbilidad durante la pandemia y los años siguientes, comparadas con las de años anteriores a la pandemia.

## Cruje el sistema sanitario

El campo de la salud se estremeció por la pandemia. Acostumbrado a la alta autonomía de sus trabajadores, burocracias profesionales, de repente ingresó en una dinámica normativa que tensionó sus formas de trabajo y provocó que las instituciones crujieran y aparecieran problemas organizativos.

En el devenir de la pandemia, los equipos de salud se vieron diezmados por distintos motivos: personal enfermo o fallecido por covid-19, licencias para grupos de riesgo, implementación de turnos rotativos para evitar los contagios, ausencia de atención diferenciada entre pacientes con o sin covid-19, precariedad laboral y pluriempleo, además de los lógicos temores personales ante la enfermedad o la muerte.

La pandemia no dejó sólo más de seis millones de muertos, sino el peligro potencial que en el imaginario social se fortalezca la idea del hospital y las altas tecnologías como destino necesario de las inversiones futuras en detrimento de los centros de salud, sus equipos y el trabajo territorial. No es cuestión de generar un falso dilema – ambas dimensiones son necesarias – sino de pasar de sistemas *hospitalocéntricos* a sistemas centrados en los territorios con equipos de salud instalados, configurando procesos relacionales en los que no solo se conozca a

la persona, sino también a la familia, el barrio, el ambiente, el trabajo y el sinfín de vínculos que se dan en la complejidad de cualquier territorio, reservando para los hospitales la atención de los problemas complejos (en promedio, el 15% de las consultas) con toda la tecnología necesaria. (SPINELLI, 2020)

En el marco de la pandemia, los equipos territoriales y los centros de salud hubiesen obtenido mejores resultados en la morbimortalidad si hubiesen funcionado 24 horas para educar y acompañar a la comunidad y prevenir los contagios, en general, esto no siempre se pudo o se quiso hacer. El territorio es el lugar donde se puede enfrentar con mayor éxito a la pandemia, instalando allí múltiples dispositivos sociosanitarios que interactúen con la singularidad de esas complejidades. Cuando la esperanza se coloca en los respiradores y las unidades de terapia intensiva, se llega tarde, se corre detrás del virus, y solo queda esperar más muertes.

¿Qué soluciona la vacuna? La inmunidad de las personas. ¿Pero, podrá ocultar la vacuna lo que desnudó el covid-19? Dependerá del poder para mantener en discusión lo que la pandemia puso al descubierto, en una lógica procesual que construya actores sociales capaces de trabajar la agenda pública, con una construcción de lo político que alimente a las políticas. El problema es tanto económico como cultural. ¿Cuánto tiempo nos llevará entender y aceptar que no se trata de ser más ricos, sino de ser menos desiguales? En esa pregunta se juega el enigma del laberinto en que nos encontramos.

## Los medios de comunicación

Los medios de comunicación presentan la información en términos negativos, alarmistas y catastróficos, generando espectacularidad y sensacionalismo, concentrando la información en lo trágico, en el escándalo y en el desastre. Pero lejos están los medios, en general, de ayudar a pensar y a fortalecer mecanismos de solidaridad, evitando la discriminación. Menéndez enuncia características recurrentes para que una epidemia se vuelva noticiable, por ejemplo, se trata de enfermedades nuevas cuyo tratamiento aún no se conocen, ocasionan graves consecuencias económi-



cas, afectan a países desarrollados y a los conjuntos sociales de ingresos más altos, despierta interés en la industria farmacéutica y genera incertidumbre tanto en la población como en quienes integran el campo de la salud. En síntesis, ante una pandemia los medios monopolizan el relato a partir de acciones sensacionalistas, construyendo representaciones que la asocian a ideas de catástrofes, miedos y alarmas, que terminan configurando un espectáculo mediático. (MENÉNDEZ, 2020; MENÉNDEZ; DI PARDO, 2008;)

Desde la década de 1960 se sabe que los medios de comunicación influyen en la opinión pública, delimitando el qué hablar y el cómo hacerlo. A pesar de esto, la noticiabilidad, el alarmismo y la espectacularización de las epidemias continúan sucediendo tal como se observó con la gripe aviar, la gripe A y el ébola.

¿Cómo es posible que conociéndose el rol de los medios y las consecuencias en la calidad de la información no pueda romperse con su matriz hegemónica? La respuesta está en que los medios producen su propia epidemia, la “infodemia”, es decir, la sobreabundancia de información que genera una paranoia colectiva.

## **Interrogantes ante un futuro incierto**

La pandemia no solo desnudó dimensiones político-económicas e ideológico-culturales, sino que dejó preguntas y problematizaciones producto de quiebres que se han ido acumulando: ¿qué pasó con las demandas no vinculadas al covid-19, que no pudieron ser atendidas o que por temor a contagiarse las propias personas pospusieron controles o consultas?, ¿cuáles serán las consecuencias de los problemas de salud mental que las personas atravesaron durante la pandemia?, ¿podremos fortalecer los sistemas públicos de salud, dando una discusión que desplace la institucionalidad desde los hospitales a los centros de salud?

La pandemia dio visibilidad a viejos reclamos como la necesidad de un Estado fuerte para intervenir en situaciones críticas de la sociedad, el déficit de viviendas dignas y el acceso a servicios básicos de grandes grupos poblacionales, la vulnerabilidad de los trabajadores informales, la nece-

sidad de una soberanía alimentaria y sanitaria, y la imperiosa necesidad de un ingreso ciudadano, la importancia de los trabajadores esenciales que son los peores pagos y, sobre todo, el tomar conciencia del precio que pagamos por vivir en sociedades tan desiguales.

La pandemia lleva más de seis millones de muertes reconocidas a nivel mundial, y no sabemos cuántas serán finalmente. No creemos que la pospandemia nos lleve a un mundo mejor. Sí podemos afirmar que vivimos situaciones y oportunidades impensadas, y que no todas fueron o serán aprovechadas para construir un mundo menos desigual.

## Referencias

ALAZRAQUI, M.; MOTTA, E.; SPINELLI, H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social: un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2693-2702, 2006. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9f9HF9bRk9vMzSHYDvymcD/abstract/?lang=es>. Acceso en: 15 sep. 2022.

ALEMÁN, J. *Horizontes neoliberales en la subjetividad*. Olivos: Grama Ediciones, 2016.

MENÉNDEZ, E. L. Consecuencias, visibilizaciones y negaciones de una pandemia: los procesos de autoatención. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 16, p. 1-23, 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652020000100087](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652020000100087). Acceso en: 15 sep. 2022.

MENÉNDEZ, E. L.; DI PARDO, R. B. La representación social negativa de los procesos de salud/enfermedad/atención en la prensa escrita. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 4, n. 1, p. 9-30, 2008. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652008000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000100002). Acceso en: 15 sep. 2022.

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. Sao Paulo: HUCITEC: ABRASCO: Ed. UNESP, 1994.

SPINELLI, H.; ALAZRAQUI, M.; ARAKAKI, J. et al. Una experiencia de gestión en el campo social: Programa Federal de Salud 1997-2001. In: SPINELLI, H. (comp.). *Salud Colectiva: cultura, instituciones, subjetividad; epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2014. p. 201-244.

SPINELLI, H. Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 16, p. 1-11, 2020. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/3360/1699>. Acceso en: 15 sep. 2022.



CAPÍTULO 9

## LA PANDEMIA Y LA SALUD PÚBLICA EN PERÚ secuelas socio-sanitarias y lecciones aprendidas

GIOVANNI MENESES

### Introducción

A fines de julio de 2022, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) había en el mundo, desde principios de la pandemia de covid-19, más de 565 millones de afectados y casi 6 millones y medio de muertos; en el Perú, se tiene registrados 3.787.887 casos confirmados y 213.894 fallecidos en el mismo periodo, aunque según otras fuentes los resultados pueden ser incluso peores. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2022) A juzgar por las gráficas nacionales, regionales y globales, estaríamos asistiendo a una cuarta ola. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2022) En este capítulo trataremos el impacto de la pandemia en diferentes aspectos de la salud pública en el Perú, con énfasis en las lecciones aprendidas durante este lapso.

### Pandemia de covid-19

La pandemia de covid-19 se denomina así por la enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. (GRUPO DE ESTUDIO CORONAVIRIDAE

DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE TAXONOMÍA DE VIRUS, 2020) El caso índice fue identificado en las postrimerías del año 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, China, asociado a un brote de neumonía por agente desconocido. La mayoría de contagiados tenían nexos epidemiológicos con el mercado mayorista de mariscos en Huanan. (HUANG et al., 2020)

Hacia mediados de enero de 2020, la OMS reportó el primer caso confirmado en Tailandia. Casi al mismo tiempo comenzaron a registrarse contagios en trabajadores sanitarios y la infección se extendió a Corea del Sur. (CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES RESEARCH AND POLICY, 2020) Dado el notable incremento de los viajes al interior del país debido a la inminencia de las festividades del Año Nuevo Chino, la OMS predijo el advenimiento de una pandemia (COHEN; NORMILE, 2020) que fue declarada ya entrada la segunda semana de marzo de 2020, cuando había casi 120 mil casos y más de 4 mil fallecidos en 114 territorios nacionales. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2020)

En el caso del Perú, se constató la existencia de dos brotes en la primera ola de contagios, uno al culminar la tercera semana de abril y que obtuvo su clímax acabando el mes de mayo, y otro que fue aumentando al promediar la segunda semana de julio y logró su cima hacia las mismas fechas de agosto. (VALENCIA, 2020)

## **Acciones sanitarias a nivel internacional**

A nivel internacional, se propuso la ejecución de una serie de medidas para frenar la diseminación del virus: a) la mitigación, mediante el aislamiento de los casos sospechosos en su entorno doméstico, cuarentena de contactos y el distanciamiento social de las personas pertenecientes a los llamados grupos de riesgo-hipertensos, diabéticos, obesos, inmunosuprimidos, adultos mayores, etcétera – hasta lograr la aplicación de la inmunización, y b) la supresión, reduciendo en forma indefinida la propagación de la epidemia. (FERGUSON et al., 2020) El epidemiólogo español Tomás Pueyo, en un artículo que generó una tendencia mundial, sugirió combinar estrategias radicales para cortar la cadena de contagios-el martillo-seguidas por intervenciones selectivas de inteligencia

sanitaria- la danza- para prevenir la aparición de nuevos brotes. (PUEYO, 2020) En nuestro país, Burhum (2020), aludiendo a un baile folclórico muy conocido y ante la conveniencia de diferenciar las características locales de la acción de los decisores, apodó a la propuesta “el martillazo y el huayno”.

## Acciones sanitarias emprendidas en el Perú

Si bien inicialmente se observó un enérgico frente de la pandemia por el presidente Vizcarra, con la disposición del cierre de las fronteras, suspensión de los vuelos comerciales y paro de las actividades económicas no indispensables, así como la restricción al tránsito peatonal y vehículos, y la expedición de salvoconductos, inclusive con la separación de sexos en las compras a los supermercados, en lo que fue llamado “el pico y placa por sexo” (BERMÚDEZ-TAPIA, 2021, p. 998) en referencia a una norma previa para limitar la congestión automotriz, se fracasó en obtener la participación de la población, por lo que hacia mediados de setiembre se extremaron algunas de estas iniciativas. (RODRÍGUEZ, 2020) Sin embargo, el surgimiento de variantes más contagiosas y letales, como la beta, delta, lambda y ómicron, entre otras, ocasionó reinfecciones y aumento de muertes. (URIGH, 2021)

En la caja negra de las políticas públicas existe un trasfondo de racionalidad poco transparente, que no llega al conocimiento público, y despierta la natural suspicacia sobre las verdaderas motivaciones de los gobernantes. (PORTOCARRERO; ROMERO, 2000) La declaratoria del estado de emergencia fue prorrogada de modo reiterado, lo que trajo consigo la disminución del grado de observancia por la población. Un aspecto notorio fue que el público cada vez menos obedecía las restricciones dictadas por el gobierno debido a la necesidad de asegurar su sustento por la existencia de altos niveles de subempleo y empleo informal, la afectación de la economía con el cierre de pequeñas y medianas empresas que no se beneficiaron con los bonos de reactivación entregados por el Ejecutivo. Asimismo, el agotamiento del discurso oficialista generó el descrédito del mismo, lo que se exacerbó con las múltiples pugnas con el Congreso en un marco de inestabilidad política que llevó

a tener tres congresos y cuatro presidentes en menos de un año. (BERMÚDEZ-TAPIA, 2021) Ello polarizó los enfrentamientos al descubrirse, ya en el periodo del presidente Sagasti, el posible sesgo mercantilista y conflictos de intereses de los decisores, expuestos en el escándalo de las vacunaciones subrepticias del entorno palaciego, ministerial y de las entidades que estaban llevando a cabo el estudio de investigación de las vacunas que fue conocido como el “Vacunagate”. (KENYON, 2021)

Del mismo modo, se observó un bajo nivel de evidencia de sustento científico en las disposiciones tomadas (TAYPE-RONDÁN; GOICO-CHEA-LUGO, 2020) cuando al inicio de la pandemia se recomendó el uso de guantes descartables, pediluvios y protectores faciales, así como la entrega masiva de ivermectina (MENESES; ORTEGA-GUILLÉN, 2021) y el abuso de corticoides, inmunomoduladores, antibióticos y anti-coagulantes para el tratamiento ambulatorio de casos leves. (TAYPE-RONDÁN; HERRERA-AÑAZCO; MÁLAGA, 2020) Igualmente, hubo escasa evidencia para la implantación de pruebas de anticuerpos para el diagnóstico de la enfermedad, cuando lo indicado era la realización de pruebas antigénicas o moleculares, lo que llevó a decisiones erradas en el manejo de los pacientes. (ORTEGA-GUILLÉN; MENESES, 2020) Todo ello se vio potenciado por la difusión por redes sociales de noticias falsas y consejos inapropiados, lo que se denominó “infodemia”.

## Logros obtenidos en la asistencia y educación médica

Sin embargo, la pandemia ha contribuido a acortar las distancias físicas y disminuir los tiempos de espera debido a que ha impulsado un desarrollo rápido de la telesalud, lo que sin embargo enfrenta retos asociados a la transformación digital, tales como equipo obsoleto o inoperativo, así como sobrecarga de los servicios por déficit de citas en los Establecimientos de Salud (EES) del primer nivel al haberse suspendido temporalmente la atención ambulatoria. (PÉREZ, 2021) Ello, siendo una amenaza desde el punto de vista del análisis estratégico, pudo convertirse en una oportunidad por el reordenamiento de servicios e infraestructura que hizo posible la Atención Primaria de Salud (APS) como un proceso continuo de atención, lo que implica coordinación horizontal



y al mismo tiempo integración vertical de los EESS de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) eliminando la fragmentación. (MENESES, 2010) Es necesario aprovechar las lecciones aprendidas para asegurar la sostenibilidad de estas acciones a largo plazo, generando capacidad instalada para que pasado el covid-19 se mantengan estos procesos.

En la misma lógica, la pandemia contribuyó a la proliferación, difusión e implementación vertiginosa de diversas plataformas virtuales de aprendizaje, incluyendo laboratorios virtuales que si bien es cierto existían previamente, habían sido escasamente utilizadas hasta ese momento. (VERGARA, 2019) Dependiendo de la institución educativa, se empleó Zoom, Google Meet, Microsoft Teams, Cisco Webex, u otros para las videoconferencias, así como Chamilo, Google Classroom, Moodle, Blackboard Learning, así como otras herramientas digitales tales como Jamboard, Kahoot, Padlet, Mentimeter o Google Drive para el aprendizaje colaborativo. En esta etapa fue esencial el rol de los alumnos, quienes, como nativos digitales, pudieron reforzar y facilitar procesos de alfabetización digital en sus respectivos docentes. Por supuesto, muchas universidades realizaron cursos y módulos de capacitación para sus clientes internos, y en muchos casos adicionalmente se proporcionaron *routers*, Modems e incluso laptops a los docentes y estudiantes, con el fin de contribuir a reducir la brecha tecnológica y de conectividad de los participantes, en el caso de que se pudiera adaptar las diversas asignaturas a modalidad virtual según las disposiciones de la Superintendencia Nacional de Educación (SUNEDU) dependiente del Ministerio de Educación. De no ser factible, se tuvo que suspender o reprogramar las actividades hasta que las condiciones de la pandemia permitiesen la presencialidad.

## Lecciones aprendidas

El arribo de los lotes de vacunas, inicialmente la Sinopharm, que exceptuando las irregularidades previamente mencionadas se destinó predominantemente a inmunizar al personal de salud, y más adelante la Pfizer y Moderna, lograron reducir marcadamente la mortalidad, hospitalizaciones y la ocupación de camas de Cuidados Intensivos.

(ESCOBAR-AGREDA; VARGAS; ROJAS-MEZARINA, 2021) No obstante, hubo pocos avances en el posicionamiento de una conciencia sanitaria en la sociedad civil. Si bien es cierto en nuestro país por su idiosincrasia se ha visto poco efecto de las medidas de prevención, lavado de manos, distanciamiento físico y uso de las mascarillas de protección personal, en el resto del planeta surge una conciencia de la necesidad de mantener estas prácticas, en lo que se le ha llamado La Nueva Normalidad. (UNESCO, 2020) Estos limitados resultados obtenidos por el sector contra la Pandemia del covid-19 hasta el momento nos comprometen a replantear la necesidad de incorporar a la comunidad en el proceso, planificando mediante la inteligencia sanitaria georreferenciada en el territorio e interviniendo mediante la APS renovada. (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2008)

Se debe diferenciar entre la APS y el Primer Nivel de Atención. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2007) Según el modelo tripartito, en el primero se encuentran los puestos y centros de salud, y deberían resolver el 80% de la demanda; en el segundo nivel, conformado por Hospitales de apoyo y regionales, se encargarían del 15%, y el tercer nivel, constituido por los hospitales nacionales, macrorregionales e institutos, debería asumir el 5% restante. En los tres niveles puede realizarse APS. (SOMOCURCIO, 2013) La Comisión de Alto Nivel recomendó asegurar un modelo institucional del Estado que permita cumplir con garantizar el derecho a la salud; desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad; generar mecanismos de participación social real, profunda, inclusiva y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional); generar mecanismos de regulación y fiscalización del sector privado; eliminar las barreras de acceso a la salud universal; abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales de salud; reposicionar la salud pública como un eje orientador de la respuesta del Estado para la transformación de los sistemas de salud; valorar los recursos humanos como sujetos protagonistas de la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS; promover la utilización racional y la innova-

ción de los recursos tecnológicos al servicio de las necesidades de salud de la población; y, finalmente, desarrollar un modelo de financiamiento que asegure la suficiencia, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2019)

De las cuatro tareas esenciales de la medicina (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento de los enfermos y rehabilitación) la promoción de la Salud ha sido definida como un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla. (RODRÍGUEZ et al., 2011)

En tal escenario complejo, urge la generación de ciudadanía y su empoderamiento (MINCHÁN-CALDERÓN et al., 2017), para mantener y extender las actividades de vigilancia, detección, manejo o tratamiento y seguimiento de casos y sus contactos en el nivel comunitario (presencial o vía telefónica), lo que incluye la promoción e implementación de medidas de autoaislamiento y/o aislamiento/cerco familiar. Es fundamental continuar con el uso de pruebas moleculares ante todo caso considerado como sospechoso para la detección de infección por covid-19. Se precisa el diseño de políticas públicas multisectoriales y niveles de decisión gubernamentales para implementar exitosamente estas medidas, pero algunas pueden aplicarse en el ámbito local, tales como basar los modelos de atención en las personas y las comunidades, considerando la interculturalidad y fomentando la participación comunitaria en plataformas de abogacía e incidencia política en los determinantes sociales de salud, replanteando el rol de la salud pública en el manejo territorial y los recursos humanos en salud para el mejor uso de la tecnología. En el contexto de la pandemia, que dificulta el uso de documentación en físico y se ha debido redistribuir ambientes para la atención de los pacientes con covid-19, es posible emplear el aplicativo REFCON para descongestionar las citas, así como aprovechar las diferentes posibilidades que nos da la telesalud: telemedicina-teleconsulta, telemonitoreo, teleorientación y teleinterconsulta-telecapacitación, tele Información, Educación y Comunicación-IEC- y telegestión. (PERÚ, 2016) Los componentes asistenciales se cubren con la telemedicina, mientras que los preventivo-promocionales principalmente son llevados a cabo utilizando

técnicas de IEC por vía virtual. (LINARES; LINARES; HERRERA, 2018) Superada la pandemia o bien cuando ya se logre que la mayoría de todos los segmentos de la población esté vacunada, será cardinal asumir un enfoque participativo comunitario donde se den cita representantes de los diferentes sectores, contribuyendo a garantizar la mejora de salud de la población, debido a que al recoger las necesidades en salud y demandas de la población a través de los actores sociales clave se optimiza la medición de las desigualdades e inequidades en salud, desde un enfoque territorial que permita la gobernanza sanitaria mediante el involucramiento de los beneficiarios empleando los niveles del modelo de Rifkin, para que sucesivamente se incorporen a las actividades, el seguimiento, la implementación y, finalmente la planificación de la gestión sanitaria. (RIFKIN, 1990)

Los sistemas de referencia y contrarreferencia deben mejorar la interoperabilidad de las distintas plataformas empleadas, lo que implica el potenciamiento de la conectividad, el uso de aplicaciones descargables de salud móvil que sean amigables, la alfabetización digital de los recursos humanos y los usuarios, así como la inversión en infraestructura de sistemas de soporte informático y equipos de comunicación en tiempo real; asimismo, se requiere aumentar la capacidad de los servidores y masificar el almacenamiento en las nubes. (PERÚ, 2016)

Igualmente, el rol emergente de la telesalud ofrece un panorama promisorio para lograr la integración vertical y la coordinación horizontal de los EESS, de manera que se pueda garantizar continuidad de la atención del individuo en sus diversos ciclos de vida, familia y comunidad. No obstante, es evidente que se requiere alianzas estratégicas entre los diferentes actores involucrados con miras a cimentar iniciativas de largo aliento en pro de la población, verdadero objetivo de la APS. (ASE; BURIJOVICH, 2009)

## Conclusiones

Eventualmente, la pandemia concluirá, ya sea por vacunación masiva, inmunidad de rebaño adquirida, selección natural o mutación del virus.

(WIERSINGA et al., 2020) Lo que parece improbable es que el mundo regrese a su estado anterior a la pandemia, dada la virtualización del trabajo, la banca y la educación, que en nuestro ámbito se expresa en la telemedicina y la educación digital por e-learning. (UNESCO, 2020)

Lo anterior es relevante ante la emergencia de nuevas epidemias, producto de la aparición de nuevos virus, o por las alteraciones en el medio ambiente ocasionados por el Cambio Climático. Ante este reto, se plantea la necesidad de una Ciencia Abierta, según la Unesco (2020a):

En un contexto en el que los desafíos mundiales y socioeconómicos exigen soluciones sostenibles e innovadoras, es necesario que se realicen esfuerzos científicos eficientes, transparentes y dinámicos, no sólo por parte de la comunidad científica, sino por parte de toda la sociedad.

El papel de las nuevas tecnologías, en especial la Inteligencia Artificial (IA) es evidente; el fenómeno del Big Data permite disponer de ingentes volúmenes de información que permitirán una mejor gestión pública, lo que se ha demostrado en el manejo de la pandemia, pero que conlleva riesgos a la seguridad individual y colectiva por el uso malicioso de los datos o la exacerbación de las desigualdades. (UNESCO, 2020)

La crisis sanitaria actual nos lleva a reflexionar sobre la pertinencia de establecer iniciativas estratégicas para la negociación internacional de medicamentos, insumos, como se ha visto en el caso de las vacunas, aunadas a una optimización de la gestión sanitaria priorizando la salud pública y un agresivo énfasis de la promoción de negocios, en lo que se ha venido a llamar “diplomacia sanitaria”. (BUSS; TOBAR, 2020) No obstante, es claro que existen distorsiones en este progreso e inequidades en las relaciones en el concierto mundial, sobre todo ante la inminente escasez de los recursos naturales, que originan tensiones, retos y perspectivas que serán relevantes para la gobernanza territorial, no solamente en el entorno local, sino regional y global. (FEO et al., 2020)

Un reto de nuestra sociedad que hasta la fecha continúa como agenda pendiente es liberarnos de su estructura desigual, informal y profundamente conflictiva, cimentada sobre la convicción cotidiana de que la

injusticia y la corrupción son parte de nuestra identidad nacional y por lo tanto inevitables. El Estado como nación políticamente organizada debe trabajar por una reforma horizontal de los servicios que realmente implique al ciudadano en la toma de decisiones, no solamente como un ente pasivo. Ya no se trata solamente de fomentar el distanciamiento físico, el lavado de manos y el uso de mascarillas, ni siquiera basta con la vacunación masiva, como se ha visto por la experiencia reciente. Se requiere integrar a la comunidad en una planificación de abajo hacia arriba que realmente contribuya a solucionar sus necesidades para así lograr la gobernanza del bien común.

## Referencias

ASE, I.; BURIJOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, Buenos Aires, v. 5, n. 1, p. 27-47, 2009. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000100003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652009000100003&script=sci_abstract). Acceso en: 14 ago. 2022.

BERMÚDEZ-TAPIA, M. Políticas públicas, pandemia y corrupción: el caso “vacunagate” en Perú. *Revista direitos sociais e políticas públicas (UNIFAFIBE)*, Barretos, v. 9, n. 1, p. 984-1008, 2021. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/893>. Acceso en: 14 ago. 2022.

BURHUM, R. Y. *El Martillazo y el Huayno*. covid-19 en el Perú – Las métricas más importante pre y post cuarentena. Lima: Medium, 2020. Disponible en: <https://medium.com/@rburhum/el-martillazo-y-el-huayno-278716f49938>. Acceso en: 14 ago. 2022.

BUSS, P. M.; TOBAR, S. La covid-19 y las oportunidades de cooperación internacional en salud. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-3, 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00066920/es>. Acceso en: 14 ago. 2022.

CENTER FOR INFECTIOUS DISEASES RESEARCH AND POLICY. *New coronavirus infects health workers, spreads to Korea*. Seúl: CIDRAP, 2020. Disponible en: <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/01/new-coronavirus-infects-health-workers-spreads-korea>. Acceso en: 14 ago. 2022.

COHEN, J.; NORMILE, D. New SARS-like virus in China triggers alarm. *Science*, Washington, D.C., v. 367, n. 6475, p. 234-235, 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31949058/>. Acceso en: 14 ago. 2022.

ESCOBAR-AGREDA, S.; VARGAS, J; ROJAS-MEZARINA, L. Evidencias preliminares sobre el efecto de vacunación contra la covid-19 en el Perú. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, Lima, v.27. n. 3-4, p. 35-39, 2021. Disponible en: [https://boletin.ins.gob.pe/wp-content/uploads/2021/V27N3-4/A05V27N3\\_4.pdf](https://boletin.ins.gob.pe/wp-content/uploads/2021/V27N3-4/A05V27N3_4.pdf). Acceso en: 14 ago. 2022.

FEO, O.; RODRIGUES, A. M.; SAAVEDRA, F. *et al. Dossier de Salud Internacional Sur Sur CLACSO VI "Crisis Civilizatoria Impactos sobre la Salud y la Vida"*. Santo Domingo: FLACSO: IDEPSalud, 2020.

FERGUSON, N. M.; LAYDON, D.; NEDJATI-GILANI, G. *et al. Centro MRC para el Análisis Global de Enfermedades Infecciosas Informe 9 – Impacto de las intervenciones no farmacéuticas (NPI) para reducir la mortalidad y la demanda sanitaria de covid-19*. London: London Imperial College, 2020. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-9-impact-of-npis-on-covid-19/>. Acceso en: 14 ago. 2022.

GRUPO DE ESTUDIO CORONAVIRIDAE DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE TAXONOMÍA DE VIRUS. La especie Coronavirus relacionada con el síndrome respiratorio agudo severo: clasificando al 2019-nCoV y nombrándolo SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 536-544, 2020.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X. *et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet*, New York, v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30183-5/fulltext). Acceso en: 14 ago. 2022.

KENYON, G. Vacuna-gate escalates in Peru. *The Lancet Infectious Diseases*, Amsterdam, v. 21, n. 4, p. 463, 2021. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00157-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00157-2/fulltext). Acceso en: 14 ago. 2022.

LINARES, L.; LINARES, L.; HERRERA, A. Telemedicina, impacto y perspectivas para la sociedad actual. *Universidad Médica Pinareña*, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 289-303, 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82223>. Acceso en: 14 ago. 2022.

MENESES, G. *II Jornadas de Salud Pública: Carlos Enrique Paz Soldán*. Lima, San Fernando, 17, 18 y 19 de marzo del 2010. Lima: OPS, 2010.

- MINCHÁN-CALDERÓN, A.; VÁSQUEZ LEÓN, B.; VÁSQUEZ ARANGOITIA, C. *et al.* *Promoción de la salud*. Lima: Ministerio de Salud – Instituto Nacional de Salud, 2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. WHO Coronavirus Disease (covid-19) Dashboard. *Organización Mundial de La Salud*, Ginebra, 2020. Disponible en: <https://covid19.who.int/>. Acceso en: 25 jul. 2022.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Curvas Epidemiológicas Subregionales y de País*. Ginebra: OPS, 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/curvas-epidemiologicas-subregionales>. Acceso en: 25 jul. 2022.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS, 2007.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. “*Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C.: OPS, 2019.
- ORTEGA-GUILLÉN, E.; MENESES, G. IgG-positive for SARS-CoV-2 and deficiencies in Peruvian regulations: apropos of a case. *Acta Med Peru*, Peru, v.37, n. 4, 553-555, 2020. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/ru/covidwho-1077094>. Acceso en: 14 ago. 2022.
- PÉREZ, O. *Impacto de la telemedicina en la práctica clínica*. Lima: [s. n.], 2021.
- PERÚ. Congreso de la República. Ley n° 30421. Ley Marco de Telesalud. *Diario Oficial El Peruano*, p. 582202-582203, 2 abr. 2016.
- PORTOCARRERO, F.; ROMERO, M. E. La ‘caja negra’ o el proceso de formulación e implementación de políticas públicas: el caso del PRONAA. In: PORTOCARRERO, F. *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2000. p. 153-90.
- PUEYO, T. *Coronavirus: The Hammer and the Dance. What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time*. Madrid: Medium, 2020. Disponible en: <https://tomaspueyo.medium.com/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-beg337092b56>. Acceso en: 18 jul. 2022.



RIFKIN, S. B. *World Health Organization*. Community participation in maternal and child health/family planning programmes: an analysis based on case study materials. Ginebra: World Health Organization, 1990.

RODRÍGUEZ, B. B.; BÁEZ, E. G.; SÁNCHEZ, G. *et al.* La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. *Revista Médica Electrónica*, Matanzas, v. 33, n. 6, p. 807-816, 2011. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/893>. Acceso en: 14 ago. 2022.

RODRÍGUEZ, M. A. *Al martillo y la danza les falta la cerca...y ritmo*. San José: LaRepublica.net, 2020. Disponible en: <https://www.larepublica.net/noticia/al-martillo-y-la-danza-les-falta-la-cercay-ritmo>. Acceso en: 13 ago. 2022.

SOMOCURCIO, J. G. La atención primaria de la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Peru, v. 30, n. 2, p. 171-172, 2013.

SOTO, A. The use of drugs without demonstrated effect as a therapeutic strategy in covid-19 in Peru. *Acta Med Peru*, Peru, v.37, n.3, p. 255-257, 2020. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1023087>. Acceso en: 14 ago. 2022.

TAYPE-RONDAN, Á.; GOICOCHEA-LUGO, S. Toma de decisiones clínicas basadas en evidencias durante la pandemia de COVID-19. *Acta Médica Peruana*, [Perú], v. 37, n. 3, p. 357-365, 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000300357](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000300357) Acceso en: 14 ago. 2022.

TAYPE-RONDAN, Á.; HERRERA-AÑAZCO, P.; MÁLAGA, G. Sobre la escasa transparencia en los documentos técnicos para el tratamiento de pacientes con covid-19 en Perú. *Acta Med Peru*, Peru, v.37, n.2, p. 215-222, 2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000200215](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200215). Acceso en: 14 ago. 2022.

UNESCO. *Ciencia abierta y mayor cooperación científica*. Ginebra: UNESCO, 2020a. Disponible en: <https://es.unesco.org/node/321446>. Acceso en: 18 jul. 2022.

UNESCO. *Elaboración de una Recomendación sobre la Ética de la Inteligencia Artificial*. Ginebra: UNESCO, 2020b. Disponible en: <https://es.unesco.org/artificial-intelligence/ethics>. Acceso en: 18 jul. 2022.

UNESCO. *La campaña “La Nueva Normalidad” de la UNESCO*. Ginebra: UNESCO, 2020c. Disponible en: <https://es.unesco.org/campaign/nextnormal>. Acceso en: 18 jul. 2022.

UNESCO. *Open Science Ginebra*: UNESCO, 2020d. Disponible en: <https://en.unesco.org/science-sustainable-future/open-science/consultation>. Acceso en: 18 jul. 2022.

URIGH, A. *Originada en Perú, más contagiosa y ya en España: ¿Qué sabemos de la variante Lambda de la Covid-19?*. Madrid: Consalud, 2021. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/originada-peru-contagiosa-espana-que-variante-lambda-covid-19\\_100779\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/originada-peru-contagiosa-espana-que-variante-lambda-covid-19_100779_102.html). Acceso en: 18 jul. 2022.

VALENCIA, M. *Minsa: Perú entró a segunda ola de Covid-19 según cifras y pico llegará en marzo*. Lima: El Búho, 2020. Disponible en: <https://elbuho.pe/2020/12/minsa-peru-entro-a-segunda-ola-de-covid-19-segun-cifras-registradas-y-pico-llegara-en-marzo/>. Acceso en: 14 ago. 2022.

VERGARA, D. Imposición de los laboratorios virtuales en la educación del siglo XXI. *Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, [s. l.], v.13, n. 2, p. 119-128, 2019. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/eduweb/v13n2/arto1.pdf>. Acceso en: 18 jul. 2022.

WIERSINGA W. J.; RHODES, A.; CHENG, A. C. *et al.* Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (covid-19): a review. *JAMA*, Chicago, v. 324, n. 8, p. 782-793, 2020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32648899/>. Acceso en: 18 jul. 2022.

## SOBRE OS AUTORES

### **Carlos Henrique Assunção Paiva**

Historiador, doutor em Saúde Coletiva, professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Estácio de Sá (Unesa).

E-mail: carlos.paiva@fiocruz.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7478-9628>.

### **Carmen Fontes Teixeira**

Professora titular aposentada da Universidade Federal da Bahia (UFBA)/ Instituto de Saúde Coletiva (ICS).

E-mail: carment@ufba.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8080-9146>

### **Catalina Kiss**

Farmacêutica, doutora em Saúde Coletiva, professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Estácio de Sá (Unesa).

E-mail: catalinakiss9@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6298-8681>.

### **Deivisson Vianna Dantas do Santos**

Departamento de Saúde Coletiva, pesquisador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail: deivianna@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>.

### **Elaine Nunes Pacheco**

Médica de Família e Comunidade. Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS). Mestre pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: nane.nunes@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2330-9890>.

### **Fernando Ribas Feijó**

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialista em Medicina do Trabalho (UFRGS/ANAMT/AMB) e graduado em Medicina (UFRGS). Professor adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: fernandofejomed@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8505-9567>.

### **Giovanni Meneses**

Doctor en Medicina. Docente asociado – Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, Perú.

E-mail: gmenesesf@unmsm.edu.pe.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1677-3457>.

### **Helena Moraes Cortes**

Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Docente na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

E-mail: helenamoraescortes@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8538-8400>.

## **Hugo Spinelli**

Doctor en Salud Colectiva. Universidade de Campinas. Profesor Titular. Director del Instituto de Salud Colectiva. Editor responsable de la revista *Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

E-mail: [hugospinelli09@gmail.com](mailto:hugospinelli09@gmail.com).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5021-6377>.

## **Jamilli Silva Santos**

Professora assistente da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Escola de Enfermagem.

E-mail: [jamilli.santos@ufba.br](mailto:jamilli.santos@ufba.br).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904>.

## **Jane Mary de Medeiros Guimarães**

Economista, doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), vice-coordenadora e professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Líder do Grupo de Pesquisa Educação Digital Interativa (CNPq-UFSB). Membro da Comissão de Fiscalização e acompanhamento da implantação do Homem Virtual (telemedicina) da UFSB. Professora colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Membro da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS).

E-mail: [janemg@gmail.com](mailto:janemg@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9538-2675>.

## **Lina Faria**

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), com pós-doutorado em Cooperação Científica Internacional pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora associada da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Coordenadora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFSB. Editora científica

do periódico *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Líder do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Desigualdades Sociais (CNPq) e coordenadora do Laboratório de Práticas Educação e Saúde – <https://laboratoriodepraticasufsb.webnode.com/>.

E-mail: [linafaria1964@gmail.com](mailto:linafaria1964@gmail.com)/[lina@ufsb.edu.br](mailto:lina@ufsb.edu.br).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6439-0760>.

### **Luiz Antônio Teixeira**

Historiador, doutor em História Social. Professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Universidade Estácio de Sá (Unesa).

E-mail: [luiz.teixeira@fiocruz.br](mailto:luiz.teixeira@fiocruz.br).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8871-0928>.

### **Naomar de Almeida Filho**

PhD em Epidemiologia. Pesquisador I-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Professor aposentado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Professor visitante, Instituto de Estudios Avanzados Universidad de São Paulo (USP).

ORCID: [0000-0002-4435-755X](https://orcid.org/0000-0002-4435-755X).

### **Paula Hayasi Pinho**

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Docente no curso de Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

E-mail: [paulahpinho@gmail.com](mailto:paulahpinho@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>.

### **Rafael Andrés Patino**

Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e docente permanente da Pós-Graduação em Estado e Sociedade (PPGES/UFSB).

Líder do Grupo de Pesquisa Estudos Interdisciplinares sobre Subjetividade, Relações de Poder e Violência.

E-mail: rafa.patigno@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6492-8252>.

### **Rocio Elizabeth Chavez Alvarez**

Enfermeira, mestre em Enfermagem Pediátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Ciências da Saúde pela USP, com pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Docente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFSB. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Educação, Saúde e Desigualdades Sociais (CNPq-UFSB).

E-mail: rocio.chavez@csc.ufsb.edu.br.

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5093-0909>.

### **Sabrina Stefanello**

Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail: binastefanello@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>.

Formato: 160 x 230 mm  
Fontes: Calluna, Calluna Sans  
Extensão digital: PDF



**Lina Faria** | Doutora e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), com pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora associada e coordenadora institucional do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação, Saúde e Desigualdades Sociais. Editora científica da Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação. Coordenadora do Laboratório de Práticas Educação e Saúde da UFSB. E-mail: lina@ufsb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6439-0760>.

**Rocio Elizabeth Chavez Alvarez** | Enfermeira, mestre em Enfermagem Pediátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Ciências da Saúde pela USP, com pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Docente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFSB. Vice-líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação, Saúde e Desigualdades Sociais. E-mail: rocio.chavez@csc.ufsb.edu.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5093-0909>.

**Jane Mary de Medeiros Guimarães** | Economista, doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), vice-coordenadora e professora permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Líder do Grupo de Pesquisa (CNPq-UFSB) Educação Digital Interativa. Membro da Comissão de Fiscalização e acompanhamento da implantação do Homem Virtual (telemedicina) da UFSB. Professora colaboradora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Membro da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (REBRATS). E-mail: janemg@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9538-2675>.

**Antonio José Costa Cardoso** | Médico e doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor permanente do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Responsável nacional pelo componente curricular “Planejamento e Avaliação em Saúde da Família” do PROFSAÚDE. Vice-coordenador do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFSB. E-mail: antoniojccardoso@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6085-3502>.

**Paula Hayasi Pinho** | Doutora em Ciências e mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Graduação em Psicologia pela Universidade Paulista. Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. Coordenadora Institucional do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da UFRB. E-mail: phpinho@ufrb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0699>.

**Simone Seixas da Cruz** | Doutora e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), com pós-doutorado em Epidemiologia (PPGSC-UnB). Graduação em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Centro de Ciências da Saúde. E-mail: simone.seixas@ufrb.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9410-5676>.

A coletânea reúne textos que ampliam os estudos e debates sobre formação profissional, acesso e desigualdades em saúde no contexto pós-pandêmico. Os capítulos refletem a complexidade do tema e discutem os principais desafios para gestores e profissionais da área da saúde e, também, formuladores de políticas públicas em tempos de pandemia e aumento das desigualdades socio sanitárias. Os capítulos buscam repensar ações conjuntas para o fortalecimento dos serviços de saúde, acesso equitativo e de qualidade e nos aproximam de realidades em rápida transformação de profundas iniquidades sociais, econômicas e tecnológicas geradas no contexto da pandemia. Os capítulos aqui apresentados buscam debater a formação profissional, em cenários interprofissionais e interculturais, para além do modelo biomédico, articulada aos processos de mudança na educação para a transformação das práticas de cuidado de forma mais efetiva, integrada e sensível às realidades sociais.

ISBN 978-65-5630-436-6



9 786556 304366



UF  
B

Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

