

DESIGUALDADE GEOGRÁFICA NO ACESSO À SAÚDE NO BRASIL

CIVA, Isadora Morgan.¹
MACHADO, Nathália Cristina.²
POLETTTO, Laura.³
VASSOLER, Renata Nunes.⁴
RADAELLI, Patrícia Barth.⁵

RESUMO

O direito à saúde é fundamental e é garantido pela Constituição de 1988. As desigualdades em saúde refletem as desarmonias sociais, logo a posição socioeconômica de um indivíduo indica o tipo de tratamento que esse irá receber, podendo ser público ou privado. Por conseguinte, no meio rural há maior utilização do sistema público de saúde e no meio urbano há prevalência do uso de planos privados, isso afeta diretamente o estado de saúde dos indivíduos, visto que com o plano privado há maior procura ao atendimento de tratamento, reabilitação, exames de rotina e prevenção. Ainda, o envelhecimento da população e a transição demográfica têm trazido um grande problema para as políticas públicas, pois a doença é mais proeminente no final da vida, por isso os idosos utilizam mais os serviços médicos e com maior frequência. No entanto, o direito à saúde deve ser observado não apenas no seu âmbito formal e teórico, mas também deve ser fornecido um mecanismo para sua implementação e execução, de modo que possa ser realizado por instituições do Estado e entidades não governamentais.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, desigualdade, acesso, prevenção.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde com “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Além disso, a saúde deve ser um direito social, inerente à condição de cidadania, que deve ser garantido para todos, sem distinção de raça, de religião, ideologia, política ou condição socioeconômica, sendo assim apresentada como um bem comum. (MARQUES *et al*, 2016)

A Organização das Nações Unidas (ONU) reforçou esse conceito, em 2000, indicando quatro condições para que um Estado sustente o direito à saúde, sendo eles: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço de saúde pública do país. (MARQUES *et al*, 2016)

¹ Acadêmico do curso de Medicina da FAG, e-mail: morgancivaaisa@hotmail.com

² Acadêmico do curso de Medicina da FAG, e-mail: naticrismachado@hotmail.com

³ Acadêmico do curso de Medicina da FAG, e-mail: laura.poletto@hotmail.com

⁴ Acadêmico do curso de Medicina da FAG, e-mail: renatavassoler@live.com

⁵ Professora Orientadora – Doutora em Letras, pela UNIOESTE, Mestre em Linguagem e Sociedade, Especialista em Literatura e Ensino pela mesma instituição. Coordenadora do Núcleo de Atendimento e Apoio ao Estudante do Centro FAG - NAAE, docente no Centro FAG.

No Brasil, a Constituição de 1988 garante a saúde como direito de todos e dever do Estado. (MARQUES *et al*, 2016) Entretanto, a desigualdade no acesso à saúde está profundamente ligadas aos cenários sociais e econômicos e, o Brasil, apesar de avançar o no *ranking* das economias, ainda enfrenta problemas relacionados ao subdesenvolvimento, como o a má distribuição de renda e a falta de equidade e disponibilidades dos serviços de saúde. (SANCHEZ e CICONELLI, 2012)

Observar o padrão de utilização de serviços de saúde de uma determinada população significa explorar o perfil de necessidades em saúde, analisando fatores, internos e externos aos serviços prestados e relacionados tanto à forma estrutural da oferta, quanto às preferências e escolhas dos pacientes. (TRAVASSOS *et al*, 2020)

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais, portanto a posição socioeconômica de um indivíduo é um importante indicativo da necessidade em saúde desse paciente e também indica o tipo de tratamento que esse irá receber, devido a pluralidade do sistema de saúde brasileiro, podendo ser: público, financiados e prestados pelo Estado; privado, financiado por sistemas de reembolso; de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor. (TRAVASSOS *et al*, 2020)

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DIREITO À SAÚDE

O direito à saúde é garantido pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, e deve ser assegurado pelo Poder Público (União, Estados e Municípios), no sentido de ser fundamental para o exercício da vida humana Além disso, o art. 196 da Constituição, ressalta que o acesso à saúde deve ser fornecido pelo Estado (*lato sensu*), e que pode ser exigido pela sociedade de modo indistinto. Apesar do oferecimento gratuito da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), verificam-se ainda, no Brasil, dificuldades de universalização do acesso, em especial, as comunidades mais afastadas. (RÚBENS e MOREIRA, 2020)

Estudos demonstram que o acesso á saúde pode ser analisado por meio da de diversos fatores, sendo eles: disponibilidade, que se baseia na existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento em que é necessário, compreendendo também a relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados; capacidade de pagamento,

que engloba a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos, relacionando-se ainda ao financiamento do sistema de saúde; informação, fundamental para a compreensão do usuário do sistema sobre as dimensões do acesso, determinando a lacuna entre a oportunidade de utilização e a real utilização dos serviços de saúde; por fim, aceitabilidade, compreende a natureza dos serviços prestados e o modo como eles são percebidos pelos indivíduos e comunidades. (SANCHEZ e CICONELLI, 2012)

Ainda, medir a utilização e a acessibilidade dos serviços avalia indiretamente a equidade de um sistema de saúde. A equidade em saúde trata da superação das injustas em determinado contexto, sendo ele histórico ou social, suprimindo assim as desigualdades existentes, pois implica em diferentes populações sendo atendidas por distintas ações governamentais de forma a tornar os tratamentos o mais igualitários possível no âmbito de atender as necessidades com qualidade. (LOUVISON *et al*, 2008)

Portanto, para avaliar a existência de desigualdade nos serviços de saúde prestados, deve-se estimar a chance dos indivíduos de obterem tratamento quando necessitarem por motivos de doença ou de receberem cuidados específicos de proteção à saúde. Para tal, pode-se agrupar os pacientes que procuram o serviço de saúde em três fatores: capacitação, capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde; necessidade, percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde; predisposição, características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde. (LOUVISON *et al*, 2008)

O acesso à saúde é um dos principais determinantes para a qualidade de vida e o desenvolvimento socioeconômico. Apesar da desigualdade e a pobreza terem diminuído nas últimas décadas, o Brasil ainda se mantém como um dos países mais desiguais no mundo e essa desigualdade pode ser vista principalmente na oferta dos serviços de saúde. (ARRUDA *et al*, 2008)

Os sistemas de saúde no Brasil possuem diferentes problemas a serem solucionados, que vão desde o mau gerenciamento financeiro até as desigualdades dos serviços prestados em meios urbanos e rurais. (KASSOUF, 2005) Logo, a estratégia de saúde deve ser pensada para fortalecer a capacidade do cidadão em exercer sua cidadania, com o acesso à educação, espaços públicos, promovendo assim reais condições de liberdade e uma melhor qualidade de vida. Portanto, é necessário pensar no desenvolvimento de um país além de critérios meramente econômicos,

levando em consideração os aspectos do desenvolvimento humano, objetivando eliminar as desigualdades sociais e regionais do Brasil. (RÚBENS e MOREIRA, 2020)

2.2 ACESSO À SAÚDE NAS ÁREAS RURAIS

Em 1998 foi realizada uma pesquisa do PNAD (Pesquisa Nacional por amostra de domicílios), que constatou que entre os mais de 31 milhões de habitantes rurais, com idade de 40 a 60 anos, apenas 8,5% avaliou seu próprio estado da saúde como ruim e 36,8% como regular, já moradores do meio urbano, 6,3% avaliou como ruim e 29,1% como regular. (KASSOUF, 2005)

“Com relação à proporção de pessoas que procurou por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas semanas que antecederam a pesquisa, observa-se que 17% procuraram atendimento na área urbana, enquanto 12,4% o fez no meio rural. Imaginando que a área urbana tem uma oferta maior de serviços de saúde e de melhor qualidade, poderíamos esperar uma diferença ainda maior do que a observada. Ademais, o acesso aos centros de saúde é mais fácil na área urbana do que na rural.”

Ainda, pode-se constatar que no meio rural há maior utilização do sistema público de saúde, já no meio urbano há prevalência do uso de planos privados, isso afeta diretamente o estado de saúde dos indivíduos, visto que com o plano privado há maior procura ao atendimento de tratamento, reabilitação, exames de rotina e prevenção. Entretanto, nas áreas rurais, como há um maior número de pessoas que procura atendimento devido a doenças, ocorre uma diminuição das consultas e diagnósticos preventivos. (KASSOUF, 2005)

Conforme constatado por Kassouf (2005), tanto na área urbana quanto rural, o estado de saúde foi o fator essencial para redução de procura ao atendimento, devido a melhores cuidados preventivos que aumentam a qualidade de vida e diminuem o risco de desenvolvimento de doenças. Logo, evidenciou em sua pesquisa, que devido à qualidade de atendimento preventivo houve uma busca de atendimento médico no meio urbano menor que no meio rural, sendo de 13,7% e de 33,5%, respectivamente.

“Os resultados mostraram que quanto maior o nível de escolaridade, maior a chance de a pessoa ter um melhor estado de saúde. As porcentagens crescem bastante com relação aos que têm menos de 4 anos de escolaridade, atingindo 21,5% maior probabilidade de um melhor estado de saúde para os com 11 anos ou mais de escolaridade com relação a menos de 4 anos. Este resultado indica que o aumento do nível de escolaridade reduz a procura por serviços de saúde por motivo de doença, na área urbana, possivelmente pelo fato de a educação trazer um maior conhecimento dos problemas de saúde dos indivíduos e como

evitá-los, no que se refere a uma boa alimentação, exercícios físicos, etc., melhorando assim a sua qualidade de vida. Viacava et al. (2001) também observam que a utilização dos serviços de saúde aumenta com o status socioeconômico, sendo este formado pela escolaridade, cor e posição na ocupação.”

Kassouf (2005) deixa evidente que a prevenção e o aumento da escolaridade aumentam o estado de saúde populacional e, conseqüentemente, reduzem a busca por atendimento médico.

O menor acesso aos serviços de saúde do meio rural envolve uma serie de fatores, entre eles podemos citar: a distância e a dificuldade para o acesso aos serviços, o baixo poder aquisitivo e a ausência ou a baixa cobertura dos planos de saúde, a falta de informação e a baixa escolaridade. Como o acesso privado de saúde é limitado nas áreas rurais, percebe-se que a população rural utiliza mais os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2003, por exemplo, 45,4% dos atendimentos nas áreas urbanas foram feitos pelo SUS, já nas áreas rurais foram 71,7%. Além disso, nota-se uma desigualdade nos serviços ofertados do plano de saúde do meio rural em comparação ao meio urbano, principalmente em questão de internações hospitalares e exames de imagem. (ARRUDA *et al*, 2008)

Ademais, nas áreas rurais, os indivíduos têm que lidar com a baixa renda, que é um fator determinante para a adesão aos planos de saúde, dessa forma, explica o fato destes indivíduos utilizam mais o SUS do que o plano privado. Ainda, a falta de conhecimento e a percepção do estado de saúde dos indivíduos das áreas rurais também é um resultado da baixa procura dos serviços de saúde que tem como consequência um déficit na detecção de doenças (ARRUDA *et al*, 2008).

2.3 ACESSO À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

O envelhecimento da população em conjunto com a transição demográfica provoca um enorme problema às políticas públicas, devido ao fato das doenças ocorrerem com maior expressão no final da vida, com isso o idoso utiliza mais serviços de saúde, tanto com maior frequência como em maiores quantidades de tempo. (LOUVISON *et al*, 2008)

Além disso, as desigualdades em saúde na população idosa têm como principal fator à incapacidade de acessar os serviços, identificando o movimento da busca conforme sua disponibilidade e necessidade. Essa incapacidade está diretamente relacionada à fatores como: renda, escolaridade, posse de seguro de saúde privado, disponibilidade da oferta da rede pública e privada. Bem como, é possível observar estados de saúde piores em idosos com baixa escolaridade devido aos piores hábitos de vida, maior nível de exclusão social e menor acesso à informação e

condições socioeconômicas, consequentemente piorando o acesso aos serviços precocemente. (LOUVISON *et al*, 2008)

A renda é um fator importante na escolha do atendimento em saúde para os idosos, os mais pobres utilizam mais a rede pública, enquanto os idosos que possuem renda financeira maior utilizaram mais os consultórios e hospitais privados. Entretanto, evidenciou-se que em ambos setores, público e privado, há a necessidade de desenvolvimento de modelos de atenção voltadas aos idosos, que permita identificar a demanda, criar de serviços específicos, estabelecer redes inter setoriais e promover gestão integrada dos cuidados crônicos. Pois, a relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa, e isso pode acarretar em injustiças e inadequações, impactando na qualidade de vida dessa população. (LOUVISON *et al*, 2008)

3. METODOLOGIA

A abordagem da pesquisa teve enfoque dialético, foram realizados procedimentos de comparações sobre determinados locais e o acesso à saúde, além disso, foi utilizada estatística para analisar as comparações. A pesquisa foi realizada do ponto de vista dos procedimentos técnicos bibliográficos.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

O acesso à saúde no Brasil depende de inúmeros fatores dentre eles estão: a renda dos usuários, a cobertura de seguro à saúde, os cuidados pessoais à saúde, a estrutura social que conta com a escolaridade e acessibilidade dos usuários ao sistema. Tendo em vista todos esses aspectos, diversas minorias são prejudicadas por não possuírem condições de obterem o atendimento adequado, os principais afetados são as populações de áreas rurais e isoladas, e pacientes idosos.

Além disso, outro agravante da desigualdade ao acesso à saúde é o capital, que exclui os pacientes de baixa renda de obterem planos que dão acesso a consultas de diferentes especialistas e diversos exames. Ainda, a renda elevada proporciona aos pacientes a aquisição de medicamentos e tratamentos que o SUS não fornece. Deste modo, a melhora da qualidade socioeconômica da população tem um efeito evidentemente positivo no acesso à saúde, sendo assim, os esforços para a diminuição da desigualdade devem ser conjuntos, tanto no âmbito social e econômico, quanto no gerenciamento da acessibilidade do serviço.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste cenário, podemos concluir que a desigualdade ao acesso aos serviços de saúde do meio rural em comparação ao meio urbano ainda é uma realidade enfrentada no país. Dessa forma, destaca-se a importância do SUS que através da regionalização, equidade e a descentralização dos serviços de saúde faz com que seja possível que diferentes regiões do país possam ter um serviço de saúde básico.

Além disso, é importante ressaltar as diferentes escalas de abordagem do SUS, principalmente no âmbito primário, que visa à prevenção e o diagnóstico precoce das doenças, garantindo um tratamento melhor e contínuo ao paciente e diminuindo, consequentemente, os gastos públicos em saúde por diminuir os índices de hospitalização.

Ainda, podemos observar que o acesso à saúde é determinado por muitos fatores intrínsecos ao paciente, tais como: condição socioeconômica, índice de escolaridade, idade e a capacidade do paciente em entender sobre o próprio organismo e sofre as moléstias que lhe atingem.

Logo, a diminuição da desigualdade ao acesso aos serviços de saúde é crucial para a manutenção da qualidade de vida de uma população, pois a detecção e o tratamento precoce de doenças refletem no aumento da expectativa de vida, bem como, em uma melhora político-econômica para o país. Sendo assim, percebe-se a necessidade do estabelecimento de medidas públicas que diminuam a desigualdade dos serviços de saúde nas diferentes regiões do Brasil visando equiparar os serviços oferecidos, tornando-os todos de qualidade e acessíveis a população.

REFERÊNCIAS

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; et al. **Encontro Internacional Direito a Saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível**. 2016. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf. Último acesso: 25 de jun. 2021.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, p. 260-268, 2012.

RÚBENS, Miranda Gonçalves; MOREIRA, Domingues Isabela. População Ribeirinha no Amazonas e a desigualdade do acesso à saúde. **Revista de Estudo Constitucional, Hermenêutica e Teoria do Direito**, p. 100-108, 2020.

KASSOUF, Ana Lúcia. Acesso aos Serviços de Saúde nas Áreas Urbana e Rural do Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 29-44, Jan./Mar. 2005.

TRAVASSOS, Cláudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 133-149, 2000.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 733-740, 2008.

NERI, Marcelo. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 77-87, 2002.

ARRUDA, Natália Martins et la. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2008.