

Desigualdades em saúde e bem-estar na cidade de São Paulo

Clara Akie Yoshino¹

Resumo

Objetivo: propor um modelo dos determinantes sociais da saúde por meio de uma síntese dos modelos consolidados na literatura, que elucide os caminhos pelos quais tais determinantes atuam na configuração de desigualdades em saúde, e, com base nele, analisar casos apresentados na literatura de desigualdades em saúde e políticas públicas de combate a elas na cidade de São Paulo.

Método: revisão da literatura nacional e internacional sobre os temas de determinantes sociais da saúde, desigualdade em saúde e equidade em saúde, e da literatura nacional sobre estudos de casos de desigualdade em saúde em São Paulo.

Resultados e conclusão: o modelo proposto apresentou os diversos níveis (micro, intermediário e distal estruturante) em que os determinantes sociais da saúde estão inseridos, permitindo a compreensão das relações entre eles e como a saúde é afetada por uma multiplicidade de fatores externos, os quais, inseridos em situações de desvantagens na estrutura social, geram desigualdades em saúde. Os casos da cidade de São Paulo tomados da literatura nacional, podem ser inseridos nesse modelo, concluindo que, para se combater as desigualdades em saúde em São Paulo, é necessário ultrapassar os limites da área da saúde e reunir esforços intersetoriais tanto do poder público quanto da sociedade civil.

Introdução

O entendimento da saúde, que passa do *continuum* saúde-doença para um estado de bem-estar, pressupõe que ela não é apenas estar livre de doença,

1 Clara Akie Yoshino é mestre em Administração Pública e Governo, com foco em Saúde Pública, pela *Fundação Getúlio Vargas* (FGV) e graduada em Relações Internacionais e em Ciências Sociais, pela *Universidade de São Paulo* (USP). Tem experiência na área da saúde com consultoria comercial, relações governamentais e ciências sociais aplicadas. Atualmente é analista de políticas públicas no setor da saúde. E-mail: clarayoshino@gmail.com

mas compreende outros fatores que a determinam, como saneamento, moradia, segurança alimentar, informação e educação. Assim, além do bem-estar físico e mental, incorpora-se à noção de saúde o bem-estar social (OMS:1946). Com o reconhecimento de determinantes sociais da saúde, esta deixa de ser uma responsabilidade individual determinada apenas por características biológicas e naturais dos indivíduos e pelo sistema de saúde. Para além dos fatores biomédicos, os determinantes da saúde também são compostos por um amplo conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, ambientais, culturais e simbólicos (BRAVEMAN:2010; DAHLGREN; WHITEHEAD:2007; STARFIELD:2001).

Os chamados determinantes sociais da saúde configuram complexas relações em níveis micro e macro que afetam o resultado de saúde dos indivíduos, ou seja, compreendem, por exemplo, desde o comportamento individual relativo às características comunitárias no nível micro até as políticas sociais que determinam as condições de vida da sociedade no nível macro. Nesse sentido, desigualdades sociais refletem-se nos níveis de saúde das populações sob a forma de desigualdades em saúde (WILKINSON; PICKETT:2010; GARAY:2015).

A incorporação de fatores sociais, entendidos como os elementos das diversas esferas da vida em sociedade, à noção de saúde apresenta-se como um desafio não apenas na definição do conceito, mas em termos de práticas, serviços e políticas de saúde. Com a consolidação no Brasil do direito à saúde pela Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas dos três níveis de poder, o Estado passa a ter o dever de garantir, para além da cura, prevenção e reabilitação de corpos doentes, o bem-estar físico, social e mental da sociedade brasileira. Assim, a responsabilidade por uma vida saudável deixa de ser individual e unicamente privada.

A saúde como direito coletivo fundamenta-se na necessidade de reestruturação do Estado com a organização de seus poderes com base na Constituição e seu próprio desenvolvimento para que seja capaz de garantir esse direito a todos, o que requer uma capacidade do poder público em termos de organização macro e microeconômica, gestão e operação do sistema e seu financiamento e regulação (MENDES:2013). Diante disso, apesar da instauração de uma cidadania sanitária dada pela consolidação do direito à saúde e pela institucionalização do SUS (*Ibid.*:2013), a efetividade desse direito não é garantida, visto que depende da provisão de serviços pelo poder público.

Em um país com as dimensões do Brasil, essa garantia pelo Estado encontra dificuldades em razão da multiplicidade cultural, étnica, regional e demográfica

e da extensão territorial do país. A elevada desigualdade econômica e social no Brasil que coloca grupos marginalizados em desvantagem na estrutura social se apresenta, ao mesmo tempo, como uma das principais causas e um dos principais motivos de perpetuação de desigualdades em saúde. Soma-se a isso a complexidade do próprio setor no Brasil, que apesar de constituir um sistema universal *beveridgiano*, permite uma forte presença do setor privado, configurando um sistema de dupla-entrada. Por seguir a lógica de mercado, o setor privado não tem um compromisso com os princípios fundadores do SUS de universalidade, integralidade e equidade, contribuindo para o surgimento das desigualdades em saúde. Assim, para combatê-las, é preciso haver um comprometimento com os princípios de integralidade e universalidade do SUS (entendidos como “tudo é para todos”) não apenas pelo poder público, mas pela própria população que tem direito a ele, em um ato de desprendimento e solidariedade por meio de participação social (SOUZA:2007), visto que se trata de um sistema de promoção de coesão social e pautado na solidariedade.

Essa configuração de público-privado em um sistema político federativo também requer uma articulação entre as esferas de governo e entre os níveis de complexidade na rede de atenção à saúde. A universalidade e integralidade, ao mesmo tempo em que caracterizam a grande riqueza do SUS, são também seu maior desafio, no que tange à operacionalização desses princípios, relativamente aos seus outros princípios de descentralização e regionalização. A descentralização foi um foco na primeira década de existência do SUS, baseado na expectativa de resolução dos problemas pelo protagonismo dos municípios. No entanto, o foco na descentralização mostrou-se ineficaz, pois a área da saúde consiste em um sistema único integrado em uma rede, e diversos municípios independentes não configuram um sistema de saúde. Assim, no setor da saúde, além de ser impraticável, nenhuma esfera pode atuar autonomamente, pois um município sozinho, em especial os de pequeno porte, não tem capacidade para ter todos os serviços de todos os níveis de complexidade (*Ibid.*:2007).

Ao passo que as diretrizes e a política de saúde, bem como a distribuição de recursos são definidas no nível macro por meio da Constituição Federal e das Leis Complementares e Normas Operacionais Básicas (NOBs) na federação, a descentralização e a regionalização devem permitir aos municípios tanto integrar a rede de atenção à saúde quanto prover à sua população local a oferta relativa à sua necessidade. A descentralização, portanto, permite desvencilhar da percepção equivocada da realidade que números médios proporcionam (ou a cilada da média), os quais não captam as desigualdades nem suas amplitudes; afirmar

que a taxa de mortalidade infantil no Estado de São Paulo é de 13,39 óbitos por mil nascidos vivos oculta a realidade de municípios com taxas de 19 e outros de 9 óbitos por mil nascidos vivos. A descentralização exerceu importante papel no sucesso de algumas políticas de saúde no âmbito do SUS, como o *Programa Dose Certa* no Estado de São Paulo, o programa de assistência a diabéticos, os programas de transplante e o programa da AIDS, considerado caso de sucesso referência mundial no combate à AIDS (*Ibid.*:2007). Já a regionalização prioriza a atuação das instâncias regionais na identificação de problemas de saúde, investimentos e programas que visem a diminuição das diferenças regionais, além de promover a articulação intersetorial com os municípios e a sociedade civil.

Com uma população similar ao quinto maior estado brasileiro (Paraná) (BRASIL:2018), a cidade de São Paulo enfrenta desafios municipais em nível de estado, o que requer uma alta capacidade de gestão, operação e organização do sistema de saúde municipal. Além da alta densidade populacional, a cidade possui altos níveis de desigualdade em termos geográficos, sociais e econômicos, levando à necessidade do conhecimento da realidade local no nível micro comunitário e da combinação de esforços com os demais setores no combate às desigualdades em saúde. Assim, por meio de uma revisão da literatura sobre os temas de desigualdade em saúde, equidade em saúde e determinantes sociais da saúde, o presente artigo tem como objetivo a compreensão da configuração das desigualdades em saúde e análise de casos de desigualdade em saúde na cidade de São Paulo. Inicia-se com uma análise do conceito das desigualdades em saúde a partir da produção científica internacional e nacional sobre o tema. Para entender como tais desigualdades são formadas, emprega-se a literatura sobre os determinantes sociais da saúde por meio do exame dos principais modelos que definem tais determinantes, a fim de propor um modelo final que sintetize os apresentados. Com base nesses conceitos expostos, é feita uma análise de como eles são observados na cidade de São Paulo a fim de elucidar as diversas relações latitudinais e longitudinais entre os determinantes. Pelos casos expostos, conclui-se que reduzir as desigualdades em saúde requer um esforço inter-setorial, não apenas relativo à área da saúde, e que deve ser exercido tanto de forma *top-down* quanto *bottom-up*.

O conceito e a configuração de desigualdades em saúde

Há um debate, na literatura internacional, acerca da terminologia utilizada para descrever as diferenças em níveis de saúde originadas por fatores externos aos biológicos e caracterizadas por uma situação de desvantagem ou posição inferior. Termos como diferença, disparidade, desigualdade e

iniquidade são compreendidos de formas distintas em seus significados. A desigualdade, ao opor-se à noção de igualdade, leva ao entendimento de que sua redução visa o alcance de um nível igual a todos. A perspectiva da igualdade em saúde, no entanto, foca no resultado de saúde alcançado pelos indivíduos, sendo os serviços de atenção apenas mecanismos de promoção de saúde, que visam atingir níveis iguais nos resultados. Igualdade no resultado de saúde, porém, não é real nem possível, visto que ele é afetado por um extenso conjunto de fatores sociais e biológicos não passíveis de igualação (RIBEIRO:2015). Da mesma forma, diferenças em níveis de saúde não podem ser rearranjadas por mecanismos de redistribuição, sendo necessário o enfoque de ações e políticas na minimização dos fatores geradores de desigualdades em saúde e nos perfis de morbi-mortalidade (LE GRAND:1988).

Diante desse impasse, nota-se, na literatura internacional – em especial a referente à equidade em saúde – uma importância dada à terminologia escolhida. Autoras amplamente consolidadas, Whitehead, Braveman e Starfield utilizam termos e conceituações distintos. Nota-se que se trata de uma perspectiva comparativa (HALL *et al.*, 2016), ou seja, a lacuna entre dois polos no que tange à saúde entre grupos populacionais, não indivíduos. Assim, na referência da distância entre o nível mais alto de saúde e os abaixo, decorrente de influências externas da vida em sociedade, Whitehead (1992) utiliza os termos diferenças e disparidades de saúde, caracterizadas como evitáveis e injustas. Braveman (2006), por sua vez, utiliza disparidades e desigualdades de saúde sistemáticas associadas a desvantagens sociais. Já Starfield (2001) refere-se a diferenças sistemáticas em um ou mais aspectos do *status* de saúde entre grupos populacionais definidos social, demográfico ou geograficamente. Para Whitehead, o termo desigualdade pode gerar uma interpretação ambígua e para Braveman, o termo diferença relaciona-se à variação de níveis de saúde por fatores imutáveis, como características genéticas. No entanto, observa-se que a literatura nacional utiliza o termo desigualdade com um cunho negativo, no sentido de estar relacionado a uma posição inferior ou de desvantagem na estrutura social. Isso é observado não apenas na produção científica da saúde pública, mas nas ciências humanas de forma geral em estudos de desigualdade de renda, classe, gênero, raça, regional, social, entre outros.

Portanto, apesar de não ser o termo culminado na literatura internacional, desigualdades em saúde referem-se, aqui, à forma como é utilizada na produção científica nacional, ou seja, às diferenças em níveis ou resultados de saúde causadas por fatores externos sociais, dada certa situação injusta ou de desvantagem de posições na estrutural social. Tendo em vista que as desigualdades são originadas

nas esferas da vida em sociedade, é preciso observar as condições sociais e sanitárias dos indivíduos para compreender como elas são configuradas. Para tal, é necessário identificar os determinantes sociais da saúde e examinar como eles se relacionam. Diversos modelos que elucidam a constituição dos determinantes sociais da saúde são encontrados na literatura, sendo o apresentado por Dahlgren e Whitehead (2007) um dos mais amplamente aceitos. Braveman (2010) e Starfield (2001) também propuseram outras formas de esquematização, e, mais recentemente, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da *Organização Mundial da Saúde* (OMS) (2016 *apud* HALL; GRAFFUNDER *et al.*:2016) propôs um quadro conceitual mais abrangente e complexo que explica a constituição dos determinantes sociais da saúde. Como primeiro passo, cada modelo será apresentado a seguir, com o intuito de expor as formas como cada autor estrutura os determinantes sociais da saúde e as vantagens e desvantagens de cada modelo. Com base nisso, é proposto um modelo a fim de fornecer uma abordagem mais completa, visto que alguns deles preenchem lacunas deixadas por outros.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (2007) que sintetiza os principais determinantes sociais da saúde, parte, no nível micro, dos fatores imutáveis ou constitucionais, como sexo e idade. Esses fatores são influenciados pela esfera subsequente, constituída pelos fatores de estilos de vida individuais, os quais, por sua vez, são afetados pelas redes sociais e comunitárias. Tais redes são determinadas por um conjunto de aspectos que constituem as condições de vida e trabalho, como saneamento, moradia, educação, alimentação, serviços de atenção à saúde, emprego e ambiente de trabalho. As condições de vida e trabalho, por fim, são estabelecidas conforme as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais, que configuram o nível mais distal dos determinantes sociais da saúde nesse modelo. Apesar de consolidado na literatura, tal modelo não compreende a esfera política, que exerce papel de extrema importância em termos de definição das políticas públicas e diretrizes que afetam diretamente as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais.

Braveman (2010) apresenta um modelo de forma similar que ilustra como o resultado de saúde é afetado por fatores sociais –os que influenciam a saúde diretamente são o cuidado médico e o comportamento individual. A autora, no entanto, não especifica tal comportamento, que pode ocorrer tanto pela condição em que o indivíduo se encontra ou ser livremente escolhido (LINDBLADH; LYTTKENS *et al.*:1998), ou seja, um comportamento prejudicial à saúde pode ser uma escolha livre individual, como o consumo de álcool, ou condicionado por uma situação social, como a má nutrição em razão de falta de informação

e disponibilidade precária de alimento em uma área pobre com população de baixa escolaridade. A distinção entre esses dois tipos de comportamentos deve ser considerada, pois a diferença entre resultados de saúde gerada por uma escolha livre não configura uma desigualdade de saúde no sentido de injustiça ou desvantagem (WHITEHEAD:1992). O nível seguinte no modelo de Braveman, que afeta o cuidado médico e o comportamento individual, são as condições de vida e trabalho, as quais, por sua vez, são influenciadas pelas esferas econômica e social. Conforme a autora, é preciso atuar sobre as esferas do nível distal de modo a reduzir a pobreza, bem como são necessárias políticas de habitação e educação na esfera das condições de vida e trabalho a fim de minimizar as desigualdades em saúde.

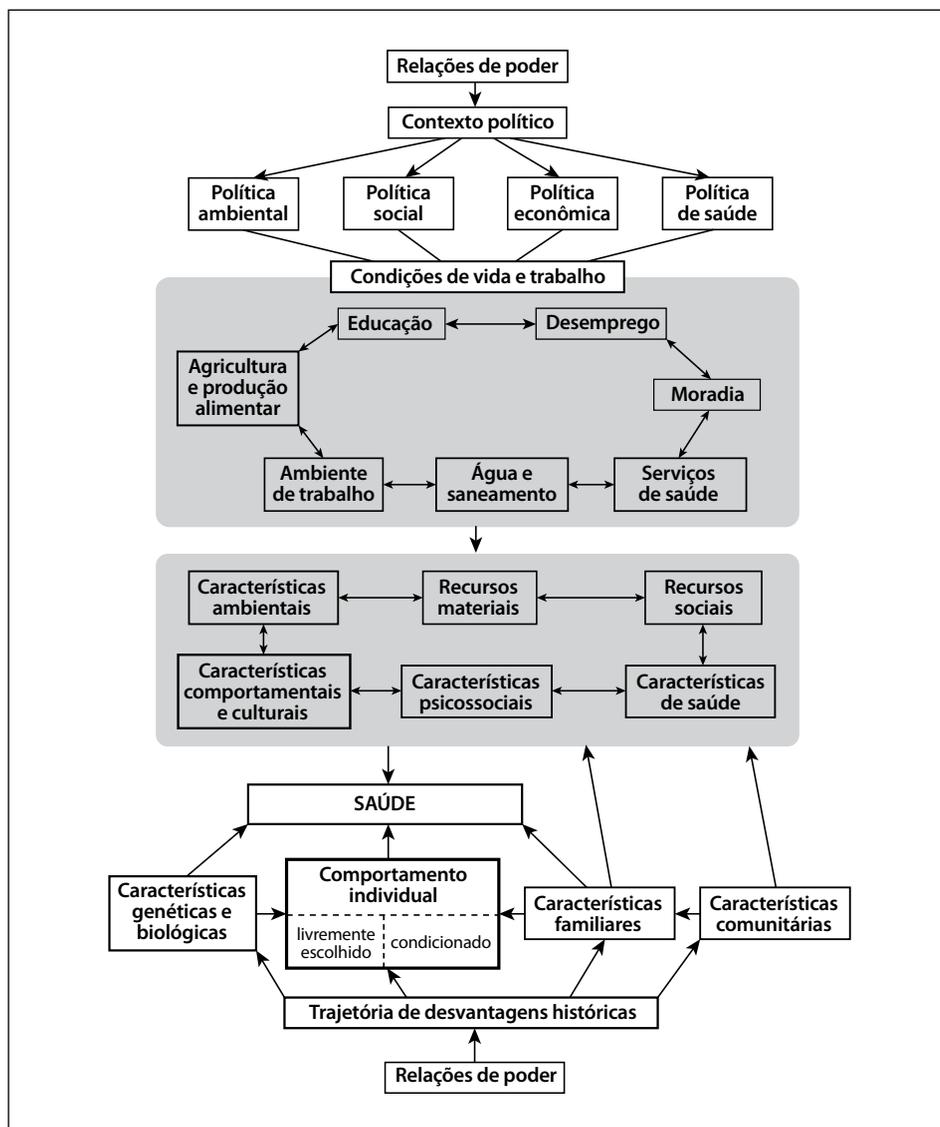
Starfield (2001), por sua vez, apresenta dois modelos similares, sob as perspectivas individual e populacional. Observa-se, na literatura, uma mudança na unidade de análise, cujo enfoque passa das características individuais para as de grupos populacionais. Importante contribuição da autora para o tema, o quadro proposto parte do contexto político no nível distal, que determina as políticas ambiental, social, econômica e de saúde, entendidas como a jurisdição política de um país em termos de distribuição de poder. Tais políticas configuram as esferas que constituem as condições de vida: fatores ambientais, recursos materiais e sociais, aspectos culturais, comportamentais, psicossociais e as características do sistema de saúde. Tais recursos e circunstâncias influenciam o resultado de saúde, o qual também é determinado por características genéticas e biológicas. Soma-se a isso a desvantagem em desenvolvimento da saúde dos indivíduos, entendida como as condições históricas que os colocam em uma posição de inferioridade nas oportunidades de alcançar um bom nível de saúde.

O quadro da CDSS da OMS compreende as esferas propostas por Starfield, mas o faz de forma mais complexa por meio de domínios, a fim de apresentar os mecanismos e caminhos pelos quais as políticas e os processos estruturais geram diferentes exposições e vulnerabilidades de grupos populacionais, resultando em desigualdade nos resultados de saúde. Os cinco domínios consistem no (i) contexto político e socioeconômico e na (ii) posição socioeconômica, que integram os determinantes estruturais, nos (iii) determinantes intermediários, como as condições de vida e trabalho, além das características biológicas, comportamentais, psicossociais e do sistema de saúde, nos (iv) determinantes transversais, dados pelo capital social e pela coesão social, e na (v) equidade em saúde, que corresponde às hierarquias de vantagens e desvantagens sociais, como raça, gênero e renda.

Por meio da síntese desses quatro modelos, é possível inferir um quadro que englobe todas as esferas dos níveis micro (fatores biológicos e genéticos, características individuais e comunitárias), intermediário (características e recursos das condições de vida e trabalho) e macro (políticas estruturantes) (FIGURA 1). No entanto, o que os modelos expostos não contemplam é a causa das hierarquias de vantagens e desvantagens sociais e de desenvolvimento da saúde. As diferenças configuram desigualdades na medida em que o acesso a bens e serviços e a posse desses é distribuída de forma desigual. Esta, reproduzida por gerações em razão das relações de poder em uma sociedade ou na ordem mundial conformam hierarquias entre aqueles que têm mais posses e acesso e os que tem menos, ou seja, entre o topo e a base da pirâmide social (BARRETO:2017). Tais desigualdades ocorrem tanto no interior das sociedades por meio de suas formas de organização e das relações sociais entre as diversas camadas da sociedade, quanto entre nações, dados os diferentes processos de desenvolvimento econômico e social no globo, também influenciado pela disponibilidade de recursos e do ambiente político (*Ibid.*:2017).

Além disso, diferentes posições na estrutura de poder também interferem na forma como as próprias desigualdades em saúde são combatidas. A ocupação da elite política e econômica nas posições de tomada de decisão, ou seja, nos níveis dos determinantes estruturantes conforme modelo da CDSS, dificulta o combate às desigualdades em saúde e o rompimento das hierarquias de vantagens e desvantagens sociais (LINDBLADH; LYTTKENS *et al.*:1998), visto que são elas que estão na situação de vantagem. Portanto, os determinantes sociais que geram desigualdades em saúde são pautados por aqueles que ocupam a superestrutura da sociedade no sentido político, social e de organização produtiva (*Op cit.*:2017). Tendo isso em vista, é imprescindível a inserção das relações de poder em um modelo sobre determinantes sociais da saúde. Nota-se que, ao mesmo tempo em que as relações de poder se superpõem às políticas estruturantes no nível macro, elas também afetam o nível micro por meio da perpetuação das posições de desvantagem daqueles na base da estrutura social.

FIGURA 1 – Os determinantes da saúde



Fonte: Elaboração própria a partir de LINDBLADH; LYTTKENS *et al.* (1998); NAVARRO (1999); STARFIELD (2001); DALHGREN; WHITEHEAD (2007); BRAVEMAN (2010); BARRETO (2017).

A Figura 1 mostra, portanto, como os determinantes sociais da saúde configuram um ciclo. O contexto político, que está submetido a uma estrutura com relações de poder, determina as diversas políticas que definem as condições de vida e trabalho das populações. Concomitantemente, as características individuais,

familiares e comunitárias, que são geradas e acumuladas por gerações e perpetuadas pelas relações de poder, afetam os estilos de vida e a saúde dos grupos populacionais. Situações de desigualdade em algum determinante desse modelo afetam direta ou indiretamente o resultado de saúde dos indivíduos, conformando desigualdades em saúde. Uma comunidade onde não há saneamento básico tem seus recursos e características (ambientais, materiais, sociais, comportamentais e de saúde) diretamente afetados. As características familiares e comunitárias, por sua vez, são reproduzidas por gerações com base nessa realidade. São necessárias políticas que mudem essa realidade por meio da provisão de tratamento de água e esgoto e limpeza pública, o que impactaria positivamente nos resultados de saúde reduzindo, assim, a desigualdade em saúde. Portanto, a fim de combater e romper o ciclo de geração e perpetuação dessas desigualdades, é necessário atuar nos determinantes estruturantes pois, apesar de ações nos determinantes de nível micro terem impacto positivo no resultado de saúde, elas apenas corrigem a situação daqueles que já estão em desvantagem, mas não garantem que novas desigualdades em saúde surjam dos níveis intermediário e estruturante.

As desigualdades em saúde e bem-estar em São Paulo

Tendo em vista a complexidade dos caminhos e mecanismos pelos quais os determinantes sociais da saúde configuram as desigualdades em saúde, examinar tais desigualdades na cidade de São Paulo apresenta-se como um grande desafio em razão da magnitude, de uma das mais populosas metrópoles mundiais, em termos sociais, econômicos, culturais, espaciais e ambientais. Adotando a cilada da média como exemplo, a taxa de mortalidade infantil (número total de óbitos com menos de um ano de idade a cada mil nascidos vivos) na cidade de São Paulo, considerada um indicador básico de desenvolvimento humano e um dos principais da saúde, além de apontar para o nível de vulnerabilidade da atenção materna e neonatal, era de 10,38 óbitos a cada mil nascidos vivos, na média, no ano de 2017. No entanto, essa taxa variou de 4,39 óbitos na subprefeitura de Vila Mariana até 16,90 óbitos na subprefeitura de Ermelino Matarazzo (REDE NOSSA SÃO PAULO:2017).

A dimensão regional, no entanto, é apenas uma das realidades de desigualdade em saúde no município, e não deve ser analisada isoladamente. Os serviços públicos de saúde, em 2001, estavam altamente concentrados no centro de São Paulo, área que, não coincidentemente, apresentava os melhores indicadores socioeconômicos da cidade (COELHO; SILVA:2007). A infinidade de intersecções possíveis de indicadores é um dos principais motivos da complexidade do exame das relações causais das desigualdades em saúde. É impossível

isolar um único fator determinante da saúde nas diversas dimensões latitudinais e longitudinais, materiais e imateriais.

Para além dos indicadores demográficos e socioeconômicos, como sexo, idade, raça, escolaridade, renda, local de residência e situações conjugal e ocupacional – que constituem os determinantes de nível micro –, há indicadores referentes aos determinantes intermediários e estruturais, de tangibilidade e mensuração mais difíceis. Características comportamentais e culturais (determinantes intermediários) como a percepção dos serviços de saúde, influenciada por fatores educacionais e culturais, interferem na aceitabilidade da intervenção em saúde e no acesso ao serviço, podendo gerar desigualdades em saúde (SANCHEZ; CICONELLI:2012). Do mesmo modo, um determinante estrutural, como o grau de terceirização da entrega de serviços de atenção primária como uma diretriz da política de saúde, influencia toda a cadeia de determinantes intermediários e, indiretamente, individuais, podendo também gerar desigualdades em saúde (COELHO:2018). De modo a examinar como os determinantes da saúde atuam na geração de desigualdades em saúde ou na redução delas, três casos do município de São Paulo são apresentados a seguir, referentes a determinantes macro estruturante, intermediário e micro individual (conforme Figura 1).

Na análise do nível macro estruturante dos determinantes de saúde, observou-se em São Paulo, uma expansão da infraestrutura da saúde primária do SUS, por meio do aumento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Assistência Médica Ambulatorial (AMA) de 2001 a 2016. O foco na Atenção Primária à Saúde (APS) é uma das principais medidas de redução de desigualdades em saúde, além do entendimento da realidade local e a participação social (TAYLOR:1992; STARFIELD:2006); e, nesse período em São Paulo, houve uma redução das desigualdades no acesso a serviços de saúde por meio do aumento da taxa de entrega de serviços em bairros com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (*Op cit.*:2018). Esse fenômeno pode ser explicado por um determinante intermediário relativo à política de saúde: a competitividade eleitoral. Desde a gestão Suplicy, passando pela gestão Serra/Kassab, Kassab até o governo de Haddad, observou-se um número crescente de consultas pelo SUS e na porcentagem de nascidos vivos com consultas pré-natais no SUS em bairros de baixo IDH no município (abaixo de 0,850). As melhorias nos indicadores de serviços públicos de saúde em bairros mais pobres e de alta concentração populacional decorreu da combinação entre a competição eleitoral e a carência de serviços nesses locais, de modo que, promessas eleitorais de melhoria aos mais pobres representavam uma estratégia

de conversão de votos dessa população, apesar dos partidos terem orientações ideológicas distintas (COELHO:2018).

A capacidade financeira e de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, além da atuação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) na APS, considerada uma experiência de sucesso em São Paulo dada a eficiência e eficácia nos gastos públicos em hospitais bem como a flexibilização administrativa e o desempenho positivo (SANO; ABRUCIO:2008), foram condições que possibilitaram a expansão da infraestrutura de APS. Para além do foco na APS, como um das principais medidas de redução de desigualdades em saúde, a participação social dada pela reivindicação de *accountability* por parte da população pobre em relação aos políticos e de oficiais públicos em relação às OSSs e o risco de sanções (como perder as eleições) foram essenciais para possibilitar a expansão de serviços de atenção primárias nesses bairros (*Op cit.*:2018).

Passando do nível macro estruturante para o intermediário, é preciso observar os elementos que compõem as condições de vida e trabalho. Apesar da utilização do termo *determinantes sociais da saúde*, um importante determinante das condições de vida e trabalho é o próprio sistema de saúde. Certamente fatores como disponibilidade de medicamentos, distribuição geográfica e horário de funcionamento de Unidades Básicas de Saúde (UBS) – elementos relativos à dimensão da disponibilidade do acesso à saúde (SANCHEZ; CICONELLI:2012) – têm impacto direto na redução ou intensificação de desigualdades em saúde. No entanto, há elementos menos tangíveis, relativos a dimensões de capacidade de pagamento, informação e aceitabilidade do acesso à saúde. A dimensão da informação, relativa ao grau de assimetria entre o conhecimento do paciente e do profissional de saúde, e da aceitabilidade, que corresponde à natureza e à percepção dos serviços pelos indivíduos e comunidades, influenciada por aspectos culturais e educacionais, afeta o acesso e consequentemente o uso dos serviços de saúde (*Ibid.*:2012).

A população em situação de rua de São Paulo, que já vivencia uma condição de vida e inserção social precárias, que vão além da ausência de moradia e perpassa um processo de exclusão e marginalização social, enfrenta maiores dificuldades na relação com o sistema de saúde. A discriminação sofrida e percebida por essa população em razão da condição de viver na rua, à qual se somam outros tipos de discriminação como racial, geracional e de orientação sexual, é refletida no atendimento em serviços de saúde. A discriminação por parte do profissional, que deveria entregar o serviço de saúde, é intensificada pela ausência de vínculos sociais, o que afeta a saúde mental e física dessa população. Conforma-se, assim, um ciclo de desvantagens que se acumulam pela discriminação social,

ausência de vínculos, falta de confiança em instituições e pessoas, sentimento de insegurança, exposição a situações de risco, comportamentos prejudiciais à saúde e consequente aumento da possibilidade de mortalidade e redução da expectativa de vida (BARATA; CARNEIRO JUNIOR et al.:2015).

Para além do acolhimento, a atuação do profissional de saúde pode afetar o resultado de saúde de um grupo populacional em razão da assimetria de conhecimento e informação entre o profissional e o paciente. No ano de 2015, observou-se em São Paulo, um modesto aumento na cobertura de vacinação contra gripe e pneumonia para população com diabetes, em relação a 2003, mas tal aumento não foi significativo a ponto de ampliar a proporção da vacinação na população adulta com diabetes. A vacinação contra gripe e pneumonia é uma intervenção preventiva altamente recomendada na Saúde Pública para população com diabetes *mellitus*. Podem ser apontados como alguns dos motivos para a baixa adesão à vacinação dessa parcela da população a ausência de recomendação por parte do profissional de saúde e a falta de comprovante da condição de diabético, frequentemente solicitado pelo profissional de saúde em UBS para a vacinação (MONTEIRO; GIANINI et al.:2018). Observa-se, assim, que a relação do profissional de saúde para com o paciente também consiste em uma forma de determinação da saúde dos indivíduos, para além da infraestrutura e das instituições do sistema de saúde.

Por fim, além da atuação de determinantes estruturantes e intermediários na formação de desigualdades em saúde há, evidentemente, determinantes de ordem micro relativos a fatores sócio-demográficos. Foi identificada, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, uma disparidade de gênero no acolhimento entre pessoas vivendo com HIV/Aids, com uma maior taxa de mulheres nessa situação (BRAGA; CARODOSO et al.:2007). Tal disparidade entre homens e mulheres deve-se a fatores biológicos, socioeconômicos e culturais. Mulheres, principalmente entre 15 e 25 anos, são mais vulneráveis à infecção por HIV em razão da mucosa genital. Além desse fator biológico, questões sociais e culturais também são um dos motivos dessa desigualdade em saúde. Ao passo que a maioria dos homens busca o diagnóstico em razão do surgimento de sintomas que sugerem a infecção por HIV, a maior parte das mulheres o faz por terem parceiros soropositivos ou pela identificação na assistência pré-natal. A busca espontânea pelo diagnóstico é menor entre as mulheres em razão da falta de percepção do risco; consequentemente o início do tratamento também é prejudicado, levando ao atraso nas intervenções e ao aumento da vulnerabilidade das mulheres. Soma-se a isso, a desigualdade de

gênero no que tange à relação de poder, na qual a mulher tem menor poder de negociação no uso de preservativo, principalmente nas relações entre mulheres jovens e homens mais velhos, intensificando a situação de vulnerabilidade dessa população feminina (*Ibid*:2007).

As situações de desigualdades em saúde apresentadas, relativas a determinantes estruturante, intermediário e micro, apontam para a infinidade de indicadores a serem examinados. Isso requer determinadas ações e práticas que permitam identificar as relações causais das desigualdades em saúde e combatê-las de forma eficaz. Nesse sentido, a coleta, o acúmulo e a disponibilidade de dados são necessários para a obtenção de evidências empíricas (HALL; GRAFFUNDER *et al.*:2016). Tais dados devem ser de alta qualidade de modo a indicar a real situação de desigualdade em saúde, o que também contribui para o desenvolvimento e aprimoramento de novas pesquisas e práticas (PENNMANN-AGUILAR; TALIH *et al.*:2016). Se por um lado, a cidade de São Paulo tem o obstáculo da densidade populacional, por outro é um dos municípios com um dos mais desenvolvidos sistemas públicos de saúde do país e de coleta e disponibilidade de dados, em razão, parcialmente, da concentração tecno-científica, de riqueza e da própria alta densidade populacional (WANG; FERRAZ:2013). Esses dados, no entanto, não devem ser somente do setor da saúde, mas é preciso haver cooperação e atuação intersetorial, como pode ser inferido pela própria formação das desigualdades em saúde por determinantes sociais oriundos de (BRAVEMAN; GRUSKIN:2003; HALL; GRAFFUNDER *et al.*:2016). Tal intersetorialidade deve ser entendida como um processo articulado de formulação e implementação de políticas públicas por meio da integração estrutural, de recursos e processos organizacionais em responsabilidade conjunta entre órgãos do governo e da sociedade civil (FERNANDEZ; MENDES:2003).

Além disso, é preciso haver um esforço dentro do setor da saúde no que diz respeito à capacitação da força de trabalho de forma a melhorar a aceitabilidade do serviço de saúde pela chave do acesso. Há evidências, em países desenvolvidos, de que mulheres tendem a utilizar ou só utilizam determinados serviços de saúde se a profissional também for mulher (STANDING:1997). Isso aponta para a necessidade de uma diversidade na composição da força de trabalho em serviços de saúde, não apenas em questão de gênero, mas também racial, de orientação sexual e cultural. Tal capacitação também deve ser almejada no tocante ao conhecimento da realidade local como uma prática focalizada. Ao fracionar a política de saúde em grupos público-alvo específicos, o programa de atenção básica Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um caso de sucesso de focalização por meio de um processo de descentralização da política de saúde até o nível

local, que permite o entendimento das especificidades dadas pelas diferenças regionais, sendo também um incentivo para a organização e institucionalização dos mecanismos de representação da comunidade (VIANA, DAL POLZ, 2005). A Prefeitura de São Paulo atua nesse sentido com a Escola Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, com cursos de capacitação da força de trabalho no setor voltados tanto para grupos específicos conforme perfis epidemiológicos quanto para grupos populacionais de maior vulnerabilidade, como mulheres e usuários de drogas.

Conclusões

Por meio da revisão da literatura, foi possível identificar como as desigualdades em saúde são formadas, de modo a elaborar um modelo que elucide os caminhos pelos quais os determinantes sociais da saúde atuam na configuração dessas desigualdades. Os estudos de casos na cidade de São Paulo exemplificam a infinidade de relações entre tais determinantes, bem como algumas medidas e políticas que podem reduzir as desigualdades. No entanto, apesar de todo o conhecimento sobre práticas e medidas de redução de desigualdade, elas ainda persistem. Em uma cidade com as dimensões e os níveis de desigualdade como São Paulo, onde há bairros com idade média ao morrer de 79,4 anos (bairro do Jardim Paulista) e com 55,7 anos (bairro de Jardim Ângela), verdades amplamente aplicadas podem não valer em certas circunstâncias, o que leva à necessidade de entender o contexto local (REDE NOSSA SÃO PAULO:2017).

Além disso, o conhecimento do que funciona geralmente não é aplicado, o que está relacionado ao fracasso da ação estatal e da distribuição iníqua de poder e recursos. Nesse sentido, deve-se questionar se tal fracasso é em razão da inexistência de acesso ao conhecimento de medidas e práticas de políticas efetivas de equidade em saúde (apesar de tais conhecimentos existirem) ou pela falta de vontade em implementar tais políticas. Para o primeiro caso, garantir que os tomadores de decisão e os formuladores das políticas públicas tomem conhecimento de práticas efetivas requer a ampliação do conhecimento sobre melhorias na efetividade e no alcance de medidas de *accountability* em saúde, e a criação de espaços nos níveis local, nacional e global que permitam uma participação significativa e a formação de novas dinâmicas de poder. No entanto, a vontade política é necessária para tais mudanças. O problema do não conhecimento pode, assim, ser sanado pela existência de vontade política. Deve-se pensar quais elementos a afetam, quais entraves de administrações passadas impedem a promoção de novas políticas, como sistemas baseados em interesses corporativos

podem ser transformados, quais medidas podem eliminar a corrupção no setor da saúde por meio da transformação dos processos políticos e do sistema de saúde (FRIEDMAN; GOSTIN:2017). Para mobilizar a vontade política, é necessário ativismo por meio de ações de membros da comunidade, organizações da sociedade civil e profissionais da área da saúde.

No entanto, a vontade política também está limitada pela distribuição iníqua de poder e recursos, o que caracteriza outro motivo da persistência das desigualdades em saúde. Essas iniquidades políticas, econômicas e sociais marginalizam as populações em desvantagem e conformam os determinantes sociais da saúde. Reflexos disso são a alta desigualdade de taxas de trabalho informal, criminalidade, gravidez na adolescência, disponibilidade de centros culturais entre bairros centrais e periféricos de São Paulo. As restrições políticas e econômicas também limitam a garantia de uma equidade em saúde substancial, logo, deve-se pensar como diminuir ou superar essas restrições (*Ibid*:2017).

Portanto, não basta apenas compreender como as desigualdades em saúde são formadas, o que parte da coleta e disponibilidade de dados do setor da saúde e de demais setores relativos aos determinantes sociais da saúde demonstra, mas é preciso também haver um esforço do nível micro ao macro. Isso corresponde a medidas de redução de desigualdade em saúde por um esforço *bottom-up*, por meio da participação social, do engajamento de organizações da sociedade civil e do conhecimento da realidade local, quanto um esforço *top-down*, por meio do conhecimento de medidas e políticas efetivas de redução de desigualdade em saúde pelos tomadores de decisão e de uma vontade política de colocá-las em prática. São Paulo apresenta diversos desafios em razão de sua magnitude, densidade populacional e altas taxas de desigualdade em setores que vão além da saúde porém, também apresenta vantagens que são observadas em poucas cidades brasileiras, como o alto nível de riqueza e alta disponibilidade de dados que permitem a identificação de relações de causalidade com base em evidências. A mudança da realidade das desigualdades em saúde e bem-estar na cidade de São Paulo deve ser realizada de dentro do setor da saúde, por meio de ações e práticas de equidade na própria Secretaria Municipal de Saúde, mas deve também caminhar juntamente com mudanças nas desigualdades geográficas, educacionais, econômicas e sociais em geral, em uma ação conjunta dos órgãos públicos e da sociedade civil.

Referências Bibliográficas

- BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N.; RIBEIRO, M. C. S. de A.; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, supl.1, p.219-232, 2015.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, jul. 2017.
- BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Diferenças de gênero no acolhimento de pessoas vivendo com HIV em service universitário de referência em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(11):2653-2662. Nov, 2007.
- BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*, San Francisco, v. 27, p. 167-94, Apr. 2006.
- _____. Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, v. 12, n. 2, p. 31-48, Dec. 2010.
- BRASIL. Diário Oficial da União – Seção 1. 29 de agosto de 2018. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=55&data=29/08/2018>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- COELHO, V. S. Reducing health inequalities in Brazil's universal health-care system: Accountability Politics in São Paulo. In: Accountability for Health Equity: Galvanising a Movement for Universal Health Coverage. *Institute of Development Studies*, London, v. 49, n. 2. Mar. 2018.
- COELHO, V.S.P.; SILVA, N. Has the Distribution of Public Health Services Become More Equitable? Reflecting on the Case of São Paulo', in S. Devarajan and I. Widlund (eds), *The Politics of Service Delivery in Democracies. Better Access for the Poor*, Stockholm: Expert Group on Development Issues (EGDI) Secretariat, Ministry for Foreign Affairs. Sweden, 2007.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. *Institute for Future Studies*, Stockholm, v. 14, p.1-67, 2007.
- FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. CEPEDOC Cidades Saudáveis/ Mídia Alternativa, São Paulo, 2003.
- GARAY, J. *Health Equity: The key for transformational change*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 2015.

- HALL, M.; GRAFFUNDER, C.; METZLER, M. Policy approaches to advancing health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, n. Supp 1, p. S50-9, Jan./Feb. 2016.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde* (OMS/WHO), 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 15 set. 2018.
- LE GRAND, D. J. Equidad, salud y atención sanitaria. In: *Salud y equidad: VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Espanha, 1988.
- LINDBLADH, E.; LYTTKENS, C.; HANSON, B., ÖSTERGREN, P. Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. *Soc Sci Med*, v. 46, n. 8, p. 1017-1025, Apr. 1998.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200003>>. Acesso em: 17 set. 2018.
- MONTEIRO, C. N.; GIANINI, R. J.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. de A.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, 27(2):e2017272, 2018.
- NAVARRO, V. Health and equity in the world in the era of “globalization”. *Int. J Health Services*, v. 29, n. 2, p. 215-26, Apr. 1999.
- PENMAN-AGUILAR, A. et al. Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *J Public Health Management Practice*, v. 22, Suppl 1, p. S33-42, Jan./Feb. 2016.
- REDE NOSSA SÃO PAULO. Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis. Mortalidade infantil. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.redesocialdecidades.org.br/br/SP/sao-paulo/regiao/freguesia-do-brasilandia/mortalidade-infantil>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- _____. Mapa da Desigualdade 2017. São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.nossasaopaulo.org.br/portal/arquivos/mapa-da-desigualdade-2017.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

- RIBEIRO, C. Justiça social e equidade em saúde: Uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saúde Soc*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1109-1118, 2015.
- SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, mar. 2012.
- SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, v. 48, n. 3, 2008.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Regionalização da Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencas/banner/regionalizacao-da-saude-no-estado-de-sao-paulo>>. Acesso em: 15 set. 2018.
- SOUZA, R. R. DE. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. especial, p. 765-70, 2007.
- STARFIELD, B. State of the art in research on equity in health. *J Health Polit Policy Law*, Durham, v. 31, n. 1, p. 11-32, Feb. 2006.
- _____. Improving equity in health: A research agenda. *Int J Health Serv*, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001.
- TAYLOR, C. Surveillance for equity in primary health care: Policy implications from international experience. *Int J Epidemiology*, v. 21, n. 6, p. 1043-49, Jun. 1992.
- VIANA, A. L. D.; DAL POLZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis*, v. 15, p. 225-64, 2005.
- WILKINSON, R.; PICKETT, K. The spirit level: why equality is better for everyone. London: Penguin, 2010.
- WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*, v. 22, n. 3, p. 429-45, Jul. 1992.