

As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem

Regina Celia Fiorati¹
Ricardo Alexandre Arcêncio²
Larissa Barros de Souza³

Objetivo: realizar reflexão crítica a respeito dos diferentes modelos interpretativos atuais dos Determinantes Sociais da Saúde e as iniquidades que dificultam o acesso e o direito à saúde. **Método:** estudo teórico, que utiliza o referencial teórico da hermenêutica crítica para compreensão reconstrutiva, a partir de uma relação dialética entre a explicação e a compreensão dos modelos interpretativos dos determinantes sociais da saúde e iniquidades. **Resultados:** são repertoriados modelos interpretativos da temática investigada. A partir da identificação de três gerações, historicamente contextualizadas, dos modelos interpretativos dos determinantes sociais da saúde; a terceira geração e atual mostra-se como a síntese histórica das anteriores, dividindo-se nos modelos: neomaterialista, teoria psicossocial, teoria do capital social, teoria cultural-comportamentalista e teoria do curso da vida. **Conclusão:** discute-se, a partir de uma reflexão dialética e crítica social, a complementaridade entre os modelos de determinantes sociais da saúde e a necessidade de uma concepção compreensiva dos determinantes para orientar ações intersetoriais para erradicação das iniquidades que dificultam o acesso à saúde.

Descritores: Iniquidade Social; Condições Sociais; Saúde Pública; Hermenêutica; Enfermagem.

¹ PhD, Professor Doutor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Mestranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2683. [Access ____ _ ____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>.

Introdução

Os determinantes sociais da saúde, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos comportamentais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde, e seus fatores de risco na população têm sido marcados por iniquidades sociais e, em saúde, em nível dos territórios periféricos urbanos, localidades geográficas e culturais distantes dos centros urbanos de cidades grandes e médias, no Brasil⁽¹⁾.

A persistência de grupos e pessoas em exclusão social e pobreza, em determinados territórios, eleva os índices de vulnerabilidade social, com exclusão ou difícil acesso de pessoas e grupos aos serviços e equipamentos públicos, aos bens materiais e imateriais, e a oportunidades que permitem às pessoas a reprodução da vida em patamar de dignidade. A exclusão ou o difícil acesso à saúde, renda, trabalho, educação, habitação, transporte e mobilidade, cultura, lazer, meio ambiente sustentável e a redes de suporte social levam a persistirem iniquidades em saúde nesses territórios, ou seja, à presença de grupos que sofrem problemas de saúde e morte evitáveis, injustos e desnecessários⁽²⁾.

Alguns estudos têm mostrado o aumento nos territórios, os quais são marcados por fortes índices de vulnerabilidade social, de pessoas e grupos que frequentemente se tornam vulneráveis a ambientes precários, à violência e a certas enfermidades, com determinantes sociais que podem resultar em morte precoce⁽³⁻⁷⁾.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo realizar reflexão crítica a respeito dos diferentes modelos interpretativos atuais dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e as iniquidades que dificultam o acesso e o direito à saúde, visando, também, refletir sobre os desafios colocados para os profissionais da saúde, em especial a enfermagem, no desenvolvimento de ações que tenham como finalidade o combate às iniquidades, às injustiças e às desigualdades de acesso à saúde de diversos segmentos sociais em vulnerabilidade social e em extrema pobreza.

Método

Trata-se de estudo teórico, o qual utiliza o referencial teórico da hermenêutica crítica de Habermas, que busca compreensão reconstrutiva, a partir de uma relação dialética entre a explicação e a compreensão de um fenômeno sob investigação⁽⁸⁾.

Mediante um processo interpretativo e contextualização histórico-cultural, busca-se ampliar a compreensão da temática estudada, conjugando interpretação e sentido, com base em abordagem apoiada na intersubjetividade da relação dialógica de campos semânticos distintos entre material interpretado e interpretação, mas simétricos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para coleta e seleção do material a ser analisado, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed nos últimos cinco anos, utilizando-se os seguintes descritores: *social determinants of health models*, e *social inequities in health*. Para o primeiro descritor obtiveram-se 841 artigos como resultado. Após análise dos *abstracts* e títulos, foram selecionados aqueles que discutiam especificamente modelos de DSS, o que resultou em 37 artigos. Para o segundo descritor, obteve-se o resultado de 43 artigos e, após a mesma análise, obteve-se um resultado de zero, pois, na totalidade, tratava-se de estudos empíricos junto a populações específicas e não mencionavam o modelo ou referencial teórico associado.

A partir da leitura dos 37 artigos que descreviam modelos de Determinantes Sociais de Saúde, ou versavam sobre eles, buscaram-se os autores citados nesses artigos, os quais se apresentam como referentes para determinados modelos mencionados. Os autores referenciais foram: Margareth Whitehead, John W. Linch, Michael Marmot, Johan P. Mackenbach, Richard G. Wilkinson, Ichiro Kawachi/Lisa F. Berkman e David Blane. Alguns documentos serviram de base para a constituição histórica dos modelos: *Commission on Social Determinants of Health – WHO – 2005*; Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – 2006 - Brasil e *The World Conference on Social Determinants of Health – 2011 – Rio de Janeiro*⁽¹¹⁾.

Dessa forma, efetuou-se uma compreensão hermenêutica dos textos e, assim, dos modelos concernentes ao objeto sob investigação, considerando quatro âmbitos constituintes de uma análise hermenêutica, a saber: contextualização histórica e cultural, compreensão reconstrutiva de uma inteligibilidade, apreensão dialética de um contexto e produção de uma reflexão crítica social.

No primeiro âmbito, ocorreu a contextualização histórico-cultural acerca de uma realidade social, na qual os modelos estudados foram produzidos. Para o segundo, procedeu-se a uma leitura do material empírico com vistas à compreensão reconstrutiva da inteligibilidade diversa da que pretende uma concepção dada da realidade.

Para o terceiro, teve-se a apreensão dialética de um contexto, no qual circulam as várias concepções imbuídas nos modelos estudados e o todo sociocultural

em que são produzidos esses modelos, de tal maneira que foi gerada a visualização de um todo formado indistintamente por suas partes constitutivas.

Por fim, ocorreu uma reflexão crítica social, procurando reatualizar criticamente aquilo que as concepções presentes nos modelos dos DSS e iniquidades em saúde foram propostas e transformar para, também, produzir um conhecimento reflexivo, visando a formulação de ações sociais emancipadoras acerca das iniquidades sociais e sua superação.

Resultados

O material selecionado para o estudo foi composto pelos seguintes autores, procedentes dos 37 estudos iniciais: 4 artigos de Margareth Whitehead, cujo modelo influenciou os documentos das *Commission on Social Determinants of Health* – WHO – 2005 e da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde – 2006 – Brasil; 3 artigos de Johan P. Mackenbach, os quais influenciaram as primeiras análises fortemente apoiadas nas diferenças socioeconômicas como determinantes centrais de saúde; 4 artigos de John W. Lynch, que influenciaram os modelos neomaterialistas; 1 artigo de Michael Marmot e 1 de Richard G. Wilkinson, cujos estudos geraram a abordagem psicossocial para os DSS; 1 artigo de Ichiro Kawachi e Lisa F. Berkman, autores que abordam a teoria do capital social como DSS; e, ainda, 2 artigos de David Blane, nos quais estudou-se a teoria do curso da vida como determinante social de saúde.

Assim, os estudos puderam ser agrupados em distintos modelos que foram sendo construídos historicamente, os quais podem ser representados por três gerações, conforme a Figura 1.

1º grupo - Descrição das relações entre pobreza e saúde
2º grupo - Descrição dos gradientes de saúde, segundo os vários critérios de estratificação socioeconômica
3º grupo e atual - Estudos sobre como os mecanismos de produção das iniquidades e as desigualdades e injustiças sociais atingem a saúde humana

Figura 1 - Gerações de modelos interpretativos dos Determinantes Sociais da Saúde

O primeiro grupo representa uma geração de estudos pioneiros em mostrar que há relação intrínseca entre a forma como uma sociedade se organiza e se desenvolve e a saúde de sua população. Essa geração é resultado de uma tensão no campo da saúde pública

entre uma concepção preponderante do referencial médico biológico e outros enfoques sociopolíticos e ambientais na definição dos processos de saúde/doença. Também influi no desenvolvimento desses primeiros estudos a realização da Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 1970, a partir da qual se recoloca em destaque o tema dos determinantes sociais da saúde.

O segundo grupo é representado por uma geração de estudos que se desenvolvem a partir das décadas de 1980 e 1990 e se colocam na raiz das pesquisas e modelos atuais. Ganham destaque, nessa fase, os trabalhos de Margareth Whitehead, que estratifica em camadas os determinantes sociais desde os que agem em nível individual até aqueles que interferem em dimensão macro. Também se destaca nessa época a formação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), no início dos anos 2000.

No terceiro grupo, encontram-se os estudos e modelos interpretativos atuais dos DSS, a saber: teorias neomaterialistas, teorias psicossociais, teorias das redes e capital social, abordagem cultural-comportamental da epidemiologia e teoria do curso da vida.

As abordagens neomaterialistas privilegiam aspectos de ordem econômica, política e social como os determinantes do processo de produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda e acesso a bens e serviços influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.).

As teorias psicossociais exploram as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

Outro modelo é aquele que busca analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado "capital social", ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como importante mecanismo, por meio do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde.

O enfoque cultural-comportamental epidemiológico faz a associação entre estilos de vida adotados individualmente e em sua interface com a cultura e as desigualdades em saúde.

E, por fim, a teoria do curso da vida defende que saúde e enfermidade constituem o processo resultante de múltiplas desigualdades e iniquidades, ocorridas

durante o curso da vida de uma pessoa em seu grupo social.

Discussão

A partir da contextualização histórico-cultural dos modelos encontrados, a discussão focalizou o grupo da terceira geração, porque são os modelos atuais interpretativos dos DSS e iniquidades sociais que abarcaram os outros modelos das gerações anteriores, e passaram a constituir os referenciais resultantes do processo histórico na contemporaneidade. Ou seja, os modelos atuais apresentam uma síntese reconstrutiva de uma inteligibilidade teórico-conceitual que tomou corpo com base em uma concepção ampliada de saúde, pensada em seus contextos político e ambiental e em interface com a sociedade e as relações sociais, superando um paradigma que colocava os processos saúde/doença apenas dentro de limites biológicos.

Nesse sentido, as teorias neomaterialistas ressaltam que a escassez de recursos que impactam negativamente a saúde é decorrente de processos econômicos, principalmente derivados das desigualdades referentes à renda, modos de produção, apropriação dos meios de produção, relações de trabalho, assim como, também, procede de decisões políticas produtoras de imensas desigualdades sociais no acesso à condição de dignidade⁽¹²⁾.

Em perspectiva paralela, o enfoque das teorias psicossociais está centrado na visão de que, em uma sociedade desigual, a percepção de um indivíduo, ao ocupar uma posição de desvantagem social e pouca reciprocidade comunitária, provoca estresse e consequentes distúrbios de saúde. Essa concepção, portanto, condiciona os determinantes ambientais e comunitários da saúde aos mecanismos psíquicos e biológicos, não atentando para outros condicionantes sociais importantes⁽¹³⁾.

O modelo das redes sociais e capital social, desenvolvido a partir das contribuições dos pensadores Robert Putnam, James Coleman e Pierre Bourdieu, define capital social como uma forma de organização social específica, na qual há forte rede de relações interpessoais fundamentadas em reciprocidades e cooperação social. Essa organização produz um capital de desenvolvimento pessoal e coletivo determinantes do desenvolvimento em todos os setores: econômico, cultural, político, social e em saúde. Assim, o conjunto dos recursos individuais é transformado e potencializado, com base na coesão social, em recursos coletivos, desencadeando benefícios individuais e coletivos ao mesmo tempo. Capital social, portanto, é definido

como o tecido social ou a cola invisível que mantém a coesão das sociedades, e está baseado na confiança entre as pessoas e na rede de relacionamentos entre elas e os grupos sociais que formam as comunidades. Para essa teoria, as iniquidades se resolvem a partir da existência de forte base comunitária, com laços fortes de reciprocidade e solidariedade⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Por concepções cultural-comportamentais, que permeiam a abordagem epidemiológica, entende-se que da relação (mais ou menos conflituosa) entre as escolhas individuais em adotar formas de vida pessoais, resultantes de processos de autodeterminação das pessoas e sua liberdade reconhecida, e da interface dessas opções com a cultura e sua influência na escolha desses indivíduos por determinados estilos de vida, resulta um determinado modo de vida que influencia e favorece certos processos de saúde/doença nesses indivíduos e em seus grupos de pertença⁽¹⁶⁾.

A teoria do curso da vida assinala que os eventos que caracterizam a vida dos sujeitos, que vão desde a vida fetal, passando pela infância e adolescência, até a fase adulta, influenciam a saúde das pessoas, com efeitos cumulativos que interagem com as circunstâncias sucessivas do curso da vida e determinam os níveis de saúde. Assim, ao se analisar o curso da vida de uma pessoa e sua saúde, constata-se que há diferença entre o de uma nascida em um contexto suburbano, como favelas, e o de outra nascida dentro de uma conjuntura de classe média⁽¹⁷⁾.

O debate entre os modelos de DSS e iniquidades, na atualidade, se dá através de discussões que, para além das potencialidades, realçam os limites de cada um deles.

Dessa forma, no debate entre as concepções incluídas nos modelos atuais, a crítica ao modelo neomaterialista é a unilateral importância dada aos fatores econômicos, ligados à renda e condições materiais de vida. Em relação aos modelos psicossociais, ressalta-se o limite relacionado ao estreitamento da questão a apenas manifestações orgânicas e psicológicas, geradas pela desigualdade social, não dando devida atenção aos modelos econômicos e políticos geradores dessas desigualdades sociais. A crítica à teoria do capital social levanta a questão de que essa concepção desconsidera as desigualdades na distribuição do poder político, atribui extrema responsabilização para a sociedade civil, com consequente desresponsabilização do Estado no que se refere à proteção social. Em relação à teoria cultural-comportamentalista, a crítica recai sobre a visão unidimensional focada nos estilos de vida sem levar em conta fatores político-sociais e, por fim, referente à teoria do curso da vida, afirma-se que essa se prende apenas a questões geograficamente determinadas⁽¹⁾.

Ao se realizar uma análise em busca de apreensão dialética do contexto em que são produzidas essas teorias, percebe-se que o debate que as envolve não as torna alternativas umas às outras, isto é, as teorias trazidas não são contraditórias ou excludentes entre si, mas, ao contrário, complementam-se mutuamente, pois refletem contextualizações diferentes de uma realidade extremamente complexa da contemporaneidade. Essa complexidade social produz leituras multifacetadas do real que, a partir de multidimensionalidade cultural, gera interpretações polissêmicas da realidade social.

Nessa perspectiva, vê-se a importância de construir interfaces entre os modelos e valorizar os enfoques ecossociais e os chamados enfoques multiníveis, os quais buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, ressalta-se que não é útil a contraposição entre modelos materialistas e aqueles não materialistas. A complexidade das questões contemporâneas exige abordagem compreensiva que abarque os determinantes estruturais, ou seja, o contexto político e socioeconômico, e os fatores relacionados como renda, trabalho, educação, moradia, organização dos sistemas de saúde, políticas sociais, gênero, etnias, entre outros. Assim como abarque, também, os determinantes intermediários, tais como os enfoques psicossociais, culturais e comportamentais, que se desdobram nos fatores ligados a ambiente de vida, grupos de pertencimento, coesão social, fatores biológicos e genéticos⁽¹⁹⁾.

Poder-se-ia, portanto, reunir os modelos dos determinantes sociais da saúde em esferas em intersecção, procurando interfaces entre os determinantes estruturais e intermediários, de tal forma a se abarcar uma análise do contexto sociopolítico e econômico e os contextos culturais e biopsicossociais, nos quais são geradas as iniquidades sociais. Os determinantes estruturais, geradores de estratificação social, incluem os fatores de renda, educação, trabalho, mobilidade social, moradia, acesso a bens e serviços e poder político, entre outros. Os determinantes intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social subliminar, e ocasionam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde, ligados a fatores culturais, psicossociais e comportamentais, por exemplo: gênero, etnicidade e sexualidade, redes sociais de suporte e pertencimento, coesão social, solidariedade e capital social. Também incluem: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável.

Assim, consideram-se os contextos sociais e políticos como fatores determinantes que influenciam processos de saúde/doença em certos segmentos populacionais, bem como contextos sociais que incluem o rápido crescimento urbano como os assentamentos e áreas habitacionais com precárias condições de saneamento e vida, o local de desenvolvimento infantil, que influencia o desenvolvimento em todo o curso da vida, as condições e os processos de trabalho, o sistema de saúde e acesso a serviços públicos. Contudo, também se ressalta que todos esses fatores são condicionados, por sua vez, pelo macrodeterminante político ligado à globalização da economia e seus efeitos sobre as economias nacionais, resultando em organização política com foco no desenvolvimento econômico em detrimento das políticas sociais⁽²⁰⁾.

Entretanto, ainda que os DSS incluam, igualmente, as formas como as pessoas, grupos e populações trabalham, suas manifestações culturais e suas concepções sobre saúde, doença e formas de tratá-las são as condições iníquas, nas quais se encontram muitos segmentos sociais, que mais têm impactado e determinado a persistência de doenças, condições e estados que poderiam ser erradicados. Em outras palavras, possui-se tecnologia e conhecimento para isso, mas não se consegue uma efetiva resolubilidade, configurando-se, assim, uma realidade vivida por essa faixa de população em vulnerabilidade social, evitável, injusta e desnecessária⁽¹⁾.

A partir da análise compreensiva dos diferentes modelos de DSS, percebe-se que são os determinantes que estão diretamente na base da produção das iniquidades sociais, que causam impacto negativo sobre a saúde de pessoas, grupos e populações, em graus diferenciados, podendo levar até à morte. As condições de vida iníquas são caracterizadas por estados existenciais que não garantem uma vida digna. Um patamar mínimo de vida com dignidade pode ser definido como aquele em que estão presentes as condições mínimas suficientes para se viver dignamente e que, por direito humano, são universais a todos os homens, mulheres e crianças: o acesso universal às formas de reprodução social e coletiva da vida, tais como trabalho, renda, acesso a serviços de saúde de qualidade, acesso à educação, à cultura, à habitação, transporte, ao lazer, meio ambiente sustentável e a redes sociais de solidariedade ou redes de suporte social. Assim, as iniquidades sociais podem ser definidas como certas condições existenciais nas quais há acesso desigual, ou o não acesso, aos direitos humanos que garantem um patamar mínimo de dignidade humana⁽²¹⁾.

É importante ressaltar, entretanto, que, considerando essa definição, as iniquidades sociais

são, por si sós, injustas, desnecessárias e evitáveis porque se constituem essencialmente em falta de acesso às condições mínimas de vida humana digna e, portanto, essas condições de vida desiguais são iníquas por essência, porque são injustificáveis sob quaisquer aspectos, pois são desumanas. Desnecessárias e evitáveis porque são desigualdades imputadas por outros agentes humanos em suas relações sociais, relações marcadas por desigualdade de poder (econômico, político e sociocultural) e não imputadas por agentes naturais ou tecnológicos (biológicos e/ou falta de conhecimento ou tecnologia para enfrentamento de doenças).

Iniquidades sociais, portanto, são carências determinadas socialmente, que condicionam a existência de pessoas, grupos e populações, as quais são caracterizadas por desigualdade de acesso, ou ao não acesso, a bens materiais e imateriais, patrimônios humanos, responsáveis por proporcionarem um patamar de vida humana digna, e são resultantes da violação de direitos imputada pela ação do Estado, dos órgãos governamentais e pela omissão da sociedade civil⁽²²⁾.

Com base nesse ponto de vista, quais os desafios para a sociedade? Partindo-se de uma análise de que as iniquidades sociais são injustificáveis sob quaisquer aspectos, percebe-se o imenso desafio colocado para a sociedade na construção de uma comunidade justa e democrática. A prática do enfermeiro deve, portanto, estar emparelhada a esses valores. Assim, há que se criar, com urgência, acesso universal aos bens e patrimônios humanos e garantir o respeito incondicional aos direitos do homem.

Neste estudo, consideram-se os seguintes patrimônios e bens humanos e coletivos: os socioeconômicos, tais como educação, saúde, trabalho e renda, habitação, meio ambiente sustentável, transporte e mobilidade, esporte e lazer, entre outros; os culturais - informação em todos os níveis, manifestação e reconhecimento social de valores, crenças e sistemas particulares de conhecimento, reconhecimento das realizações sociais desses sistemas particulares de conhecimento e manifestações culturais e democratização dos espaços públicos; os políticos - poder de deliberação sobre questões sociais, financeiras e políticas; inserção em formas sociais organizadas para expressão e exercício de cidadania e tomada de decisões; os sociais - inserção na sociedade civil e representação pública, as redes sociais de suporte (pertencimento a grupos de suporte e coesão social, redes de relações solidárias e inclusão social)⁽²³⁾.

Nesse sentido, entende-se que a não acessibilidade de pessoas e grupos a esses bens e patrimônios constitui violação de direitos, ocorrendo em três níveis: pela ação do Estado - gestão da sociedade apoiada em sistema

de dominação, legitimando o acesso desigual ao poder, estrutura que impermeabiliza as instâncias deliberativas à sociedade, legitima a prevalência dos interesses econômicos (mercado, capital) sobre as dimensões da existência humana, com base em valores éticos. Em um segundo nível, ocorre pela organização político-social, representada pelas esferas governamentais (segmentos que detêm o poder político), que privilegiam as corporações econômicas, na manutenção de políticas e instâncias de legalidade que legitimam a concentração de riquezas e exercício de poder, com base no bloqueio de informações e na dominação violenta sobre a sociedade e sobre as classes mais baixas na estratificação social. E, em um terceiro nível, pela omissão da sociedade civil - organização popular, a partir de sistemas simbólicos que naturalizam as desigualdades sociais, as quais se caracterizam como injustiça social, legitimando-as segundo critérios formados a partir de crenças e preconceitos, ideologicamente orientados, disseminados culturalmente⁽²²⁾.

Pensando, então, em como as iniquidades afetam a saúde humana, apresenta-se uma realidade na qual os sistemas de saúde, a qualidade desses serviços e o acesso a eles e às melhores tecnologias em saúde são desigualmente distribuídos entre as pessoas e grupos que compõem a sociedade, nessa organização social e político-econômica que conhecemos. Assim, grupos e pessoas que sofrem as violações de direitos não têm acesso (ou acesso dificultado) a serviços, tratamentos e tecnologias em saúde de qualidade.

Considerando que as carências vividas por determinadas populações e pessoas em vulnerabilidade social as colocam em uma situação em que maiores necessidades sociais e de saúde se apresentam, o não acesso a serviços, tratamentos e tecnologias de saúde de qualidade tem efeito negativo na saúde e na vida/morte desses grupos sociais. Em outras palavras, esses grupos em vulnerabilidade social, cujos direitos humanos se encontram violados, apresentam maiores necessidades de saúde como consequência das imensas carências a que estão submetidos e, nessa perspectiva, deveriam ter mais acesso aos serviços, tratamentos e tecnologias em saúde, entretanto, o que acontece na prática não é exatamente isso, verificando-se certo desajuste entre a oferta de ações e necessidades⁽²⁾.

A enfermagem, cujas práticas devem estar sintonizadas às demandas e necessidades dos seus territórios, se vê diante de muitos limites, seja em termos de recursos e tecnologias, seja na própria formação desse profissional, ainda com grande enfoque assistencialista, com conhecimento restrito no que se refere ao Estado de Direito. Assim, torna-se relevante, por meio de estudos teóricos, verificar os principais

determinantes da iniquidade social em suas interfaces com os serviços de saúde e, ainda, reconhecer os desafios da enfermagem quanto à impressão de uma lógica de trabalho numa perspectiva emancipadora com vistas ao protagonismo das comunidades⁽²⁴⁾.

O arsenal hoje disponível para profissionais de saúde está sustentado em modelos clássicos da formação que, além de não operarem com tecnologias sensíveis à conjuntura, não dão destaque às diferenças que existem nas comunidades. Parece haver um pacote único de ações para uma comunidade, independente do seu grau de dificuldade ou necessidade. No entanto, para superar os desafios colocados, é necessário formar um profissional com visão histórico-social ampliada⁽²⁵⁾.

Conclusão

A estratificação de uma comunidade quanto ao risco social e, por sua vez, da sua necessidade de saúde, é um aspecto imprescindível quando se almeja vencer as iniquidades sociais no acesso. É importante se investir de novas tecnologias que possam evidenciar áreas em maior desvantagem social, bem como novos conhecimentos são relevantes para a compreensão das raízes das iniquidades. Quanto mais aprofundada é a reflexão das iniquidades em sua interface com o acesso, soluções mais factíveis e próximas à realidade são alcançadas.

Assim, para a resolução das iniquidades no acesso em saúde há necessidade de criação de instâncias intersetoriais, para além do campo da saúde, que confluam seus recursos na formulação de políticas públicas as quais propiciem a garantia do gozo pleno dos direitos sociais por todas as pessoas da nossa sociedade e da comunidade planetária. Esse é o grande desafio para todos nós, neste século XXI.

Referencias

- Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts and theories. *Global Health Accion*. 2015;8(27106):1-12.
- Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med*. 2013;368(10):936-42.
- Chaves TV, Sanches ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1168-75.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.
- Gomes BR, Adorno RCF. Tornar-se "noia": trajetória e sofrimento social nos "usos de crack" no centro de São Paulo. *Etnográfica*. 2011;15(3):569-86.
- Yamamura M, Santos Neto M, Freitas IM, Rodrigues LBB, Popolin MP, Uchoa SAC, et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas, São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(4):270-7.
- Fiorati RC, Carretta RYD, Kebbe LM, Xavier JJS, Lobato BC. Inequalities and social exclusion among homeless people: a Brazilian study. *Am Int J Social Sci*. 2014;3(6):5-14.
- Taquette SR, Minayo MCS. The main characteristics of qualitative studies carried out by doctors in Brazil. *Cien Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2423-30.
- Habermas J. Political communication in media society: does democracy still enjoy an epistemic dimension? The impact of Normative Theory on empirical research. *Commun Theory*. 2006;16(4):411-26.
- Flajoliet A. L'Herméneutique à la Phénoménologie de l'œuvre littéraire. *Estud Pesqui Psicol*. 2008;8(2):309-33.
- Pellegrini A Filho. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2080-2.
- Maika A, Mittinty MN, Brinkman S, Harper S, Satriawan E, Lynch JW. Changes in socioeconomic inequality in Indonesian Children's Cognitive function from 2000 to 2007: a decomposition analysis. *PLoS One*. 2013;8(10):1-9.
- Marmot M. Global Accion on social determinants of health. *Bull Wrlld Health Organ*. 2011;89(10):702.
- Helal DH, Neves GAB. Superando a pobreza: o papel do capital social na região metropolitana de Belo Horizonte. *Cad EBAPE.BR*. 2007;5(2):1-13.
- Aida J, Kondo K, Kondo N, Watt RG, Sheihan A, Tsakos G. Income inequality, social capital and dental status in older japanese. *Soc Sci Med*. 2011;73(10):1561-8.
- Geib LTC. Determinantes Sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(1):123-133.
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and Child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76.
- Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011;377(9781):1898-1900.
- Buss PM, Magalhães DP, Setti AFF, Gallo E, Franco Netto FA, Machado JMH, et al. Saúde na Agenda de Desenvolvimento do pós-2015 das Nações Unidas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2555-70.

20. Sapir A. Globalization and the reform of European social models. *J Common Market Stud.* 2006;44(2):369-90.
21. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health.* 2011;10(1):15.
22. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet.* 2011;377(9779):1724-5.
23. Andrade LOM, Pellegrini A Filho, Solar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PCF, et al. Social determinants of health, universal health coverage and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet.* 2015;385(9975):1343-51.
24. Nichiata LYI, Bertolizzi MR, Takashi RF, Fracolli LA. The use of "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008;16(5): 923-8.
25. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3):459-66.

Recebido: 13.5.2015

Aceito: 5.10.2015

Correspondência:
Regina Celia Fiorati
Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14039-900, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.